

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
Katedra antropologie a zdravotní vědy

## **Diplomová práce**

Bc. Sabina Trojková

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

### **Emocionální prožívání gravidních žen a žen v průběhu porodu**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 22. 4. 2016

.....

vlastnoruční podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za její rady a čas, který věnovala mé diplomové práci. Také děkuji všem, kteří se podíleli na výzkumném šetření a pomohli tak k jeho realizaci.

# OBSAH

<b>I</b>	<b>Úvod .....</b>	<b>5</b>
<b>II</b>	<b>Teoretická část .....</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Emoce .....</b>	<b>7</b>
1.1	Charakteristika emocí.....	7
1.2	Funkce emocí.....	9
1.3	Klasifikace emocí .....	10
1.4	Vývoj emocí .....	10
<b>2</b>	<b>Deprese .....</b>	<b>13</b>
2.1	Dělení deprese .....	13
2.2	Typy deprese .....	15
2.3	Příznaky deprese .....	17
2.4	Léčba deprese .....	19
<b>3</b>	<b>Psychologie těhotenství .....</b>	<b>21</b>
3.1	Psychologie jednotlivých trimestrů .....	21
3.2	Zájem o sex v těhotenství.....	22
3.3	Faktory ovlivňující psychiku v těhotenství .....	23
3.4	Psychosomatika a těhotenství.....	24
<b>4</b>	<b>Psychologie porodu .....</b>	<b>26</b>
4.1	Emoce při porodu .....	26
4.2	Doprovod u porodu.....	27
4.3	Psychoprophylaktická příprava k porodu.....	29
4.4	Specifické situace v porodnictví .....	32
4.5	Bolest při porodu.....	37
<b>5</b>	<b>Psychologie šestinedělí .....</b>	<b>40</b>
5.1	Poporodní blues .....	41
5.2	Poporodní deprese .....	41
5.3	Poporodní psychóza .....	42
<b>III</b>	<b>Praktická část .....</b>	<b>44</b>
<b>1</b>	<b>Cíl práce .....</b>	<b>44</b>
<b>2</b>	<b>Metodika práce .....</b>	<b>44</b>
<b>3</b>	<b>Popis vzorku .....</b>	<b>45</b>
<b>4</b>	<b>Výzkumné otázky.....</b>	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>Způsob zpracování .....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>Prezentace výsledků .....</b>	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>71</b>
<b>IV</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>74</b>
<b>V</b>	<b>Souhrn .....</b>	<b>75</b>
<b>VI</b>	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>76</b>
<b>VII</b>	<b>Seznam tabulek a grafů.....</b>	<b>78</b>
<b>VIII</b>	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>81</b>

# I ÚVOD

Těhotenství a porod je důležitým obdobím ve vývoji ženy, které s sebou nese změny tělesné, psychické i sociální. Jako soukromá porodní asistentka zřetelně vnímám vliv psychiky na průběh celého těhotenství, prožívání porodu, ale také na poporodní období. V mé praxi jsem zpozorovala, že jsou těhotné ženy mnohem citlivější na přístup okolí, zejména zdravotníků, potřebují větší péči o své psychické zdraví a prostor pro vyjádření emocí. Toto zjištění mě vedlo k bližšímu zkoumání emočního prožívání těhotných žen a rodiček, a tedy k výběru tématu diplomové práce. Pozoruji, že tato oblast je často porodním asistentkám nejasná, proto bych následující text chtěla zpracovat zejména pro ně. Kvalitní péče každé porodní asistentky by tedy měla zahrnovat zejména starost o psychiku těhotné, rozpoznat potřeby těhotné ženy a hlavně umět ženu vyslechnout.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje přehled poznatků z odborné literatury a z článků pro hlubší pochopení celé problematiky. V první kapitole se zabývám charakteristikou emocí, jejich funkcí, rozdělením a vývojem u jedince. Druhá kapitola přináší poznatky o depresi, zejména o symptomech deprese, typech deprese a možnostech léčby. Ve třetí kapitole je souhrn informací o psychologii těhotenství v jednotlivých trimestrech, o sexualitě v graviditě, faktorech, které mohou ovlivnit psychiku těhotné ženy, a psychosomatických aspektech těhotenství. Následující kapitola je věnována psychologii porodu, a to konkrétně emocím v jednotlivých dobách porodních, vlivu doprovázející osoby u porodu na rodičku a na její psychiku, dále psychoprophylaktické přípravě, specifickým situacím v porodnictví (předčasný porod, dítě s vrozenou vývojovou vadou, apod.) a bolesti při porodu. Poslední kapitola teoretické části se zabývá psychikou ženy v šestinedělí a poruchami psychiky v tomto období, abych tak uzavřela ucelený soubor informací o psychice ženy v období těhotenství, porodu a šestinedělí, a tak vytvořila stručný přehled pro porodní asistentky.

Praktická část obsahuje výsledky dotazníkového šetření prováděného v nemocnicích v Moravskoslezském a Olomouckém kraji. Výzkum měl za cíl zjistit, zda ženy s rizikovou graviditou mají větší sklon ke vzniku deprese než ženy s fyziologickou graviditou. Vedlejším cílem bylo zjistit, zda je použitý standardizovaný dotazník Beckův inventář deprese vhodný pro výzkum u těhotných žen. Z výsledků dotazníku jsem také

vyčetla různé emoční rozdíly mezi ženami s rizikovou a fyziologickou graviditou a tyto rozdíly popsala.

## II TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Emoce

#### 1.1 Charakteristika emocí

Slovo emoce je latinského původu a v překladu znamená vzrušovat = *emovere*. Základní charakteristikou emocí je jejich komplexnost. To znamená, že jsou propojeny jak s fyziologií lidského organismu, tak mají velký vliv na psychickou regulaci činnosti člověka. Obvykle u člověka vznikají na základě určitých vnějších podnětů, které mohou být rozličné povahy. Podle psychologů jsou emoce složeny ze tří složek, které jsou vzájemně propojeny – subjektivní emocionální prožitky, vnější chování, fyziologická reakce organismu.

1. **Subjektivní emocionální prožitky** – emocionální prožitky se od jiných psychických stavů liší zejména pozitivním či negativním zabarvením.
2. **Vnější chování** – do vnějších projevů patří zejména výrazová složka – mimika obličeje. Typickým pro lidský druh je pláč, který většinou ukazuje na smutek či lítost. Výrazovou složku emocí zkoumal již Charles Darwin v knize „Výraz emocí u člověka a zvířat“. Podle něho je vnější projev emocí člověka podobný jako u vyšších živočichů, kterým tato dovednost slouží k přežití. Jako příklad uvádí zvířata, která cení zuby primárně ne, aby kousla, ale aby tímto pouze zastrašila soupeře. Dle Darwina jsou emoce vzorce mimických, gestikulačních a zvukových projevů, díky kterým je ulehčena komunikace.

Na počátku 60. let americký psycholog Silvan Tomkins na základě pozorování svého syna zjistil, že člověk má devět **primárních emocí**, které jsou vrozené. Mezi tyto vrozené primární emoce Tomkins řadí: zájem, radost, překvapení, trýzeň, strach, hněv, zahanbení, hnus a odpor k nepříjemným pachům. Primární emoce jsou spojeny s typickými projevy v obličeji člověka. Tento předpoklad potvrdili američtí psychologové Paul Ekman a Wallace Friesen na základě studie, kterou prováděli na Nové Guineji u kmene Fori, který byl zcela uzavřen od okolního světa. Jedním z cílů studie bylo zjistit, zda-li obyvatelé tohoto kmene dokáží rozpoznat výraz emocí u západních lidí stejně jako mezi sebou.

Domorodcům byly rozdány fotografie třech lidí vyjadřující určitou emoci a na základě krátkého příběhu měli domorodci vybrat jednu z fotografií, která nejlépe vyjadřuje emoci pro daný příběh. 77 % fotografií se shodovalo s obsahem dané povídky. Podobně postupovali také u dětí, ale těm dali na výběr pouze ze dvou fotografií. V tomto případě byla úspěšnost 90 %. Dále byli tito domorodci požádáni, aby každý příběh sehráli. Tyto scénky Ekman a Friesen natočili na kameru a posléze z těchto záznamů pořídili fotografie. Ty použili v USA u studentů vysokých škol, kteří měli u každé fotografie určit danou emoci. Zjistilo se, že studenti velmi dobře poznávají výrazy štěstí, smutku, hněvu, odporu, překvapení a strachu. Na základě této studie se ukázalo, že základní emoce mají své typické projevy v obličeji. Ekman a Friesen poté tyto fotografie ukazovali studentům po celém světě a ti měli za úkol ke každé fotografii přiřadit ve svém jazyce emoci. Opět se zjistilo, že i mezi odlišnými kulturami je rozpoznávání základních emocí shodné.

Plháková uvádí, že chování mladistvých a dospělých často nebývá spontánním projevem emoce, kterou v danou chvíli cítí, ale toto chování může sloužit k různým sociálním záměrům. Lidem je často nepříjemné, že by okolí mohlo na základě jejich výrazu vyčíst, jak se člověk cítí. Například člověk často kryje svůj smutek, aby nevzbudil soucit u svého okolí. Lidé mají tendenci své emoce spíše zakrývat, což se v sociologii nazývá **maskování**. Ovšem existují situace, kdy se naopak pomocí výrazu ve tváři člověk snaží danou emoci zveličit (například u vyprávění příjemného zážitku bude mimika jeho obličeje ukazovat radost), to je tzv. **modulace**. Dále ještě Plháková hovoří o pojmu **simulace** neboli předstírání emoce, kterou nepocítujeme.

Výzkumy však ukazují, že u nemaskovaných emocí jsou obě půlky obličeje v symetrii, kdežto u maskovaných se ukazuje mírná asymetrie.

Rozdíl ve vyjadřování emocí je také dán kulturou, ve které člověk žije. Jižanské národy, zejména Italové a Španělé, mají tendenci vyjadřovat své emoce velmi zřetelně, kdežto např. Japonci jsou naopak ve vyjadřování emocí velmi zdrženliví.

Rozdíly ve vyjadřování emocí se liší také u pohlaví. Muži bývají spíše zdrženlivější, mají tendenci maskovat smutek či strach, ale naopak výrazněji projevují radost z vítězství. Kdežto ženy často projevují emoce intenzivněji.



**3. Reakce organismu** - u prožívání intenzivních emocí jsou typickým znakem tělesné změny, které danou emoci provázejí. Tyto změny ve fyziologii organismu jsou zapříčiněné aktivací autonomního nervového systému, a to konkrétně sympatického oddílu, který připraví tělo buď na boj nebo útěk. V těle dochází k zvýšení krevního tlaku a zrychlení srdeční akce, centralizaci krevního oběhu, hyperventilaci, snižuje se hladina cukru v krvi, aby si tělo zajistilo větší množství energie, dále dochází k nadměrnému pocení, zvyšuje se srážlivost krve a v neposlední řadě se objevuje zúžení zornic. Když dojde k opadnutí emocí, sympatický systém nahradí systém parasympatických nervů a ten navrací organismus do původního stavu. Hlavním spouštěčem sympatického nervového systému je hypotalamus a určitá oblast limbického systému. Z hypotalamu jsou impulzy přenášeny do mozkového kmene, který kontroluje činnost autonomního nervového systému. Autonomní nervový systém poté aktivizuje vnitřní orgány a v důsledku toho dochází k výše popsaným tělesným změnám. (Plháková, 2003)

## 1.2 Funkce emocí

Intenzivní emoce z velké míry ovlivňují prožívání a chování člověka, z čehož negativní emoce mají vliv zejména na celkové fyzické a duševní zdraví jedince. Funkce emocí jsou velmi rozmanité, zde uvádím několik zásadních funkcí:

1. Funkce signální – některé emoční prožitky nás mohou dopředu upozornit, čemu se vyvarovat nebo naopak, co je dobré začít dělat. Častým prožitkem je úzkost, kdy člověk dopředu cítí určitou nelibost k nějaké činnosti. Jedním z příkladů je nechuť jít na večírek, protože vím, že se zde potkám s osobou, kterou nemám ráda, apod. Dle Antonia Damasiho nám emoční signály umožňují vybrat ten nejvhodnější způsob chování v dané situaci. Tyto signály nazývá somatické markery.
2. Usměňování fyziologické aktivity – jak bylo výše popsáno pozitivní či negativní pocity v nás vyvolávají i změny ve fungování organismu, a to díky autonomnímu nervovému systému. Intenzivní prožitky aktivují organismus k boji nebo k útěku.
3. Emoce podporují a zintenzivňují chování, takže pomáhají vyjádřit základní lidské motivy.

4. Jsou součástí neverbální komunikace, pomocí které lidé vyjadřují povahu svých vzájemných vztahů.
5. Některé prožitky nás informují o naší životní nebo osobní situaci.
6. Působí jako vnitřní popud k určitému chování. (Plháková, 2003)

### **1.3 Klasifikace emocí**

Rozdělení emocí je celá řada. Rohracher klasifikuje emoce podle jejich vztahu k funkcím organismu a k aspektům osobnosti.

1. City podmíněné počitky (nasyčení, bolest, chlad)
2. City podmíněné pudy
  - a) Vitálně – pudové city (při uspokojení pozitivní, negativní u neuspokojení pudu)
  - b) Sociálně – pudové city (žárlivost, závist)
3. City spojené s osobností
  - a) Náboženské
  - b) Etické
  - c) Estetické, ...

Další, novější rozdělení uvedli D. Krech a R.S. Crutchfield, kteří uvádějí:

1. Vrozené emoce (primární)
2. Emoce vyvolané senzorickeou stimulací
3. Emoce vztahující se na ostatní lidi
4. Emoce vztahující se k sebeoceňování (pýcha)
5. Hodnotící emoce (obdiv, humor)
6. Nálady – déletrvající stavy (Nakonečný, 2000)

### **1.4 Vývoj emocí**

#### **1.4.1 Novorozenec a kojeneček**

Novorozenci dávají najevo své emoce často pomocí různé vokalizace (zejména libost a vzrušení) nebo pomocí pláče a křiku a to ve chvíli, kdy nejsou uspokojeny jejich potřeby. Kolem 3. až 6. týdne života dítě začíná reagovat na výraz v obličeji matky či otce, vnímá

mimiku v obličeji a oplácí ji úsměvem. Začíná již projevovat **vrozené emoce**, jako je strach z neznámých lidí, zvědavost, smutek, jestliže není s matkou, či naopak radost, když je v přítomnosti blízké osoby. (Plháková, 2003)

### **1.4.2 Batole a předškolní věk**

Batolecí a předškolní věk je typickým obdobím rozvoje osobnosti a sociálních emocí. Tyto emoce se projevují radostí z vítězství, lítostí nad sebou samým, která je provázena pláčem, lítost vůči ostatním se objevuje později. Ve vývoji dítěte hrají důležitou roli také rodiče. Chování rodičů ovlivňuje pozdější navazování vztahů v budoucnu a empatii vůči ostatním lidem. Nakonečný v rámci tohoto období hovoří o tzv. „**skrytém učení**, jehož 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) Tyto zkušenosti jsou podstatné pro budoucí navazování vztahů. (Nakonečný, 2000)

U emocí v batolecím a předškolním věku je typické:

- Krátké trvání – velmi rychle odezní, jsou kolísavé
- Intenzivní emoce i u banálního problému
- Nejdou potlačit a jsou expresivní (Nakonečný, 2000)

### **1.4.3 Školní věk**

V tomto období již dítě umí ovládat své emoce, je schopno své pocity vyjádřit a popsat, což je podstatnou podmínkou pro začátek školní docházky. (Slaměník, 2011)

### **1.4.4 Puberta a adolescence**

Období dospívání a adolescence se řadí do tzv. druhého kritického období, do prvního kritického období spadá raný věk. Pro období dospívání je charakteristickým rysem hledání identity, dochází k rozvoji sexuálního pudu, jedinec se začíná zajímat o opačné pohlaví, hledá si budoucího partnera. Fyzické změny často u jedince vyvolávají pocit studu, může se objevit snížené sebevědomí, pocit nejistoty. Také dochází ke změně školy, což vede člověka k úvahám nad svým budoucím povoláním. Všechny tyto změny spjaté s tímto obdobím jsou pro člověka velmi obtížné. (Vágnerová, 2004)

Emocionální prožívání v pubertě je většinou velmi kolísavé, citová reakce se objevuje náhle a velmi prudce. Typické jsou hádky s rodiči. (Vágnerová, 2004)

Mezi 16. – 17. rokem věku začíná období adolescence. V tomto období jedinec nachází vlastní identitu, dochází k celkovému zklidnění a emocionální stabilitě. Člověk si již utváří vlastní názor na jeho budoucnost, snaží se najít svou roli v životě. (Nakonečný, 2000)

### 1.4.5 Dospělost

Dospělost je obdobím vnitřní stability. Člověk již většinou zná svou roli v životě, nachází životního partnera a buduje si s ním rodinu a pečuje o ni, nachází zaměstnání a snaží se o celkovou seberealizaci v životě. Jeho názory a postoje jsou stálé. (Vágnerová, 2004) V dospělosti je jedinec již **citově zralý**. Nakonečný uvádí znaky citové zralosti:

- *„Emoční nezávislost na nejbližším prostředí*
- *Způsobilst mít kontakt a reagovat přiměřeně na své okolí, nepodléhat dojmům a projevovat vyrovnanost mezi tím, co jedinec poskytuje, a co vyžaduje, a také být schopen oběti*
- *Dostatečná míra sebevědomí, korespondující s osobními schopnostmi, tj. nepřítomnost pocitů méněcennosti, pocit důvěry v sebe sama, tendence spíše ke spolupráci než konkurenci*
- *Naučit se reagovat tak, jak to vyžaduje prostředí, v němž žijeme*
- *Zralost sexuálních pocitů spočívá v tom, že sexuální život vede k založení rodiny*
- *Ovládá zloby a sní spojené agresivity*
- *Realistické postoje ke skutečnosti, tj. harmonie mezi rozumem a citem*
- *Přiměřené prožívání situací, zvláště sociálních vztahů...“* (Nakonečný, 1998, s. 438)

### 1.4.6 Stáří

Vliv na emoční prožívání v závěrečné etapě života má zdravotní a sociální situace člověka. Ztráta známých, přátel, často také životního partnera, zdravotní problémy, odchod ze zaměstnání, to vše je pro jedince psychicky velmi obtížné. Na druhou stranu jsou zde pozitivní pocity z náhlého časového prostoru na výlety a převážně radost z vnoučat. (Nakonečný, 2000)

## 2 Deprese

Deprese z lat. depressus (stlačený, nízký) je závažné duševní onemocnění, které zásadním způsobem ovlivňuje fungování jedince. Praško a kol. uvádí, že každý pátý člověk za svůj život zažije alespoň jednou depresivní onemocnění a každoročně touto poruchou onemocní 5 % obyvatel všech věkových kategorií. Dvakrát vyšší frekvence výskytu se objevuje u ženského pohlaví, rizikovým obdobím je období klimakteria a šestinedělí. Mezi rizikové období u žen patří také období rodičovské dovolené z důvodu určité míry izolace od okolí. Deprese se může vyskytovat i v dětském věku a u mladistvých, nejčastěji v období puberty, a to z důvodu hormonálních a psychických změn. Nejčastěji se však objevuje v dospělosti mezi 25. až 44. rokem. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

Někdy bývají poklesy nálady a smutek zaměňovány za stavy deprese. Pro depresi je ovšem typické, že člověk nemá pádný důvod ke smutku, trvá delší dobu než smutek, není možné ho ničím rozptýlit, mohou se u něho objevit suicidální myšlenky a hluboce ovlivňuje jeho fungování v běžném životě. (Vymětal, 2003)

### 2.1 Dělení deprese

Depresivní onemocnění se nejčastěji dělí podle intenzity projevů na:

- **Mírnou formu deprese** – jedinec je schopen běžných denních činností a chození do práce nebo školy, ale tyto činnosti zvládá hůře a pomaleji než dřív, má menší zájem o okolí a dochází u něho do určité míry k jeho izolaci. V případě této formy není nutná hospitalizace a nemocný se může léčit ambulantně.
- **Středně těžká forma deprese** – nemocný již není schopen chodit do práce a často mu dělají obtíže i běžné domácí práce. Je zde snižená koncentrace, objevuje se apatie vůči dění v jeho okolí, ztrácí zájem o rodinu, přátele nebo známé a je vnitřně neklidný. Často je v sociální izolaci. U této formy ambulantní léčba často nestačí a je nutná hospitalizace na psychiatrickém oddělení.
- **Těžká forma deprese** – v této fázi jedinec již vůbec není schopen fungovat v každodenním životě, často celý den leží v posteli a obviňuje se, ztrácí smysl v jakékoliv činnosti. Buď je nemocný výrazně neklidný, „neumí stát chvíli na jednom místě“, nebo je naopak velmi zpomalený jak v řeči, tak v pohybu.

Depresivní nálada je tak silná, že nelze zvenčit ničím ovlivnit. Vždy se zde objevují myšlenky na sebevraždu. U těžké formy je nutná co nejrychlejší hospitalizace.

- **Melancholie** – Praško a kol. řadí do nejtěžší formy deprese melancholii. Postižený trpí pocitem zoufalství, beznaděje a těžkými stavy smutku. Někdy se objevuje úzkost, strach a bludy. Jedinec je v tak hlubokém stavu deprese, že vidí jako jediné vysvobození smrt. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

V minulosti se dělily deprese podle etiologie na:

- **Deprese symptomatické** – souvisejí s fyzickým onemocněním jedince, například s rakovinou, srdečním onemocněním, virózou nebo rakovinou. Buď se objevují ještě před nemocí, nebo v jejím průběhu.
- **Deprese endogenní** – tato deprese souvisí s poruchou v mozku nemocného, pravděpodobně ve snížené hladině dopaminu.
- **Deprese psychogenní** – na vznik psychogenní deprese má vliv osobnost jedince, patří zde také deprese neurotické.
- **Deprese larvované** – tyto deprese někdy bývají zařazovány do endogenních depresí. Objevuje se u jedinců, kteří trpí dlouhodobými fyzickými obtížemi (bolesti hlavy, žaludku, zácpa, apod.). (Vymětal, 2003)

### 2.1.1 Klasifikace deprese v MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí)

Depresi v Mezinárodní klasifikaci nemocí můžeme najít v kapitole Duševních poruch a poruch chování (F00 – F99) a to konkrétně u afektivních poruch (F30 – F39).

U afektivních poruch je charakteristická změna nálady buď do depresivní formy, nebo naopak euforie. Tyto poruchy mají vliv na běžné činnosti člověka. Nástup poruchy je často spjat s nepříjemnou situací, kterou musí jedinec řešit, nebo zvýšenou mírou stresu. Dochází zde často k opakovanému návratu onemocnění. Do afektivních poruch řadíme:

- **Manickou fázi (F30)**
- **Bipolární afektivní poruchu (F31)**
- **Depresivní fázi (F32)**
- **Periodickou depresivní poruchu (F33)**
- **Perzistentní afektivní poruchu (F34)**

- **Jiné afektivní poruchy (F35)**
- **Neurčené afektivní poruchy (F36)** (MKN-10, 2009)

## 2.2 Typy deprese

Existuje několik typů deprese:

- **Depresivní epizoda** – hlavními znaky depresivní epizody je hluboký pokles nálady a ztráta zájmu o jakékoliv činnosti, věci nebo lidi. Dále by nemocný měl mít alespoň čtyři z těchto symptomů deprese: změny v chuti k jídlu, narušený spánek, podrážděnost, pokles energie, sebeobviňování nebo pocit bezcennosti, snížená schopnost koncentrace, suicidální myšlenky. Depresivní epizoda se častěji objevuje u ženského pohlaví a její vznik může souviset s nějakou stresovou situací, kterou nemocný zažil (úmrť v rodině, rozchod, apod.), nebo se objeví bez vnějšího impulsu. Depresivní epizodu může v průběhu života jedinec prožít jednou i opakovaně.
- **Bipolární porucha** – je méně častá než jiné formy, trpí jí asi 10 % lidí s depresí. Bipolární porucha se objevuje u 1 – 2 jedinců ze sta a je charakteristická střídáním depresivní a manické fáze. U manické fáze má nemocný nepřiměřeně dobrou náladu, nemá potřebu spánku, je velice aktivní a chce často vytvářet něco nového, ale to většinou nikdy nedokončí, zrychleně mluví, rozhoduje se zbrkle a ve společnosti často dělá ostudu. U depresivní fáze jsou typické příznaky deprese, jako hluboký smutek, ztráta energie a neschopnost cokoli dělat. Mezi těmito fázemi může být nemocný psychicky zcela v pořádku. Bipolární porucha může bez léčby trvat i několik měsíců. (Vymětal, 2003)
- **Sezonní afektivní porucha** – jak už z názvu vyplývá, tato forma deprese se objevuje v určitém ročním období, a to na podzim a v zimě, na jaře většinou příznaky deprese odezní. Jedinec má zvýšenou chuť k jídlu, má větší potřebu spánku a velmi rychle přibírá na váze. Na sezonní afektivní poruchu účinně zabírá fototerapie, tj. léčba světlem.
- **Reaktivní porucha nálady (reaktivní deprese)** – tuto formu deprese vždy předchází velmi těžká stresující životní situace (nejčastěji ztráta – smrt v rodině nebo smrt blízkého přítele, ztráta ve smyslu ztráty práce, rozchodu, apod.) nebo

trauma, jinak by se u jedince neobjevila. Reaktivní porucha nálady se objevuje po odeznění stresové situace nebo do jednoho měsíce. Pro těžkou životní situaci, jakou je právě ztráta, je typický silný zármutek, který je spjat s šokem ze ztráty, popřením, hněvem („Proč zrovna já?“), sebeobviňováním a následně přijetím. Po úmrtí blízkého člověka trvá deprese okolo 13 měsíců, poté odezní. U zármutku je důležité, aby jedinec měl prostor se se svými pocity svěřit a vypovídat se. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

- **Smíšená úzkostně – depresivní porucha** – u této formy se střídají stavy deprese se stavy úzkosti. Ale příznaky deprese a úzkosti nejsou natolik výrazné a není jich tolik, aby se mohla diagnostikovat deprese či úzkostná porucha. Z tohoto důvodu je smíšená úzkostně – depresivní porucha často jak laickou veřejností, tak odborníky podceňována. (Vymětal, 2003)
- **Krátká rekurentní depresivní porucha** – tato forma deprese se objevuje velmi vzácně. U krátké rekurentní depresivní poruchy trvá deprese zpravidla jen pár dní (kolem tří dnů) a opakuje se minimálně jednou za měsíc. Deprese se objevuje velmi náhle, většinou v ranních hodinách, a je velmi intenzivní. Jedinec může mít i sebevražedné sklony a často ho deprese úplně ochromí. Trpí výčitkami, cítí hluboké vyčerpání a smutek. Všechny tyto příznaky odchází většinou po třech dnech a jedinec může opět normálně fungovat. Krátká rekurentní depresivní porucha se často vrací, a proto je obvyklé, že se postižený touto formou deprese ze zoufalství ubírá k alkoholu.
- **Poporodní deprese** – blíže o depresi v poporodním období píší v kapitole „Psychologie šestinedělí“.
- **Deprese v menopauze** – menopauza je pro ženu jedním z nejrizikovějších období pro vznik deprese. Je to dáno hormonálními změnami v organismu ženy, převážně sníženou hladinou estrogenů, a z psychologického hlediska je to strachem ze stárání, z odchodu dětí z domova či nepochopením ze strany partnera. Před léčbou pomocí antidepresiv se upřednostňuje hormonální léčba, po které většinou deprese ustává. Účinná je zde také psychoterapie.
- **Deprese v pozdním věku** – deprese u jedinců v pozdním věku je často zaměňována za stařeckou demenci, nebo je vlivem jiných somatických potíží



nemocného přehlédnuta. Průběh deprese a její symptomy jsou ve stáří stejné jako v mladším věku, ale často má za následek zhoršení somatických potíží, kterými jedinec trpí. Vyšší riziko pro vznik deprese ve stáří mají ženy, vdovy nebo vdovci či lidé v domově důchodců. Impulzem pro vznik deprese bývá často ztráta partnera, odchod z domova do pečovatelského domu a izolace od okolí.

- **Deprese při somatickém onemocnění** – u některých jedinců může být deprese přítomna vlivem somatických obtíží a tyto obtíže zhoršovat. Může to být u kožních onemocnění (lupénka, atomický ekzém), srdečních chorob, endokrinních onemocnění, apod. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

### 2.3 Příznaky deprese

Symptomy depresivního onemocnění jsou velmi pestré, ale typickým znakem je vždy pokles v náladě a ztráta zájmu o většinu činností a věcí. U nemocného také dochází ke změnám v myšlení a chování. Intenzita těchto změn se u každého jedince mírně liší a i prožívání deprese je u každého individuální. Většina lidí však trpí zvýšenou únavou, změnami ve spánkovém režimu, vyčerpaností a vnitřním napětím. Jedinec je k sobě často velmi sebekritický, trpí pocitem bezcennosti, a to ho vede k sociální izolaci. Někteří nemocní mají hluboké stavy deprese spíše v ranních hodinách, jiní naopak večer. (Seifertová a kol., 2008)

Mezi typické symptomy Praško a kol. řadí:

- Nepřiměřené obavy z budoucnosti, častý pesimismus
- Dlouhotrvající smutná nálada
- Sebeobviňování a neschopnost najít smysl života
- Ztráta zájmu z věcí a činností, které dřív jedinci dělaly radost
- Sexuální apetit
- Únava, změna ve spánkovém režimu, tj. prodloužení či zkrácení doby spánku
- Zvýšená či snížená chuť k jídlu a s tím související příbytek či úbytek na váze
- Velmi pomalé tempo při nějaké činnosti, pocit vyčerpanosti a ztráty energie
- Agitovanost a zvýšený neklid
- Suicidální myšlenky a v závažné formě také pokusy o sebevraždu
- Neschopnost koncentrace, špatná paměť, nerozhodnost

- Somatické potíže – poruchy gastrointestinálního traktu (zácpy, nadýmání, bolesti žaludku), bolesti hlavy a zad, svalová ztuhlost a tlak na hrudi

U jedince s depresivní poruchou se nemusí objevit všechny výše uvedené symptomy. Někteří nemocní mají jen pár příznaků, jiní mají naopak příznaků mnoho. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

Nejvýraznější jsou poruchy nálady, dále depresivní myšlenky a chování.

### 2.3.1 Poruchy nálady

Jak již bylo uvedeno, změna nálady je charakteristickým projevem deprese u všech postižených. Objevuje se hluboký dlouhodobý **smutek**, který omezuje u jedince jakoukoliv činnost. Nemocný vnímá všechno velmi pesimisticky, je sám k sobě sebekritický, trestá se a obviňuje za něco, co nikdy neudělal. Toto dlouhodobé zoufalství může jedince dohnat až k sebevraždě. U nemocného se **vytrácí radost**, nedokáže prožívat aktivity, které měl dříve rád, a ani vnější impulzy ho nedokáží rozveselit. Dlouhodobá neschopnost se radovat se nazývá **anhedonie**. (McKenzie, 2001)

U některých jedinců se objevují **stavy úzkosti**. Praško a kol. popisují úzkost jako trvalý neklid a strach z něčeho nepříjemného, ale jedinec neví, co to má být. Vnitřní pocit neklidu má za následek sníženou schopnost koncentrace. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

Jedinec pociťuje **ztrátu**, která nemusí být opodstatněná. Někdy naopak u jedince dojde ke vzniku deprese na základě reálné ztráty například blízké osoby.

Nemocný často obviňuje sám sebe, že není schopný svůj stav změnit, viní se za chyby, které neudělal, a posléze se za to trestá.

Typickým projevem je také nerozhodnost. Jedinec se není schopný rozhodnout jak v zásadních věcech, tak v maličkostech. Nerozhodnost vzniká v důsledku obav, že něco udělá špatně. (McKenzie, 2001)

Dále je to pocit bezmoci, protože si jedinec neumí od deprese sám pomoci, a beznadějí, která pramení ze strachu, že toto zoufalství bude přetrvávat po celý život.

Agitovanost patří mezi další projev deprese. Vnitřní neklid a napětí jsou způsobeny dlouhotrvajícími stavy úzkosti. Podráždění může mít za důsledek hněv nebo naopak lítost.

Do projevů depresivního onemocnění patří také zvýšená **plačtivost**. Nemocný trpí nepřiměřenou lítostivostí, která má často za následek neopodstatněný pláč. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

### 2.3.2 Depresivní myšlenky

Jedinci s depresí mají po většinu času pouze negativní myšlenky. Tyto myšlenky stojí na podložených faktech, ale realitu zkreslují. Jsou to myšlenky tzv. automatické, tj. přicházejí mimovolně. Jedinec se často s těmito myšlenkami shoduje, což má za následek vznik nových negativních myšlenek a tím se deprese zhoršuje.

Spouštěčů depresivních myšlenek je spousta. Může to být neustálé odkládání činností, sebekritika, srovnávání se s okolím nebo pocit selhání. (Vymětal, 2003)

### 2.3.3 Depresivní chování

Z výše uvedených projevů je patrné, že jedinec s depresivním chováním je méně aktivní než dříve, nevidí v žádné činnosti smysl a ani se na ni neumí soustředit, takže raději zůstává v nečinnosti. Činnosti neustále odkládá. Často se vyhýbá kontaktu s okolím v důsledku pocitu méněcennosti a ze strachu z reakce okolí. Nutné aktivity provádí pomaleji a rychleji se cítí unavený. (McKenzie, 2001)

## 2.4 Léčba deprese

Léčba depresivních poruch závisí na intenzitě deprese a na formě deprese. Např. u deprese v menopauze může být dostačující hormonální substituce, u sezonní afektivní poruchy je velmi účinná fototerapie.

Hlavním cílem léčby je zlepšit kvalitu života pacienta a zmírnit riziko návratu deprese. Nejčastěji se volí kombinace farmakologické léčby antidepresivy, které zmírňují symptomy deprese a psychoterapie. (Vymětal, 2003)

Z důvodu časté recidivy depresivního onemocnění, probíhá léčba deprese ve třech etapách:

- **Akutní** – cílem akutní léčby je vymizení symptomů deprese, aby se nemocný mohl co nejrychleji vrátit do běžného života. Většinou probíhá v rámci několika měsíců (okolo tří měsíců), ale doba léčby je individuální. Po akutní léčbě se často jedinec cítí být zdravý, ale po vysazení medikace se u 80 % deprese vrací.
- **Udržovací** – následuje po akutní léčbě a snaží se udržet dobrý psychický stav jedince po dobu 6 – 9 měsíců, což je průměrné trvání deprese.

- **Profylaktická** – profylaktická léčba trvá i několik let, u některých jedinců je nutná po celý život a má za cíl zamezit recidivě onemocnění. Doporučuje se zejména u bipolárních poruch, dystymii nebo při častých recidivách deprese (Seifertová a kol., 2008)

### 2.4.1 Farmakologická léčba

K antidepresivům se přistupuje u všech typů deprese. Antidepresiva upravují hladinu neurohormonů serotoninu, noradrenalinu a dopaminu v organismu, a tím zlepšují psychický stav pacienta. První zlepšení se však neobjevuje ihned po nasazení medikace, ale až v průběhu následujících 3 – 6 týdnů. Existuje několik druhů antidepresiv. Ta jsou předepisována podle obtíží, kterými jedinec trpí, intenzitou deprese, ale také podle nežádoucích účinků. Antidepresiva by měl předepisovat vždy psychiatr.

Možné nežádoucí účinky antidepresiv jsou:

- Sucho v ústech
- Potíže s trávicím traktem, zejména zácpa
- Potíže s močením
- Snížené libido, neschopnost dosáhnout vyvrcholení při pohlavním styku
- Zhoršení zraku, ze začátku léčby
- Mdloby
- Zhoršená koncentrace, zvýšená únava

Principem farmakologické terapie je dlouhodobá léčba a správné dávkování léku. Při náhlém vysazení léku může dojít k následné lékové rezistenci. Někteří nemocní vysazují lék z důvodu nepříjemných nežádoucích účinků. Tyto vedlejší účinky léku však obvykle do 1 – 2 týdnů odezní.

Světová zdravotnická organizace doporučuje léčbu antidepresivy ještě půl roku po vyléčení deprese. U jedinců s recidivující depresivní epizodou by měla léčba pokračovat ještě následující dva roky.

Prognóza léčby se zlepšuje, jestliže jsou antidepresiva nasazena co nejdříve po objevení prvních symptomů deprese a nedochází k předčasnému vysazení antidepresiv po odeznění příznaků. (Seifertová a kol., 2008)

## **2.4.2 Psychoterapie**

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby deprese. U mírné formy deprese někdy postačí pouze psychoterapie a nemusí se přistupovat k farmakoterapii, u závažných forem deprese je psychoterapie naopak neúčinná a začíná se s ní až po odeznění nejtěžších příznaků.

Hlavním principem psychoterapie je vyzdvižení zdravých stránek jedince. Psychoterapeut se snaží nemocnému navrátit důvěru v sebe i okolí, ukázat nemocnému možnosti, jak řešit problémy, naučit ho regulovat myšlenky, emoce a chování a pomáhá mu najít opět smysl života. Jedinec díky psychoterapii dokáže vnímat, co se v něm odehrává a pracovat s tím.

Psychoterapie se dělí na rodinnou, skupinovou a individuální, která se využívá v léčbě deprese nejčastěji. Terapií provází vždy zkušený psychoterapeut. (Praško, Prašková H., Prašková J., 2003)

## **3 Psychologie těhotenství**

### **3.1 Psychologie jednotlivých trimestrů**

#### **3.1.1 První trimestr**

Pro první trimestr je typické, že se žena zaměřuje více na sebe a postupně se sžívá s novým stavem, který ji ovlivní na celý život. Toto období může vést k nejistotě, zdali zvládne péči o své dítě, a tento pocit vede často ženu k vyhledávání kontaktu se svou vlastní matkou. Těhotná bývá často rozladěná, přecitlivělá, začíná mít obavy o své zdraví, z nemocí, které by mohly poškodit vyvíjející se plod. (Ratislavová, 2008) V prvním trimestru je pro ženy velmi důležitá podpora partnera, kdy jsou ženy velmi citlivé na jeho chování. Někdy bývá pro těhotnou obtížné sdělit ostatním členům rodiny, že čeká dítě, zejména když ví, že reakce okolí nebude pozitivní. (Roztočil a kol., 2008)

#### **3.1.2 Druhý trimestr**

V této fázi těhotenství se žena začíná více zaměřovat na dítě než na sebe. Začíná vnímat první pohyby plodu, progresivně se jí zvětšuje děloha a plod již lze vidět i na ultrazvukovém vyšetření. Těhotná začíná s miminkem komunikovat a mění svůj životní styl, aby podpořila zdárný průběh těhotenství. Začíná se také zajímat o předporodní kurzy, těhotenské cvičení a přednášky týkající se těhotenství a porodu. Většinou je toto období

naplněno pozitivními emocemi. U žen, které mají negativní zkušenosti z předchozího těhotenství nebo žen, u kterých se objevily komplikace a jejich těhotenství je řazeno do rizikového, se objevují stavy napětí, zdali neporodí předčasně, mají obavy o vývoj plodu a všechny tyto obavy vedou k nepříjemným stavům úzkosti, které těhotnou provázejí. Zde je důležitá role porodní asistentky, která by měla ženu uklidnit a které se žena může vypovídat ze svých nepříjemných pocitů. (Sdalemann, 2009)

### **3.1.3 Třetí trimestr**

Třetí trimestr je pro těhotné fyzicky náročnější, což se odráží na jejich psychickém stavu. Žena se cítí často unavená, se změnou konstituce těla začíná být více nemotorná a začíná cítit tělesnou nepohodu. Změna tělesných proporcí navíc může v ženách vzbuzovat pocit nepřitažlivosti. Objevuje se také tzv. „stavění hnízda“, kdy těhotná chystá domácnost pro nového člena rodiny. Ratislavová uvádí, že pokud tato příprava chybí, tak to může ukazovat na psychickou poruchu. Psychický stav ženy také ovlivňují myšlenky na porod. Často ženy mívají obavy z bolesti při porodu či z vlastního selhání. (Ratislavová, 2008)

## **3.2 Zájem o sex v těhotenství**

V průběhu těhotenství se zájem o sex často mění. Ve druhém trimestru je typický nárůst zájmu o sex, klesající tendence se objevují v prvním a třetím trimestru. Murkoffová uvádí, že až u 54 % žen v prvním trimestru klesá chuť na sex. Je to dáno jednak nevolností, která je velmi častá pro toto období, obavy o vývoj embrya, tak i únavou. (Murkoffová a kol., 2004) U některých těhotných se naopak zvyšuje sexuální apetence, což je dáno jednak hormonálním vlivem, tak také překrvením orgánů pánevního dna. V důsledku toho žena dosahuje orgasmu častěji a dříve než před otěhotněním. V průběhu gravidity se mohou objevit také sexuální dysfunkce, jejichž nejčastější příčiny jsou:

1. Psychologické – pocit ztráty tělesné přitažlivost, obavy o vývoj plodu, přecitlivělost, apod.
2. Tělesné – hyperémie vulvy a prsou
3. Vztahové – vnitřní konflikt role milenecké a rodičovské

U fyziologicky probíhající gravidity je sexuální akt zcela neškodný. Důležitá je otevřená komunikace mezi partnery a vzájemná důvěra. (Čepický, 1999)

### **3.3 Faktory ovlivňující psychiku v těhotenství**

#### **3.3.1 Nechtěné početí**

Neplánované těhotenství sebou nese těžké rozhodnutí, zdali si dítě nechat či podstoupit umělé přerušení. Jestliže se žena rozhodne pro pokračování těhotenství, často u ní dochází k protichůdným emocím vůči sobě, nenarozenému dítěti či partnerovi, který si přál, aby interrupci podstoupila.

Proběhla řada studií zabývajících se vlivem emocí ženy na plod. Ukázalo se, že negativní nastavení budoucí matky má vliv na budoucí život nenarozeného dítěte. Jedna ze studií proběhla ve švédském Gotenbergu se 120 dětmi z nechtěného těhotenství. Tyto děti byly pozorovány 35 let a ukázalo se, že mají sníženou schopnost navazovat nové vztahy oproti jedincům ze chtěných těhotenství. (Odent M., 1995)

Další ze studií proběhla v České republice s názvem „Pražská studie“. Tento longitudinální výzkum čerpal z informací o ženách, kterým bylo interrupční komisí opakovaně zamítnuto podstoupit umělé přerušení těhotenství. Studií se zúčastnilo 233 žen a jejich dětí. K této skupině byl vytvořen kontrolní vzorek chtěných dětí. U období časně po porodu byla zjištěna menší míra kojených dětí, buď kratší doba kojení či úplná absence. Kojenci z nechtěných těhotenství také trpěli častěji nadváhou. Dále se ukázal zhoršený prospěch ve škole (ačkoli byla inteligence podobná jako u chtěných dětí), hůř zvládali nároky společenského života, byl zde zaznamenán dřívější nástup do práce, menší radost z práce, náročnější navazování vztahů a u žen vyšší rozvodovost. Ženy jako matky byly přísnější a méně empatické ke svým dětem. Závěr studie ukazuje, že negativní emoce matky silně ovlivňují plod a jeho budoucí život. (Ratislavová, 2008)

#### **3.3.2 Věk těhotných**

Období těhotenství může být emočně náročné zejména pro mladé dívky do dvaceti let. Často jsou to neplánovaná těhotenství, vzniklá z krátkodobých vztahů, kdy dívky čelí obavám, jak na jejich těhotenství zareaguje rodina a partner. V některých případech může jít o plánované těhotenství a to zejména v případě, že se dívky chtějí co nejrychleji osamostatnit či si zvýšit otěhotněním sebeúctu u rodiny. Ovšem následkem bývá osamocení od vrstevníků, strach z nové role matky a nedostatečná podpora rodiny. Psychicky nezralá mladá dívka velmi těžce zvládá péči o dítě, může jednat velmi impulzivně a objevuje se u ní i snížená schopnost vnímat potřeby dítěte. (Čepický, 1999)

Starší ženy jsou zatíženy větší pravděpodobností komplikací v průběhu těhotenství a porodu, což v ženách vyvolává zvýšené obavy o vývoj plodu. Častěji také podstupují amniocentézu, které sebou nese strach, převážně při dlouhém čekání na výsledek. (Ratislavová, 2008)

### **3.3.3 Neúspěšné předchozí těhotenství**

Ženy, které mají za sebou neúspěšnou graviditu ukončenou spontánním potratem, zamlklým těhotenstvím či porodem mrtvého plodu jsou pod vyšším psychickým tlakem, a to i díky intenzivnějším kontrolám ze stran lékařů. Porodní asistentka by měla s touto ženou komunikovat velmi citlivě a naslouchat jí. Pro dobrý vývoj plodu je důležité, aby žena byla s předchozím neúspěchem psychicky srovnána. (Roztočil a kol., 2008)

### **3.3.4 Rizikové těhotenství**

Psychicky náročnou situací pro ženu je také gravidita, která se nevyvíjí zcela fyziologicky. Největší obavy pak tvoří hrozící předčasný porod nebo potrat. Těmto ženám je doporučován přísný klidový režim buď v domácím prostředí či jsou dlouhodobě hospitalizovány. S pobytem v nemocnici přichází ještě větší úzkost. Nemocniční režim, přísný klid na lůžku bez možnosti větší aktivity a potíže ostatních spolupacientek můžou vést až k hospitalismu. Těhotná má strach z nejisté budoucnosti a může se u ní projevit anticipační úzkost. U hospitalizovaných žen je velmi důležité vytvořit příjemné prostředí. (Odent, 1995)

Náročné je pro ženu absolvování prenatalních diagnostických testů a čekání na jejich výsledek. Starší rodičky často absolvují odběr plodové vody pod ultrazvukovou kontrolou neboli amniocentézu. Nejčastěji se ženy obávají bolesti při výkonu nebo případným komplikacím během a po výkonu. (Roztočil, 2008) Největším napětím je pak čekání na výsledek vyšetření, což může být dva až šest týdnů a v případě špatného výsledku na těhotnou padá rozhodnutí, zdali si dítě nechat, či podstoupit potrat. Strach z výsledku se liší podle osobnosti ženy a indikací k vyšetření. (Ratislavová, 2008)

## **3.4 Psychosomatika a těhotenství**

Vlivem psychiky člověka na jeho fyzické zdraví se zabývá psychosomatika. Na některých potížích v těhotenství se mohou podílet psychosociální faktory. Mezi ně patří hyperemesis gravidarum, předčasný porod, spontánní potrat či těhotenská cukrovka. (Ratislavová, 2008)



### **3.4.1 Hyperemesis gravidarum a emesis gravidarum**

Hyperemesis gravidarum je nekontrolovatelné zvracení v těhotenství, převážně v prvním trimestru. Dle Čepického se nadměrné zvracení objevuje častěji u prvorodiček, mladých žen, žen s nižším vzděláním nebo těhotných s nadváhou, větší riziko mají ženy, jejichž matky také v těhotenství zvracely. (Čepický, 1999) Teorie vzniku tohoto onemocnění ze somatického pohledu jsou různé – endokrinní teorie, metabolická, alergická teorie. Z pohledu psychologie se hovoří o ženě se silnou vazbou ke své matce, s dětinským chováním, o nezralé osobnosti a o ambivalentním postoji ke graviditě. (Ratislavová, 2008) Jiný pohled vidí příčinu ve zvýšené zátěži a stresu, se kterým se žena neumí vyrovnat. Ženě s diagnózou hyperemesis gravidarum často při hospitalizaci příznaky úplně poleví a již nezvrací, což vysvětluje, že změna prostředí a zklidnění výrazně ovlivňuje toto onemocnění. U žen z domorodých kmenů Jižní Ameriky či Afriky nebo u Eskymaček se nevolnost a zvracení téměř nevyskytuje.

Řada psychologů doporučuje ženám krátkodobou hospitalizaci a podporu ze strany zdravotnického personálu. (Čepický, 1999)

### **3.4.2 Předčasný porod**

Předčasný porod je charakteristický zvýšenou reaktivitou děložní svaloviny a zkracováním děložního čípku. Na reaktivitu dělohy má velký vliv psychické rozpoložení ženy v těhotenství. Velká psychická zátěž a stres zvyšují riziko předčasného porodu. Dlouhotrvající stres vede k aktivaci neuroendokrinních pochodů a imunitního systému, což má za následek předčasný porod.

Zjistilo se, že velká část žen, které předčasně porodily, byly silné kuřačky, ženy rozvedené či ovdovělé, často s nižším sociálním statusem a ženy velmi málo informované.

Zvýšenou pravděpodobnost předčasného porodu mají také obézní těhotné či těhotné konzumující alkohol nebo užívající drogy. (Roztočil a kol., 2008)

### **3.4.3 Pozdní gestóza**

Existuje několik teorií o příčinách vzniku těhotenské gestózy. Symptomy tohoto onemocnění lze ovlivnit psychicky, proto se hovoří také o teorii psychosomatické. Z psychického hlediska zde hraje velkou roli partnerský vztah – krize v partnerském vztahu, žena bez partnera nebo špatná podpora partnera spolu s dlouhotrvajícím stresem může vést až k tomuto onemocnění. (Ratislavová, 2008)

Pozdní gestózou častěji trpí ženy neurotické, které mají problém s vyjádřením svých pocitů, zřídka se objevuje u žen, které v minulosti trpěly psychózou.

Ukazuje se, že u žen, které absolvovaly předporodní přípravu, je nižší riziko vzniku pozdní gestózy. (Čepický, 1999)

## **4 Psychologie porodu**

*„Kdykoli a jakkoli porodíš, tvoje zkušenost ovlivní tvoje emoce, tvoji mysl, tvé tělo a tvou duši na zbytek tvého života.“* Ina May Gaskin

### **4.1 Emoce při porodu**

Každá žena prožívá porod individuálně, ovšem jsou určité okamžiky, které všechny ženy prožívají velmi intenzivně.

1. **Latentní fáze porodu**
2. **Aktivní fáze porodu**
3. **Přechod z I. do II. doby porodní**
4. **Vypuzování hlavičky plodu** (Ratislavová, 2008)

#### **4.1.1 Latentní fáze porodu**

První příznaky začínajícího porodu jsou tzv. poslíčky, lokalizované v podbřišku a u některých žen také v křížové oblasti. Poslíčky bývají velmi intenzivní a těhotná může propadat panice, jestli vše zvládne. (Čech a kol., 2006) Nejistota je typická u prvorodiček, které často poslíčky považují již za kontrakce. V této chvíli je pro rodičku důležitá podpora její porodní asistentky či kamarádky, která ženu uklidní a vytvoří tak klidnou atmosféru. (Roztočil a kol., 2008)

#### **4.1.2 Aktivní fáze porodu**

V aktivní fázi porodu je již porod v běhu a branka je dilatována na 3-4 cm. Kontrakce jsou častější a intenzivnější, takže ženy odjíždějí do porodnice. U žen se může objevit pocit, že porod nezvládnou, protože si jsou vědomy, že porod ještě není u konce a kontrakce budou sílit. (Čech a kol., 2006) Žena v této fázi potřebuje velkou oporu od partnera a porodní asistentky. Důležitá je volnost pohybu, minimální intervence a techniky tlumící porodní bolesti (masáže, aromaterapie, teplá voda, apod.). Jestliže si rodička přeje využít

farmakologických metod tlumících bolest, měla by ji porodní asistentka vyhovět a psychicky ji podpořit, aby rodička neměla pocit viny, že porod nezvládla. (Ratislavová, 2008)

### **4.1.3 Přejchod z I. do II. doby porodní**

Kontrakce jsou v tuto chvíli již velmi časté a intenzivní. Rodička si často ulevuje od bolesti vokalizací a střídáním poloh. Hlavička klesá k pánevnímu východu, což je zejména u prvorodiček dlouhotrvající proces, který vyžaduje trpělivost jak ze strany porodní asistentky, tak rodičky, která chce mít porod „za sebou“. U rodiček se často objevuje pocit, že to nemohou zvládnout a ztrácí trpělivost. (Ratislavová, 2008) Velmi dobře zde působí vizualizace či představa kontrakce jako silné energie, která proudí tělem a posunuje miminka dolů. (Monganová, 2010) Některé ženy potřebují prodýchat kontrakce společně s partnerem a často měnit pozice. Dle francouzského porodníka Michela Odenta je v této fázi žena „ve svém světě“ a jestliže není nikým ani ničím rušena (ostrým světlem, otázkami, častým vaginálním vyšetřováním, apod.), dochází u ní k „vypnutí“ funkce neokortexu a rodička se chová, jako by nebyla přítomna. (Odent, 1995)

### **4.1.4 Vypuzování hlavičky plodu**

Jakmile hlavička plodu začne tlačit na presakrální receptory, rodička bude chtít tlačit. V této chvíli většinou žena nachází novou energii a vzbuzuje to v ní pocit úlevy, protože může veškerou svou energii využít na tlačení. (Čech a kol., 2006) Rodička je opět v plné přítomnosti a poslouchá porodní asistentku. Prvorodičky často překvapí silný tlak na konečník a pocit pálení v pochvě. Díky těmto pocitům mají tendenci zatahovat svaly pánevního dna. Porodní asistentka by měla ženu uklidnit, že tento silný tlak je zcela normální a pomoci jí pánevní dno uvolnit. Rodičce také pomáhá častější změna polohy. Porodní asistentka by v této fázi měla být po celou dobu s rodičkou. (Stadelmann, 2009)

## **4.2 Doprovod u porodu**

Doprovod u porodu je pro ženu většinou velmi přínosný. Značná část žen nikdy nebyla hospitalizována a pobyt v nemocnici pro ně může být velmi stresující, proto přítomnost osoby, ve které má rodička důvěru, je velmi důležitý a podporuje hladký průběh porodu. Touto osobou může být soukromá porodní asistentka, dula, kamarádka či partner rodičky. (Ratislavová, 2008)

### 4.2.1 Partner rodičky

Doprovod partnera u porodu jako první přišel z USA v 60. letech, poté se rozšířil do dalších západních zemí. V Československu byl otec dítěte poprvé přítomen v porodnici ve Znojmě v roce 1984. Jeden z hlavních důvodů přítomnosti partnera bylo upevnění vztahu mezi partnery a bližší navázání vztahu s narozeným dítětem. Nejprve se tato změna u nás setkala s výraznou kritikou, ale po roce 1989, kdy se zlepšil vztah i mezi zdravotníky a laickou veřejností, se přítomnost otce u porodu začala brát pozitivněji. (Enkin a kol., 1998)

Grossman pozoroval dlouhodobé benefity přítomnosti otce u porodu na vztah k dítěti a péči o něj. Ve výzkumu sledoval 100 mužů po dobu jednoho roku. Výzkum ukázal:

- O přítomnosti partnera u porodu rozhodují partneři společně
- Vztah otce k dítěti zlepšuje převážně příprava na otcovství než samotná přítomnost u porodu
- Tito otcové měli po celý rok od porodu silnější tělesný kontakt s dítětem a víc o něj pečovali (Grossman, 1984)

Studie Kavana a Konvalinkové z roku 1993 ukazují, že přítomnost partnera u porodu je častější u párů s vysokoškolským vzděláním, u prvorodiček a žen, pocházejících z dobře fungujících rodin s harmonickým vztahem. (Ratislavová, 2008)

Odent uvádí jak pozitivní vliv partnera u porodu, tak vliv negativní, který může porod zpomalovat. Takovým typem muže je muž příliš úzkostlivý, který svoji nervozitu kompenzuje upovídáním, což rodičku vyrušuje. Dalším typem muže je typ vlastnický, který se snaží ženu nadměrně opečovávat a nereaguje na její potřeby. Rodička během porodu potřebuje intimní atmosféru a co nejméně rušivých elementů, ale muž ji neustále stimuluje otázkami či přehnanou péčí. (Odent, 1995)

Pro partnery rodičky je někdy velmi obtížné pochopit chování ženy během porodu a mají tendenci ženu z jejího instinktivního chování během porodu vytrhávat. Odent upřednostňuje spíše doprovod ženský před doprovodem partnera rodičky. (Odent, 1995)

V současnosti je přítomnost partnera rodičky u porodu zcela běžnou záležitostí. Dle statistik je to 88 – 91% mužů (Bendová, 1996). Partneři by se měli již v těhotenství rozhodnout, zdali chtějí, aby byl muž u porodu či nikoli a měli by s tímto rozhodnutím oba souhlasit.

## **4.2.2 Dula**

Dula pochází ze starořečtiny a v dnešní době se takto pojmenovává speciálně vyškolená žena, která psychicky podporuje ženu v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. V České republice duly procházejí ročním výcvikem, kdy plní zadané úkoly od supervizora a dále musí během výcviku doprovázet minimálně tři ženy u porodu a v průběhu šestinedělí.

Hlavním úkolem duly je vytvořit klidnou intimní atmosféru a respektovat přání ženy, ovšem nezasahovat do kompetencí porodní asistentky a lékaře. Dula nemá zodpovědnost za průběh porodu, jako např. porodní asistentka, ale pouze psychicky, emocionálně a morálně podporuje ženu, aby pro ni byl porod co nejhezčím zážitkem. Přínos duly není jen v podpoře rodičky, ale i partnera, kterého může dula jen svou přítomností uklidnit a povzbudit ho, že je vše v pořádku. (Klaus H. M., Kennell, Klaus H.P., 2002)

## **4.2.3 Příbuzná či kamarádka rodičky**

Část rodiček si přeje mít u svého porodu vlastní matku. Dle Odenta je přítomnost matky prospěšná jedině tehdy, jestliže ona sama porodila bez lékařských zásahů. Ovšem mnoho intervencí, které matky rodiček zažily u svého vlastního porodu, jsou zastaralé, a tak je pro ně obtížné svým dcerám předat platné informace a může docházet k zbytečnému napětí v průběhu celého porodu. (Odent, 1995)

Další možností je kamarádka rodičí ženy. Zde je také velmi pozitivní, jestliže sama kamarádka je matkou a má za sebou nekomplikované porody. (Ratislavová, 2008)

## **4.3 Psychoprofylaktická příprava k porodu**

Počátky předporodní přípravy sahají do první poloviny 20. století do Anglie a Ukrajiny. Hlavním úkolem těchto příprav bylo snížení bolesti při porodu. Příprava a prožívání porodu je závislé na kulturních zvycích národa, v kterém žena žije. Některé domorodé kmeny v Africe, Jižní Americe nebo Austrálii prožívají bezbolestné porody.

### **4.3.1 Dick Readova metoda**

Dick Readova metoda přípravy k porodu vznikla v roce 1933, kdy anglický lékař Dick Read zjistil, že strach a neklid v průběhu porodu vyvolává křečovitě stahování těla při každé kontrakci, čímž je porod bolestivější a často komplikovanější. Ke svým poznatkům

došel také díky své praxi v Kongu, kde působil jako vojenský lékař. Zde viděl několik domácích porodů domorodých žen, které prožívaly porod velmi klidně.

Dick Read doporučoval začít přípravu na porod tři měsíce před termínem porodu v šesti až osmi lekcích. Klad důraz na:

- Nácvik dýchání
- Relaxaci, nácvik tlačení v druhé době porodní
- Snížení úzkosti neustálou přítomností porodníka v průběhu porodu
- Informovanost a pozitivní myšlení
- Aktivní zapojení ženy v průběhu porodu (Čech a kol., 2010)

### **4.3.2 Velvovského metoda**

Velvovskij vycházel z Pavlovových podmíněných a nepodmíněných reflexů, kdy hledal příčinu bolesti při porodu v podmíněných reflexech nebo v negativních emocích. Jeho snahou bylo co nejvíce zvýšit aktivitu kůry mozkové pomocí masáží, hlubokého dýchání, soustředění se na dobu mezi kontrakcemi. Díky tomu dojde k potlačení vedení vzruchů z periferních částí (děloha, porodní cesty) do mozku, takže žena necítí porodní bolest. Tuto metodu se svými kolegy pojmenoval „Metoda psychoprofylaktické přípravy těhotných k porodu“. (Roztočil a kol., 2008)

### **4.3.3 Lamazova metoda**

Fernand Lamaze byl francouzský porodník, který vycházel z poznatků Velvovského a jeho metodu přípravy k porodu upravil. Jeho cílem byl bezbolestný porod, kterého může žena docílit pomocí dechových a relaxačních technik, pozitivního naladění na porod a důvěrou ve zdravotnický personál a partnera, kteří rodičku podporují. Lekce předporodní přípravy probíhají již od začátku druhého trimestru v 8 – 12 lekcích za přítomnosti partnera těhotné.

Lamaze upřednostňoval zejména:

- Výměnu negativních myšlenek za pozitivní
- Vysvětlení smyslu Pavlovových reflexů
- Práci s dechem, relaxace
- Využívání akupresury, automasáže
- Školení zdravotníků a partnera

Lamaze kladl velký důraz na intenzivní cvičení společně s partnerem a dodržování přísných pravidel. Zjistilo se, že tyto principy mohou porod spíše zpomalit či zkomplikovat

a je nutné respektovat individuální průběh porodu každé rodičky bez daných pravidel. (Ratislavová, 2008)

#### **4.3.4 Zilgrei**

Adriana Zillo a Hans Greissing, zakladatelé této metody předporodní přípravy, kladou velký důraz na pohyb a dechové cvičení v průběhu porodu. V průběhu porodu by měla mít rodička volnost v pohybu a pohybovat zejména pánevní oblastí. Porodní cesty se tak začínou postupně dilatovat a bolest je mírnější. Lekce předporodní přípravy mohou probíhat i bez partnera. (Roztočil a kol., 2008)

#### **4.3.5 Sheila Kitzinger**

Anglická antropoložka Sheila Kitzingerová se dlouhodobě zabývala tématem přípravy k porodu a čerpala jak z antropologie a sociologie, tak z porodů svých vlastních dětí. Její snaha byla nejen o předporodní přípravu partnerů, ale také o přípravu na rodičovství. Porod vnímala převážně jako spirituální zážitek a přerod ženy v matku. Porod má zásadní význam v posilování osobnosti ženy a zvyšování jejího sebevědomí. Její lekce předporodní přípravy nejsou pevně dané, ale každá žena si má nalézt svou cestu k láskyplnému porodu. V přípravě se zaměřuje na dechová a relaxační cvičení, klade důraz na zvyšování citlivosti k vlastnímu tělu, vokalizaci v průběhu kontrakcí a porodní polohy. Lekce probíhají v páru, aby se zvýšila podpora partnera v průběhu těhotenství, porodu a v péči o dítě. (Ratislavová, 2008)

#### **4.3.6 Frederick Leboyer**

Leboyer byl zastáncem porodu bez zbytečných zásahů, které naopak můžou průběh porodu zkomplikovat. Upřednostňoval klidné prostředí před cizím prostředím porodních sálů, neosobním přístupem zdravotníků, hluku a ostrému světlu na sálech. Leboyer byl propagátorem tzv. něžného porodu, jehož základ je v:

- Psychologické přípravě matky, vytváření vztahu mezi matkou a dítětem již v období těhotenství
- Respektování ticha, šera a tepla při porodu
- Co nejméně intervencí, fyziologické porody bez farmakologických zásahů
- Trpělivost, soustředěnost a ztotožnění se s dítětem (Roztočil a kol., 2008)

### **4.3.7 Michel Odent**

Michel Odent patří mezi známé francouzské porodníky. Zkušenosti získal z vojenské služby v Africe, kde viděl rodit domorodé africké ženy, a také se inspiroval metodou F. Leboyera. Odent patří mezi kritiky prenatálních diagnostických metod jako je ultrazvuk, CTG monitoring či epidurální analgezie. Jeho metoda přípravy k porodu je více orientována na rodící ženu, které přikládá větší roli. Jeho principy při porodu jsou:

- Seznámení ženy s personálem porodnice a prostředím již v průběhu těhotenství
- Klidné, intimní prostředí, s tlumeným osvětlením a minimálním hlukem v průběhu porodu
- Minimální lékařské intervence do porodu
- Respektování přání rodičky, svoboda volby porodní polohy, důvěra v porodní proces, podpora ženy v důvěru tohoto procesu
- Využití teplé vody, porody do vody
- Upřednostňuje empatické porodní asistentky, které v průběhu porodu mohou nahradit i matku rodící ženy
- Porod bere jako ryze ženskou záležitost, takže přítomnost partnera je dle Odenta ne vždy vhodná (Odent, 1995)

### **4.3.8 Výzkum efektivity psychoprolaktické přípravy**

Odjakživa bylo cílem všech metod přípravy k porodu ulehčení porodních bolestí. Většina výzkumů se tedy zabývala tím, jak tyto předporodní kurzy ovlivní pocíťovanou bolest v průběhu porodu. Ačkoli existuje značná spousta výzkumů, tak údaje o efektu přípravy k porodu jsou stále vzácné. Studie byly prováděny převážně v USA, kde jsou preferovány lékařsky vedené porody podporované medikamenty, což může vést k otázce relevance těchto studií. Přehledy NICE o studiích ukazují, že ženy preferují individuální přípravu k porodu. Také z výzkumů vyplývá, že by partneři uvítali více informací o poporodním období. (Mander, 2014)

## **4.4 Specifické situace v porodnictví**

### **4.4.1 Předčasný porod**

Předčasný porod s sebou nese vždy velkou psychickou zátěž jak pro rodičku, tak pro jejího partnera. Jestliže u ženy dojde k předčasnému porodu bez předchozích varovných signálů



a žena nemá možnost se předem na tuto situaci připravit, můžou na ni negativní emoce dolehnout až po porodu. U žen, které mají rizikové těhotenství a mají již nastaven klidový režim, se v případě předčasného porodu objevují otázky typu „proč já?“, ženy často hledají viníky nebo dochází sebeobviňování. Také z chování zdravotnického personálu může žena vycítit obavy, v průběhu porodu jsou typické častější lékařské intervence, což v ní vyvolává ještě větší strach, co bude s jejím dítětem. (Ratislavová, 2008)

Jeden z největších problémů předčasných porodů z hlediska psychologie je absence skin to skin kontaktu ihned po porodu a samopřisátí novorozence, protože je dítě bezprostředně po narození položeno do inkubátoru a odvezeno na neonatologickou jednotku intenzivní péče. Matka své dítě většinou vidí až několik hodin po porodu, což v ní vyvolává pocity nejistoty a bezmoci, protože o něj nemůže pečovat a bránit jej před ohrožením. U ženy se může objevit pocit selhání, protože nedokázala dítě donosit. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

Ratislavová uvádí, že v prvních dnech po porodu je nejlepší období pro vznik vazby mezi matkou a dítětem, proto delším odloučením novorozence od matky může dojít ke snížení dovednosti intuitivního rodičovství. (Ratislavová, 2008)

Na neonatologických jednotkách intenzivní péče se v současnosti objevila metoda „klokánkování“, kterou v roce 1979 popsali pediatri z Kolumbie. Tato metoda je inspirována přírodními národy, které přikládají nahého novorozence na tělo jeho matky či otce. Přikládání pomáhá matkám předčasně narozených dětí uvědomovat si své rodičovství a učit se pečovat o své dítě, novorozenci se díky této metodě zlepšuje spaní a dýchání. Klokánkování začíná být standardní péčí o nedonošené novorozence ve většině nemocnic v České republice.

Odent upozorňuje na nutnost bohaté vnější stimulace nedonošených dětí, která pomáhá k rozvoji centrální nervové soustavy. Předčasně narozené děti, které měly možnost stimulace od své matky a otce již po narození, se mohou ve svém vývoji stát jedni z nejpokročilejších. Proto je nutné, aby matka mohla být co nejdříve se svým dítětem, ideálně v inkubátoru, ovšem v jednom pokoji s matkou a ne na neonatologickém oddělení. (Odent, 1995)

Dittrichová se zabývala ženami, které předčasně porodily a uvádí, že tyto matky jsou převážně svobodné a své sociální zázemí hodnotí jako horší oproti ženám, které porodily v termínu, ačkoli se finanční situace obou skupin žen významně nelišila. Dále uvádí, že matčiny emoce k předčasně narozenému dítěti ovlivňuje také podpora partnera a rodiny již v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, kdežto u žen, které porodily

v termínu, tyto pocity ovlivňuje jejich fyzický stav po porodu a podpora partnera. Z tohoto vyplývá, že důležitou emocionální podporu žen nedonošených dětí, převážně v prvním roce života dítěte, tvoří jejich rodina. (Dittrichová, 2004)

Velmi pozitivní vliv na psychiku rodičů nedonošených dětí mají skupinová setkání lidí s podobným problémem. (Odent, 1995)

#### **4.4.2 Dítě s vrozenou vývojovou vadou**

Ve většině případů jsou rodiče obeznámeni s vývojovou vadou ještě před narozením dítěte na základě genetického ultrazvuku v těhotenství, takže se mohou před narozením psychicky připravit na péči o dítě s vývojovou vadou. Ovšem některé vývojové vady se mohou na ultrazvukovém přístroji přehlédnout a žena se dozví o postižení jejího dítěte až po jeho narození. V takovém případě je žádoucí, aby se matka od lékaře dozvěděla přesnou diagnózu co nejdříve.

Narození dítěte s vývojovou vadou s sebou nese velkou zátěž pro celou rodinu. U rodičů dítěte se objevuje pocit selhání jak v roli rodiče, tak, zejména u muže, v ploditelské roli. Žena cítí pocit viny za postižení dítěte, či přisuzuje vinu partnerovi nebo zdravotníkům.

Reakce na tuto diagnózu bývá individuální, ale typickými fázemi jsou:

- Šok
- Popření
- Smutek
- Vztek
- Pocity viny
- Vyrovnání
- Reorganizace (Ratislavová, 2008)

Kerrová popisuje reakci rodičů jako ztrátu naděje, strach, jak zvládnout péči o dítě, obviňování sebe i okolí a pocit nespravedlnosti. Reakce otce i matky dítěte se může lišit a zvyšuje se tak i riziko krize vztahu partnerů. (Špatenková N., 2004)

Dle Ratislavové dochází ke ztrátě rodičovské identity, jelikož péče o dítě s postižením se značně liší od péče o zdravé dítě a v důsledku toho dochází často k separaci rodin se zdravým dítětem od rodin s postiženým dítětem.

U velké většiny se však objevuje úzkost, která se může s péčí o dítě stupňovat. Důležitá je podpora vztahu mezi rodiči a dítětem, pomoc s kojením a celkovou péčí o dítě. (Ratislavová, 2008)

Jestliže je u novorozence postižení s velmi špatnou prognózou, může u rodičů dojít k tzv. **anticipačnímu pohřebnímu smutku**, což je emoční odpoutání se od dítěte. (Enkin M. a kol., 1998)

Zdravotnický personál by měl rodině doporučit psychologickou pomoc a zprostředkovat kontakt na organizaci zabývající se tímto problémem. Velmi důležitý je včasný kontakt rodiny s odborníkem, který jim pomůže s vyrovnáním se s celou situací, a tak i podpoří vztah mezi postiženým dítětem a jeho rodiči. Ti často musí radikálně změnit svůj dosavadní životní styl, proto je v adaptaci na novou situaci vhodná podpora i širší rodiny. (Roztočil a kol., 2008)

#### **4.4.3 Porod mrtvého plodu**

K úmrtí plodu in utero dochází z velké většiny případů náhle, takže těhotná a její partner se nemůže na celou situaci předem připravit. Žena většinou do porodnice přichází, protože necítí dlouhou dobu pohyby dítěte. Nejprve se porodní asistentka snaží vyhledat srdeční ozvy plodu a po neúspěšném vyhledání potvrzuje lékař pomocí ultrazvukového přístroje perinatální úmrtí plodu. Po sdělení diagnózy následuje zděšení a šok. Žena může i celou situaci popírat („To bude omyl.“, atd.), což je přirozený obranný mechanismus. Dle Ratislavové prvotní šok může trvat od několika hodin až po dobu čtrnácti dnů. (Ratislavová, 2008)

Asi u tří pětín žen, jak uvádí Čepický, se objevuje obviňování. Rodiče obviňují personál porodnice ze zanedbání péče, sami sebe nebo Boha. Agrese a obviňování patří do zcela přirozených reakcí na ztrátu dítěte. (Čepický P., 1999)

Jestliže po zjištění intrauterinního úmrtí plodu nenastoupí přirozeně děložní kontrakce, je nutné vyvolat porod, z důvodu zvyšujícího se rizika infekce ženy. Porod je vyvolán farmakologicky, pomocí prostaglandinových tablet, aplikovaných do děložního čípku. Stadelmann doporučuje ponechat rodičům čas a prostor, než se porod medikamentózně vyvolá. Upozorňuje také na důležitost zachování intimního a klidného prostředí, jako u porodu živého dítěte. Dále hovoří o možnosti porodu do vody. (Stadelmann, 2009)

Jestliže k úmrtí plodu došlo mimo nemocnici, žena lépe naváže vztah s personálem porodnice, ovšem u úmrtí v průběhu hospitalizace žena viní personál nemocnice za

pochybení, nekomunikuje s personálem a chce co nejdříve z porodnice odejít. V takovém případě je velmi náročné s rodičkou navázat kontakt.

V průběhu porodu by měla být ženě vždy nabídnuta možnost analgezie. Buď epidurální analgezie či formou injekce. Ale je důležité do porodu co nejméně zasahovat a zachovat ochrannou atmosféru jak pro rodičku, tak pro jejího partnera. (Ratislavová, 2008)

Po porodu by měli mít rodiče opět dostatek času na **rozloučení** s dítětem. Bylo prokázáno, že z psychologického hlediska je pro ženu horší, když nemá možnost rozloučení se svým dítětem a doba truchlení se tak může prodloužit. Někdy žena může trpět představou, že dítě neumřelo („Slyšela jsem ho plakat.“). Proto by měl personál porodnice povzbudit ženu, aby se s dítětem rozloučila, pojmenovala ho, mohla ho obléci a pochovat ho. (Stadelmann, 2009)

Pro porodní asistentku i lékaře je porod mrtvého dítěte velká psychická zátěž, proto mají tendenci se klientce vyhýbat, minimalizují komunikaci s ní a snaží se mít vše co nejrychleji za sebou. Takové chování je naprosto nevhodné a ztěžuje celou situaci i samotné rodičce, proto je nutné, aby byl zdravotnický personál vyškolen, jak v takových situacích jednat a byla mu poskytnuta každoroční supervize s psychologem. (Ratislavová, 2008)

Je nutné, aby byli po porodu rodiče každý den informováni vedoucím lékařem o celém procesu a později i o výsledku pitvy. Lékař by měl s rodiči jednat velmi citlivě a v případě nejasností vše rodičům zopakovat, jelikož ve fázi šoku rodiče vnímají realitu často zkresleně.

V cizině je naprosto běžné, že je rodičům poskytnuto intimní prostředí, aby se mohli v klidu rozloučit s dítětem. Často od porodnice dostávají otisk nožičky či ručičky dítěte či fotografii. I takovýto důkaz existence dítěte je důležitý pro zdravý proces truchlení.

Jak v průběhu hospitalizace, tak po propuštění z porodnice je žádoucí odborná pomoc psychologa. Délka procesu truchlení se odvíjí jak od osobnosti ženy a jejího partnera, tak od sociálního prostředí a kultury, ve které žijí. (Roztočil a kol., 2006)

Truchlící **otec dítěte** v celé situaci často působí jako prostředník v komunikaci mezi personálem porodnice, ženou a jejich rodinou. Dále je nucen řešit pracovní a domácí povinnosti (péči o ostatní děti, domácí práce, apod.). Dle Ratislavové zde může dojít ke konfliktu rolí:

- Silný muž – snaží se potlačovat emoce, neplakat, protože to chlapi nedělají
- Ochránce – pocit selhání, že nebyl schopný ochránit dítě, nemůže pomoci své ženě před smutkem a bolestí
- Soběstačný muž – nechce podlehnout emocím, stojí „pevně na zemi“
- Zajistitel – únik k pracovním povinnostem, aby zajistili rodinu. Spolupracovníci však často muže litují, což v něm vzbuzuje ještě větší pocit izolace od ostatních (Ratislavová, 2008)

Dle Enkina se muži vyrovnávají se ztrátou dítěte rychleji než ženy, což může vyvolávat konflikty ve vztahu partnerů. V krajním případě se může stát, že se navzájem z celé situace obviňují. (Enkin, 1998)

Starší sourozenci mohou cítit vinu za úmrtí dítěte, často nejsou schopni pochopit, co se stalo. Objevují se krátkodobé poruchy chování či potíže ve škole. Je nutné, aby rodiče celou situaci dětem vysvětlili a byli k nim citliví. Vedení dětí mohou na krátkou dobu převzít také prarodiče. (Ratislavová, 2008)

## **4.5 Bolest při porodu**

### **4.5.1 Fyziologie porodních bolestí**

Bolest je přirozenou součástí fyziologických porodů a je výsledkem vzájemného působení celé škály faktorů. Má svůj specifický význam, kdy se žena díky přicházející porodní bolesti začne soustředit na sebe, přerušuje všechny předešlé aktivity a volí takovou polohu, která jí může celý porodní proces usnadnit. (Mander, 2014)

V první době porodní je bolest způsobena dilatací dolního děložního segmentu a natahováním aferentních drah v důsledku stahů děložního svalstva. Zpočátku je bolest lokalizována v podbříšku a u mnoha rodiček také v křížové oblasti. Postupně jsou kontrakce intenzivnější v kratších intervalech a rodička začíná cítit nepříjemný tlak v oblasti pánevního dna, žena často vnímá ostrou trvalou bolest. Reakcí organismu na bolest je vyplavení hormonu adrenalinu, který ženě dodává novou energii, endorfinů, které částečně bolest tlumí a důležitou roli hraje také přirozený oxytocin neboli hormon lásky, který zvyšuje práh bolestivosti a zapřičiňuje potlačení paměťových center. Asi 15 % žen hodnotí porodní bolest jako slabou, 15 % jako extrémně silnou. (Čech a kol., 2010)

Vnímání bolesti ovlivňuje zejména psychické rozpoložení ženy. Zážitky z předchozích porodů mohou mít vliv na intenzitu bolesti. Dále se zjistilo, že rodičky

s nižším vzděláním, celkově negativním postojem k těhotenství, pozdějším nástupem do prenatální poradny či velkým strachem z porodu pociťují v průběhu porodu silnější bolesti. Dle Čepického má na prožívání bolesti také částečně vliv předporodní příprava, konstituce těla rodičky a dítěte a dysmenorea. (Čepický P., 1999)

Faktory, které mají vliv na vnímání bolesti, můžeme členit na:

- **Faktory nervového systému – vrátková teorie:** s touto teorií přišli v roce 1965 Melzack a Wall, kteří zkoumali, jak lidský organismus dokáže zmírnit vnímání bolesti. Vrátková teorie hovoří o delších A beta nervových vláknech v kůži, které jsou schopné vyřadit kratší A delta a C vlákna, vnímající ostrou či tupou bolest. A beta nervová vlákna vedou impulsy do míchy rychleji, tudíž deaktivují vstup impulzů do míchy z krátkých vláken. Masáže, teplé obklady či rychlé tření stimulují A beta vlákna, čímž pomáhají zmírňovat bolest v průběhu první doby porodní. Dále pomáhá změna polohy, kroužení s pánví, což aktivuje receptory v kůži a vnímání bolesti se tak sníží. Navíc masáží stimulujeme také uvolňování endorfinů, které působí proti bolesti.
- **Faktory ze strany rodičky** – konstituce těla, velikost pánve, psychická i fyzická připravenost na porod, únava
- **Naléhání a pozice plodu** – levé přední postavení, kdy má plod záda vpředu a hlavičku směřovanou dolů, je účinnější pro dilataci děložního hrdla a zpravidla jsou to méně bolestivé porody než u zadních postavení
- **Lékařské intervence** – vaginální vyšetření, kontinuální monitoring ozev plodu, dirupce vaku blan
- **Faktory psychosociální** – podpora v rodině, obavy z porodu, kultura, ve které rodička žije, zkušenosti z předchozích porodů (Mander, 2014)

#### 4.5.2 Tlumení porodní bolesti pomocí psychologických metod

##### Sugesce

*„Sugesce je emocionálně imperativní způsob přesvědčování. Jde o emociogenní vmlouvání, aby jedinec převzal určitou ideu. Je tedy opakem přesvědčování na logické argumentaci. Způsobilst podlehnout sugescím se nazývá sugestibilita a je u různých lidí odlišná a ovlivnitelná i řadou jiných faktorů.“* (Nakonečný, 1997, s. 430)

Do sugesce patří jak verbální, tak neverbální komunikace. Dle Ratislavové je rodička sugestibilnější a vnímá, co porodní asistentka či lékař říká a dělá. Sugesci lze využít při aplikaci léků či při masáži. (Ratislavová, 2008)

### **Relaxace**

Relaxace snižuje napětí, které vzniká na základě bolestivých podnětů, a díky tomu ženu uvolňuje a pocitově snižuje vnímání bolesti. V průběhu relaxace dochází k vyplavování endorfinů, což zvyšuje pocit úlevy. Relaxačních metod je značná spousta:

- Práce s dechem
- Vizualizace s vokalizací – např. představa děložního stahu jako přívalu energie. Rodička v průběhu kontrakce může vydávat hluboké tóny, které pomáhají dilataci děložního hrdla
- Práce s dotykem - masáže
- Schulzův autogenní relaxační trénink – navození pocitu tepla, uvolnění
- Svalová relaxace – vědomé uvolňování svalů

Relaxační techniky lze nacvičit již v průběhu předporodních kurzů s porodní asistentkou a těhotná sama pozná, která technika jí nejvíce vyhovuje. (Mander, 2014)

### **Odvedení pozornosti**

Rodička se může odpoutat od bolestivých kontrakcí pomocí soustředění se na dech, na tlak rukou při masáži či v teplé vodě. Některé ženy preferují samotu a soustředění se do sebe, vytvářejí si své vnitřní imaginace a nechtějí být nikým rušeny. (Roztočil a kol., 2008)

### **Kognitivní metody**

Kognitivní metoda stojí na logickém myšlení. Snaží se u těhotné rozpoznat její kognitivní mapu, tzn. jakou má představu o porodu, strach z bolesti či zdali porod zvládne. Cílem metody je odstranění negativních postojů a názorů na porod. Tak je žena vedena k pozitivnímu myšlení a tím se i zvyšuje pravděpodobnost hladkého průběhu porodu. (Ratislavová, 2008)

### **Behaviorální metody**

Základem behaviorálních metod je naučit těhotnou techniky, kterými může zvládat bolest a vytvořit v ní kladný postoj ke zvládnutí bolesti. Důležitou součástí je aktivní zapojení rodičky do průběhu porodu, žena má volnost pohybu, pracuje s porodní bolestí, může

vokalizovat nebo si sama hledat úlevové polohy a to ji dodává pocit sebevědomí, že má vše pod kontrolou. Klade se důraz také na aktivitu partnera rodičky. Žena se již v předporodním kurzu učí, jak pracovat s bolestí při porodu – nacvičuje dechové techniky, úlevové polohy či použití různých pomůcek (míč, porodní stolička, atd.). (Ratislavová, 2008)

### **Hypnóza**

Hypnóza může být nápomocná při navození stavu uvolnění v průběhu porodu. Žena již v těhotenství pracuje s hypnotizérem, což je lékař či psycholog s hypnoterapeutickým výcvikem, který ji naučí autohypnóze nebo ji může naučit tzv. posthypnotické sugesci, kterou těhotná použije v průběhu porodu, aby se lépe uvolnila. (Monganová, 2010) Dle Čepického je hypnóza schopna zkrátit dobu porodu a zmenšit pocíťovanou bolest. (Čepický, 1999). Ratislavová tuto metodu doporučuje pouze u žen, které trpí extrémními obavami z porodu, protože je to metoda velmi zdoluhavá a je nutné s ní začít již několik týdnů před plánovaným termínem porodu. (Ratislavová, 2008)

## **5 Psychologie šestinedělí**

Období šestinedělí je z hlediska psychiky ženy velmi náročné, a to jak z důvodu hormonálních a tělesných změn, tak i z důvodu přizpůsobení se nové roli – roli matky. Také průběh porodu silně ovlivňuje emoce ženy v šestinedělí.

V průběhu tří dnů po porodu dochází k velkým hormonálním změnám, snižuje se hladina progesteronu a estrogeneru, které ve velké míře produkovala zejména placenta. Naopak stoupá hladina prolaktinu a oxytocinu, která se zvyšuje také laktací. Krátce po porodu se dostávají do krve také endorfiny, což způsobí, že žena velmi rychle zapomene na předchozí porodní bolesti a také vlivem „hormonu lásky“ oxytocinu se raduje z narození miminka (Odent, 2000). Myšlenky ženy začínají být směřovány hlavně na péči o dítě, kojení a manipulaci s dítětem. První den po porodu je žena ve velmi radostném rozpoložení, ale tuto radost poté střídají obavy, zdali zvládne péči o dítě a tíha zodpovědnosti. Fyzická únava po porodu a hormonální změny spolu s pocitem výše zmíněných obav z nové role mají často za následek emocionální labilitu a úzkost. (Stadelmann, 2009)



## 5.1 Poporodní blues

Poporodní blues charakterizované zvýšenou plačtivostí, podrážděním, častými změnami nálad a sníženou sebeúctou se objevuje zhruba u 50 – 80% žen a to 3. – 6. den po porodu. U ženy se střídají pocity štěstí s pocity smutku, který mnohdy doprovází pláč, který není často opodstatněný. Spouštěčem můžou být problémy s kojením, pocit neschopnosti v péči o dítě. U šestinedělky se výjimečně objevují problémy fyzického charakteru, jako je bolest hlavy, nechut' k jídlu, problémy se spánkem nebo potíže při polykání. Poporodní blues by mělo do 10. dne od porodu odeznít, jestliže trvá déle, je nutná konzultace s psychologem, aby se vyloučila vážnější poporodní deprese. (Čech a kol., 2006)

Příčina vzniku poporodního blues není známa. Dle Čepického poporodní blues nesouvisí s průběhem porodu, psychologickou anamnézou ženy či se sociálním zázemím ženy (Čepický, 1999). Odent má však odlišný názor a tvrdí, že poporodní blues je dáno vedením porodu, zda se do porodu zasahovalo či si ho žena aktivně vedla (Odent, 1995). Některé výzkumu ukazují, že se objevuje zejména u primipar, které nemají zkušenosti s péčí o novorozence a je pro ně vše nové, nebo u žen s problémy v partnerském vztahu či s předchozími většími obavami z porodu. (Roztočil a kol., 2008)

Je nutné, aby ženy a zejména jejich partneři byli již v těhotenství informováni o tomto psychickém rozpoložení ženy v průběhu šestinedělí. Okolí ženy a personál oddělení by měl s ženou jednat obzvlášt' citlivě, podporovat ženu v kojení a péči o dítě. (Ratislavová, 2008)

## 5.2 Poporodní deprese

Poporodní deprese se objevuje u 10 – 15% žen několik dnů až měsíců po porodu. Čepický uvádí, že se příznaky mohou objevit kdykoli v průběhu šesti měsíců po porodu (Čepický, 1999). Hlavními příznaky jsou poruchy spánku, potíže s gastrointestinálním traktem (průjem, bolesti žaludku, zvracení), ztráta zájmu a radosti, strach z budoucnosti. Některé příznaky, jako je ztráta zájmu o sex či hubnutí, jsou v šestinedělí normální, což může být velkým nebezpečím pro rozpoznání poporodní deprese. Výrazným symptomem je nezájem o dítě, žena o něj téměř nepečuje, má problémy se jej dotýkat a dochází ke ztrátě kontroly nad sebou samou. (Roztočil a kol., 2008)

Prvním obdobím po porodu, kdy hrozí zvýšené riziko vzniku poporodní deprese, je ukončení hospitalizace a návrat i s novorozencem domů. Žena je najednou sama na péči o dítě, mnohdy si ještě není jistá sama sebou a nemá možnost konzultovat své obavy se

starostí o dítě s odborníkem. Druhým rizikovým obdobím jsou 2 - 3 týdny po ukončení hospitalizace. Žena se začíná starat o domácnost a pomoc rodiny s péčí o dítě radikálně klesá.

Faktory, které nepříznivě ovlivňují vznik poporodní deprese, jsou:

- 1. Psychiatrické onemocnění v anamnéze** – u 30 % žen s depresí v anamnéze se vyvine poporodní deprese, u 52 - 62% žen s poporodní depresí v minulosti se vyvine opět poporodní deprese. Rizikovou skupinou jsou také ženy s depresí v rodinné anamnéze či ženy výskytem poporodní psychózy
- 2. Psychosociální faktory** – ženy, které nejsou na roli matky připravené, např. nechtěná těhotenství, těžká finanční situace, nižší vzdělání, krize v manželství, dále ženy se sníženou schopností popsat své emoce.
- 3. Tělesné onemocnění** – u snížené funkce štítné žlázy v šestinedělí
- 4. Porod** – studie provedená v Austrálii uvádí až sedmkrát zvýšené riziko u žen po akutním císařském řezu. (In Ratislavová, Hay, 2003)

Velkou roli v rozvoji poporodní deprese mají sociální faktory. Jestliže žena necítí podporu a pomoc rodiny a převážně partnera, má větší sklon ke vzniku deprese. Ukazuje se, že u domorodých národů, kde nedochází k separaci novorozence s matkou po porodu, kde je žena po celé šestinedělí chráněna před okolním stresem a nabízí se jí pomoc celého kmene, téměř nedochází ke vzniku poporodní deprese.

Léčba poporodní deprese spočívá převážně v psychoterapii. U těžkých stavů deprese je nutné zastavit tvorbu mléka a podávat antidepresiva. Symptomy většinou trvají ještě 3 – 14 měsíců od začátku léčby. Pro určení diagnózy se používá speciální dotazník EPDS – Edinburská škála postnatální deprese.

Podle zahraničních výzkumných prací mohou stavy deprese u ženy negativně působit na vytváření jejího vztahu s dítětem a u dítěte dochází k poruše emočního vývoje. (Ratislavová, 2008)

### **5.3 Poporodní psychóza**

Poporodní psychóza byla v minulosti nazývána jako laktační psychóza. Jelikož však s laktací nesouvisí, byla později přejmenována. Tato psychická porucha patří mezi nejzávažnější poporodní onemocnění.

Její výskyt je u necelého procenta šestinedělek a to v prvním týdnu po porodu (3. – 4. den). Poporodní psychóza se dělí na:

- **Amentní** – tato forma má velmi prudký začátek, objevuje se dezorientace, sluchové i zrakové halucinace nebo paranoia související s mateřstvím. Je zde riziko sebepoškození nebo poškození dítěte. Poté přichází amnezie.
- **Manickou** – ta je charakteristická euforickou náladou, chorobnou touhou po vyniknutí a až nepřiměřenými pocity štěstí. Může přejít do amentní formy.

Prognóza u poporodní psychózy je velmi příznivá, je ovšem nutná jak farmakologická, tak psychoterapeutická léčba. Výskyt je zejména u primipar a riziko vzniku v dalším těhotenství je velmi malé. (Čech a kol., 1999)

### III PRAKTICKÁ ČÁST

#### 1 Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit, zda těhotné ženy s rizikovou graviditou mají větší sklon ke vzniku deprese než ženy s fyziologicky probíhající graviditou. Vedlejším cílem praktické části mé diplomové práce bylo zjistit, zda je standardizovaný dotazník Beckův inventář deprese vhodný pro výzkum u těhotných žen.

#### 2 Metodika práce

Pro nalezení odpovědí na mé výzkumné otázky jsem v praktické části použila metodu kvantitativního výzkumu, a to standardizovaný dotazník Beckův inventář deprese verze 2. (Beck, Steer, Brown, 1996). Důvody k výběru dotazníkového šetření byly jeho značné benefity, a to zejména možnost oslovení většího počtu těhotných žen a anonymita respondentek.

Gavora uvádí, že dotazník je jednou z nejčastěji používaných metod kvantitativního výzkumu, především díky možnosti získat relativně velký počet respondentů za krátký čas. Informace, získané z dotazníkového šetření, nejsou příliš podrobné, ale lze je aplikovat na větší okruh lidí. (Gavora, 2000)

**Beckův inventář deprese** je standardizovaný dotazník, který ukazuje na přítomnost a míru závažnosti deprese. Historicky existují tři verze dotazníku. První verze BDI-I vyšla v roce 1961, autorem byl americký psychiatr Aaron Temkin Beck s jeho kolegy. Hlavním cílem první verze byla informace o intenzitě deprese jedince. Dotazník byl rozdělen do 21 kategorií a testovaný odpovídal podle toho, jak se cítil v posledním týdnu. BDI-I byla velmi přínosná zejména v klinické praxi. V roce 1970 došlo k revizi prvotní verze na verzi BDI-IA, která byla upravena tak, aby byla snadněji využitelná v praxi. Respondenti byli dotazováni, jak se cítili v posledních dvou týdnech a u některých položek byly odstraněny varianty A, B. Druhá verze dosahovala vyšší spolehlivosti a validity. Nicméně tato verze neobsahovala kategorie týkající se psychomotoriky a v případě některých příznaků (např. chuť k jídlu, změna spánku) zde byla pouze otázka na pokles těchto potřeb, ne na nárůst. Poslední verze z roku 1996, kterou jsem použila v dotazníku, je ze všech tří verzí nejrozšířenější. Tato verze obsahuje opět 21 kategorií, které se zaměřují na kognitivní,

afektivní, motivační a fyziologické příznaky deprese. Každá kategorie vystihuje jeden z příznaků deprese - ztráta radosti, smutek, pesimismus, sebekritika, znechucení sám ze sebe apod. Příznaky jsou škálované na čtyřbodové stupnici, každý bod je jeden výrok. 0 – o svou budoucnost nemám obavy, 1 – o svou budoucnost se obávám více než dříve, 2 – myslím, že se mi nebude dařit, 3 – moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší. Po sečtení bodů lze vyhodnotit dané skóre:

- 0 – 13 – normální stav
- 14 -19 – mírná deprese
- 20 – 28 – střední deprese
- 29 – 63 – těžká deprese

Tento dotazník lze aplikovat u jedinců od 13 do 80 let. (Gottfried, 2015, s. 20 - 25)

### **3 Popis vzorku**

Dotazníkové šetření jsem prováděla v nemocnicích v Moravskoslezském kraji, konkrétně ve Slezské nemocnici v Opavě, kde jsem pracovala jako porodní asistentka, a v Městské nemocnici Ostrava, dále ve fakultní nemocnici v Olomouci. Dotazníky jsem rozdávala v tištěné podobě, jak na oddělení gynekologie, kde byly hospitalizované ženy s rizikovou graviditou, tak v prenatální poradně, ze které jsem dostala převážně dotazníky od fyziologicky těhotných žen. Devět dotazníků jsem dala k vyplnění také klientkám z mé soukromé praxe.

Dohromady jsem rozdala 130 dotazníků a bylo mi vráceno 100 vyplněných dotazníků. Třicet dotazníků z fakultní nemocnice v Olomouci mi nebylo vráceno, protože došlo k jejich ztrátě a sedm dotazníků bylo vyřazeno z dotazníkového šetření pro podezření, že byly vyplněny jednou osobou. Do výzkumu jsem tedy použila 93 dotazníků a z toho:

- 41 žen s rizikovou graviditou (první skupina)
- 52 žen s fyziologickou graviditou (druhá skupina)

Tyto dvě skupiny těhotných žen jsem poté srovnávala. Výzkum probíhal od prosince 2015 do března 2016.

## 4 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

*Mají gravidní ženy s rizikovým těhotenstvím větší sklon ke vzniku deprese než ženy s fyziologickým těhotenstvím?*

Vedlejší výzkumná otázka:

*Je použitý dotazník BDI-II vhodný pro zkoumání deprese u těhotných žen?*

## 5 Způsob zpracování

Vyhodnocení výsledků bylo provedeno dvěma způsoby – statistickými výpočty nad sadou hodnot a zjištěním závislosti dvou zkoumaných veličin s využitím korelačního koeficientu. Všechny výpočty byly provedeny s použitím vestavěných funkcí v aplikaci Microsoft Excel.

Data v tabulkách a grafech obsahují statistické výpočty nad odpovídajícími odpověďmi z dotazníků, které mají rozmezí hodnot 0 - 3. U otázek používám 2 soubory dat – všechny odpovědi a odpovědi s hodnotami 1 – 3. Tyto dva soubory jsem zvolila, aby bylo možno jednoduše vyčíst také např. aritmetický průměr z odpovědí žen, u kterých se zkoumaný jev projevil, aniž by byl zkreslován odpověďmi žen, u kterých se daný jev neprojevoval a které odpovídaly hodnotou 0. Konkrétně jsem použila modus, medián, aritmetický průměr a směrodatnou odchylku. Variační koeficient je vypočten jako podíl směrodatné odchylky a aritmetického průměru a pouze přehledněji vyjadřuje směrodatnou odchylku. Je vždy zobrazen v procentech.

Poměr nulových odpovědí a nenulových odpovědí k celkovému počtu odpovědí je v tabulkách označen jako „Odp. 0“ a „Odp. 1 - 3“ a udává procento žen, u kterých se zkoumaný jev neprojevil vůbec, resp. se projevil v nějaké míře. V jaké míře se u nich projevil, zde nehraje roli, důležitá je jen přítomnost jevu.

Korelační koeficient je vypočten jako závislost zkoumaného jevu na rizikovosti těhotenství. Hodnoty jsou zahrnuty pro každý jednotlivý dotazník a nad těmito 2 sadami hodnot je následně vypočten korelační koeficient. U zkoumaných jevů je použit tento rozsah hodnot: 0-3 pro odpovědi na jednotlivé otázky a 0-3 pro výslednou míru deprese (0 – žádná deprese, 1 – lehká forma, 2 – střední forma, 3 – těžká forma deprese).

Rizikovost těhotenství je klasifikována 2 hodnotami – 0 pro fyziologické těhotenství a 1 pro rizikové těhotenství.

## **6 Prezentace výsledků**

K interpretaci zjištěných výsledků z dotazníkového šetření jsem použila tabulky a sloupcové grafy.

Nejprve se zabývám jednotlivými kategoriemi v dotazníku (21 kategorií), udávám procentuální rozdíly v obou skupinách těhotných žen a pomocí aritmetického průměru zjišťuji nejčastěji zakroužkované odpovědi.

Modré tabulky u jednotlivých kategorií udávají všechny odpovědi u rizikových těhotných, fyziologicky těhotných a celého pozorovaného vzorku. Zelené tabulky obsahují informace o respondentkách, které v dané kategorii zakroužkovaly odpověď 1 – 3 a ty jsou opět rozděleny do skupin riziková těhotná, fyziologická těhotná, celý vzorek.

Pro lepší přehlednost k těmto tabulkám dodávám také sloupcové grafy. První sloupcový graf ukazuje aritmetický průměr odpovědí na danou kategorii, druhý sloupcový graf informuje o poměru odpovědí 1 – 3.

Následně pomocí koláčových a sloupcových grafů srovnávám výsledky dotazníkového šetření u obou skupin těhotných žen.

V navazující diskuzi zodpovídám hlavní a vedlejší výzkumnou otázku a na základě zjištěných informací předkládám doporučení pro porodní asistentky, lékaře a těhotné ženy.

# 1 Smutek

0 Nejsem smutná

1 Většinou jsem smutná

2 Pořád jsem smutná

3 Jsem tak smutná, že se to nedá vydržet

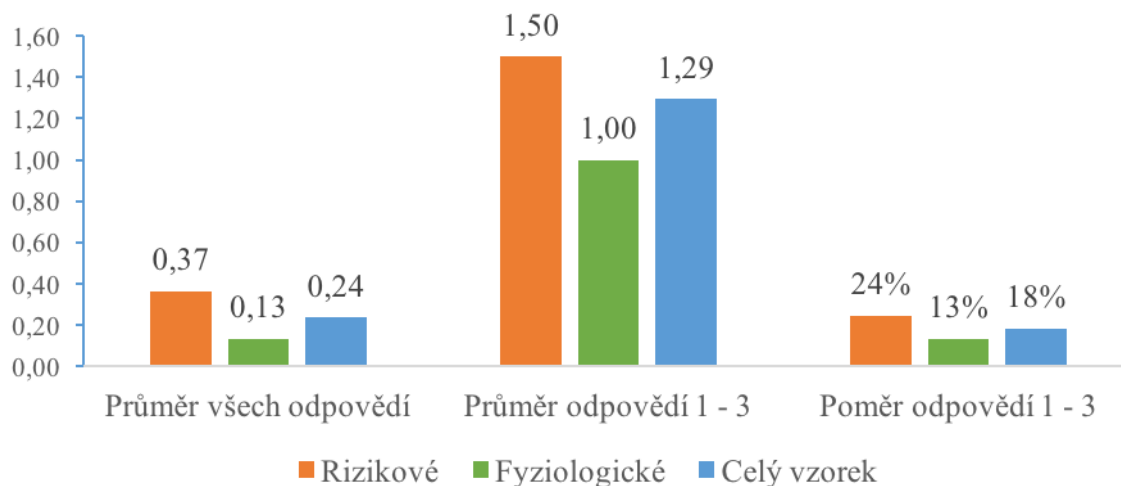
**Tab. 1: Všechny odpovědi - Smutek**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	0	0	0,37	0,76	207%	24%	76%
Fyziologické	0	0	0,13	0,34	254%	13%	87%
Celý vzorek	0	0	0,24	0,58	243%	18%	82%

**Tab. 2: Hodnoty 1 - 3 - Smutek**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,50	0,81	54%
Fyziologické	1	1	1,00	0,00	0%
Celý vzorek	1	1	1,29	0,67	51%

**Graf 1: Odpovědi - Smutek**



První kategorie se týkala pocíťování smutku. Většina dotazovaných v obou skupinách kroužkovaly hodnotu 0. Rizikové těhotné odpovídaly z 24 % v hodnotách 1 – 3, u fyziologicky těhotných žen to bylo pouze 13 %. Fyziologicky těhotné z těchto 13 % odpovídaly vždy v hodnotě 1 („Většinou jsem smutná“), kdežto u rizikových těhotných se objevily i vyšší hodnoty. Průměrná odpověď dosahovala hodnoty 1,5 bodu.



## 2 Pesimismus

0 O svou budoucnost nemám obavy

1 O svou budoucnost se obávám více než dříve

2 Myslím, že se mi nebude dařit

3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší

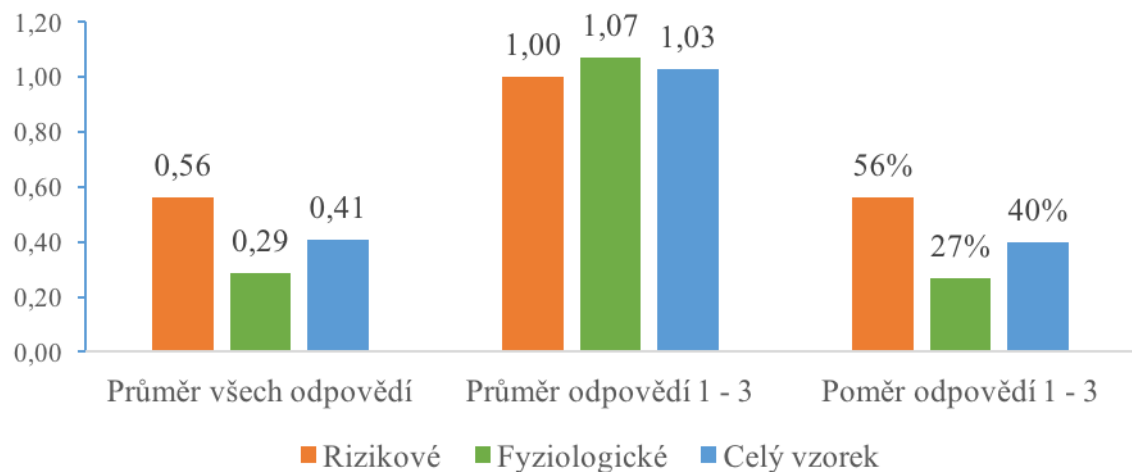
**Tab. 3: Všechny odpovědi - Pesimismus**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	1	1	0,56	0,50	88%	56%	44%
Fyziologické	0	0	0,29	0,49	171%	27%	73%
Celý vzorek	0	0	0,41	0,51	126%	40%	60%

**Tab. 4: Hodnoty 1 - 3 - Pesimismus**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,00	0,00	0%
Fyziologické	1	1	1,07	0,26	24%
Celý vzorek	1	1	1,03	0,16	16%

**Graf 2: Odpovědi - Pesimismus**



V druhé kategorii respondentky kroužkovaly hodnotu, která vystihovala jejich pocity z budoucnosti. Žádnými obavami z budoucnosti netrpí 44 % rizikových těhotných a 73 % fyziologicky těhotných. Odpověď vyšší jak nula se objevila u 56 % rizikově těhotných a byla to vždy jednička – „O svou budoucnost se obávám více než dříve“. U fyziologicky těhotných to bylo 27 % převážně s hodnotou jedna.

### 3 Minulá selhání

0 Nemám dojem, že selhávám

1 Selhala jsem častěji, než jsem měla

2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání

3 Jako člověk jsem úplně selhala

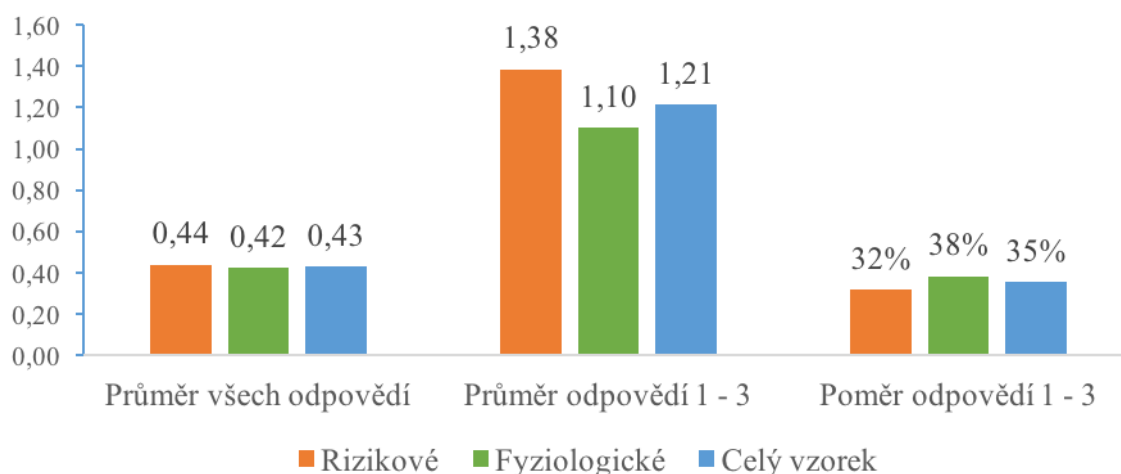
**Tab. 5: Všechny odpovědi - Minulá selhání**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	0	0	0,44	0,70	159%	32%	68%
Fyziologické	0	0	0,42	0,57	134%	38%	62%
Celý vzorek	0	0	0,43	0,63	146%	35%	65%

**Tab. 6: Hodnoty 1 - 3 - Minulá selhání**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,38	0,49	35%
Fyziologické	1	1	1,10	0,30	27%
Celý vzorek	1	1	1,21	0,41	34%

**Graf 3: Odpovědi - Minulá selhání**



Třetí kategorie se týkala pocitu selhání v minulosti. U obou skupin se většina žen shodovala v tvrzení s hodnotou 0 – „Nemám dojem, že selhávám“. U rizikových těhotných to bylo 68 % a u fyziologicky těhotných 62 % žen. Určitou míru selhání pociťovalo 32 % rizikových, přičemž odpovídaly převážně hodnotou 1. U fyziologicky těhotných to bylo 38 % žen s odpovědí také 1.

## 4 Ztráta radosti

0 Raduji se stejně jako dříve

1 Neraduji se stejně jako dříve

2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měla ráda

3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měla ráda

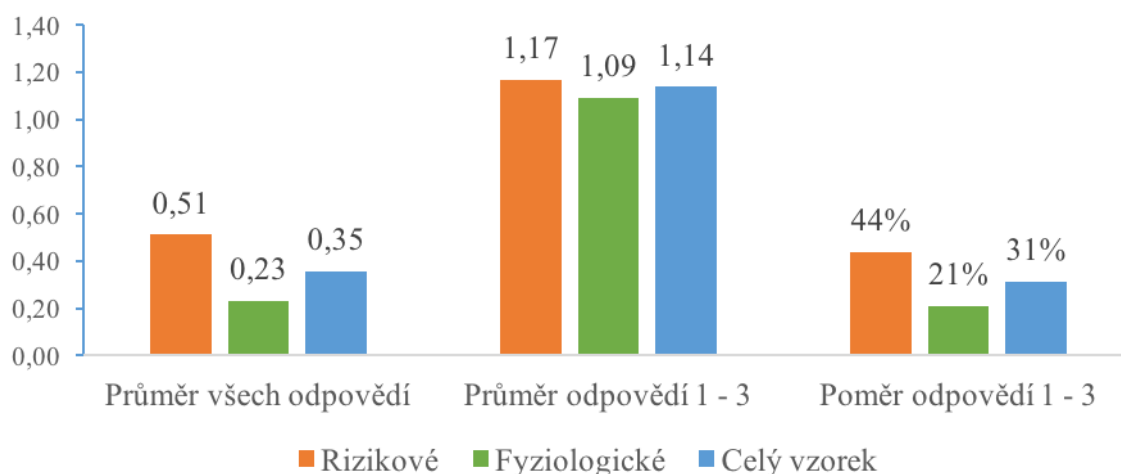
**Tab. 7: Všechny odpovědi - Ztráta radosti**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	0	0	0,51	0,63	123%	44%	56%
Fyziologické	0	0	0,23	0,46	201%	21%	79%
Celý vzorek	0	0	0,35	0,56	158%	31%	69%

**Tab. 8: Hodnoty 1 - 3 - Ztráta radosti**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,17	0,37	32%
Fyziologické	1	1	1,09	0,29	26%
Celý vzorek	1	1	1,14	0,34	30%

**Graf 4: Odpovědi - Ztráta radosti**



Čtvrtá kategorie se týkala ztráty radosti. Zde 56 % rizikově těhotných žen odpovědělo, že se raduje stejně jako dříve a 44 % naopak vnímá menší potěšení z věcí, které jim dělaly v minulosti radost. Ženy s fyziologickou graviditou odpovídaly převážně kladně (79 %), tj. „raduji se stejně jako dříve“, pouze 21 % žen vnímalo rozdíly v pociťované radosti. V případě negativních odpovědí obě skupiny kroužkovaly převážně hodnotu 1 – „neraduji se stejně jako dříve“.

## 5 Pocit viny

0 Nemám nijak zvlášť pocity viny

1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělala

2 Mívám často pocity viny

3 Pořád mám pocity viny

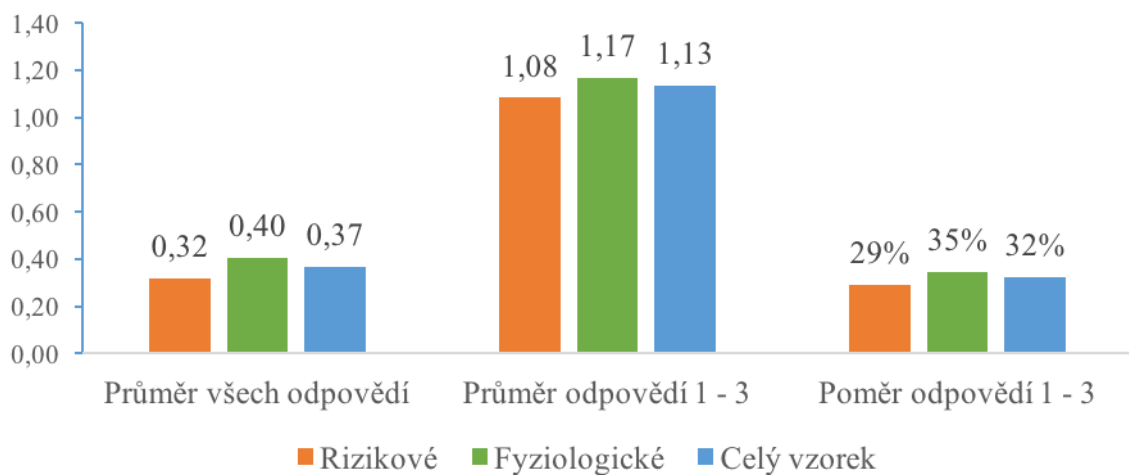
**Tab. 9: Všechny odpovědi - Pocit viny**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	0	0	0,32	0,52	162%	29%	71%
Fyziologické	0	0	0,40	0,60	148%	35%	65%
Celý vzorek	0	0	0,37	0,56	154%	32%	68%

**Tab. 10: Hodnoty 1 - 3 - Pocit viny**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,08	0,28	26%
Fyziologické	1	1	1,17	0,37	32%
Celý vzorek	1	1	1,13	0,34	30%

**Graf 5: Odpovědi - Pocit viny**



V páté kategorii respondentky kroužkovaly výroky, týkající se pocitu viny. Nulovou hodnotu zakroužkovalo 71 % žen ve skupině rizikově těhotných a 65 % žen ve skupině fyziologicky těhotných. Hodnoty 1 – 3 se objevily u 29 % žen v rámci první skupiny a 35 % žen u druhé skupiny a obě skupiny kroužkovaly převážně 1 – „cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělala.“

## 6 Pocit potrestání

- 0 Nemyslím, že mě život trestá  
 1 Myslím, že by mě život mohl trestat  
 2 Očekávám trest  
 3 Myslím, že jsem životem trestaná

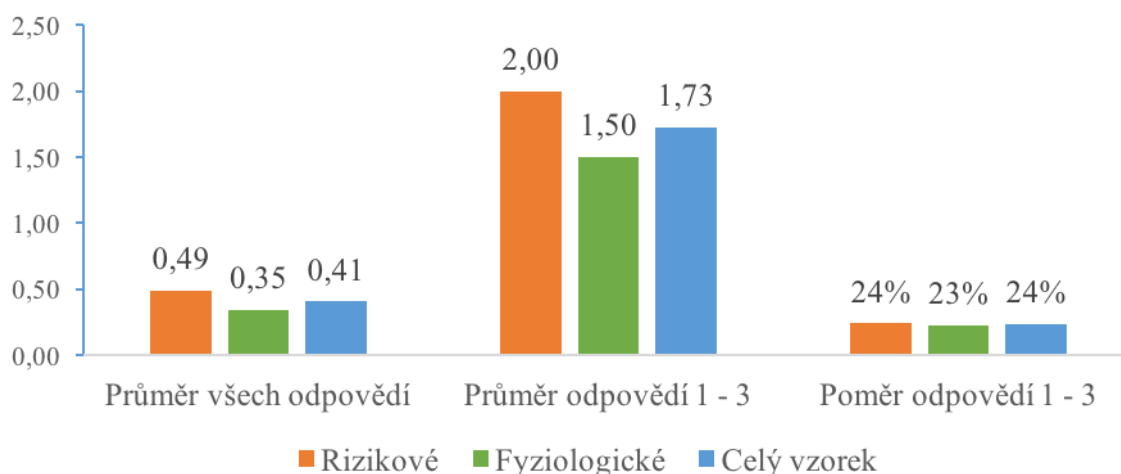
**Tab. 11: Všechny odpovědi - Pocit potrestání**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	0	0	0,49	0,99	203%	24%	76%
Fyziologické	0	0	0,35	0,76	219%	23%	77%
Celý vzorek	0	0	0,41	0,87	213%	24%	76%

**Tab. 12: Hodnoty 1 - 3 - Pocit potrestání**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	2	1	2,00	1,00	50%
Fyziologické	1	1	1,50	0,87	58%
Celý vzorek	1	1	1,73	0,96	56%

**Graf 6: Odpovědi - pocit potrestání**



Šestá kategorie zjišťovala, zda respondentky pocítují, že je život za něco trestá. Ukázalo se, že v obou skupinách těhotné odpovídaly téměř stejně. Většina žen (76 % u rizikových, 77 % u fyziologických) nemá pocit, že by je život trestal. 24 % rizikových těhotných a 23 % fyziologicky těhotných kroužkovalo vyšší hodnoty než nula, z čehož u první skupiny se objevily intenzivnější obavy z potrestání než v případě druhé skupiny.

## 7 Znechucení sám ze sebe

0 Myslím si o sobě pořád to samé

1 Ztratila jsem důvěru sama v sebe

2 Jsem ze sebe zklamaná

3 Sama sebou jsem znechucená

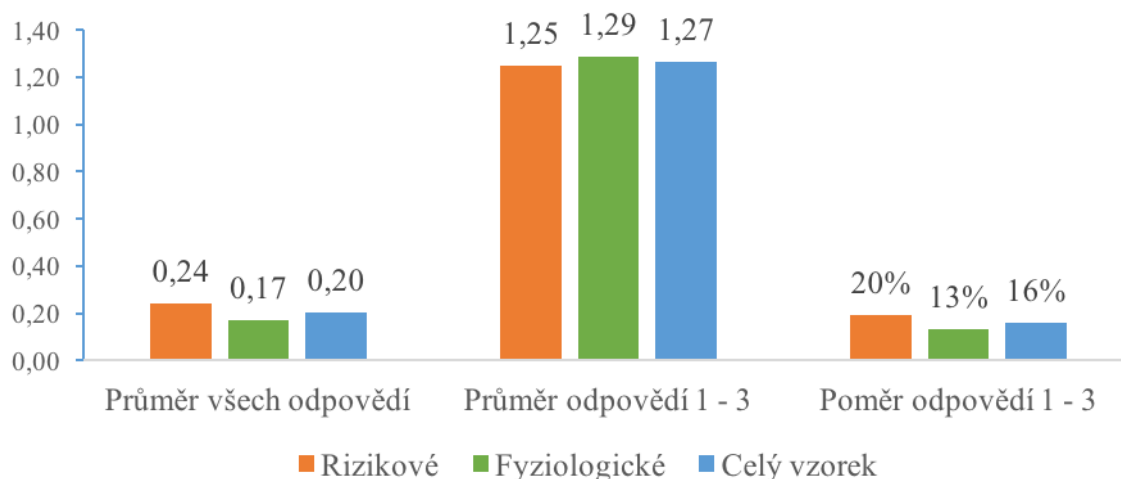
**Tab. 13: Všechny odpovědi - Znechucení sám ze sebe**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	0	0	0,24	0,53	218%	20%	80%
Fyziologické	0	0	0,17	0,47	271%	13%	87%
Celý vzorek	0	0	0,20	0,50	244%	16%	84%

**Tab. 14: Hodnoty 1 - 3 - Znechucení sám ze sebe**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,25	0,43	35%
Fyziologické	1	1	1,29	0,45	35%
Celý vzorek	1	1	1,27	0,44	35%

**Graf 7: Odpovědi - Znechucení sám ze sebe**



Otázka číslo se zabývá důvěrou v sebe sama. Většina dotazovaných si myslí o sobě pořád to samé (80 % v první skupině, 87 % ve druhé skupině), pouze 13 % fyziologicky těhotných a 20 % rizikově těhotných má sníženou důvěru v sebe sama. Tyto ženy odpovídaly převážně hodnotou jedna – „ztratila jsem důvěru sama v sebe“.

## 8 Sebekritika

0 Nekritizují nebo neobviňují sama sebe více než obvykle

1 Jsem sama k sobě více kritická než dříve

2 Kritizují se za všechny své chyby

3 Obviňují se za všechno špatné, co se přihodí

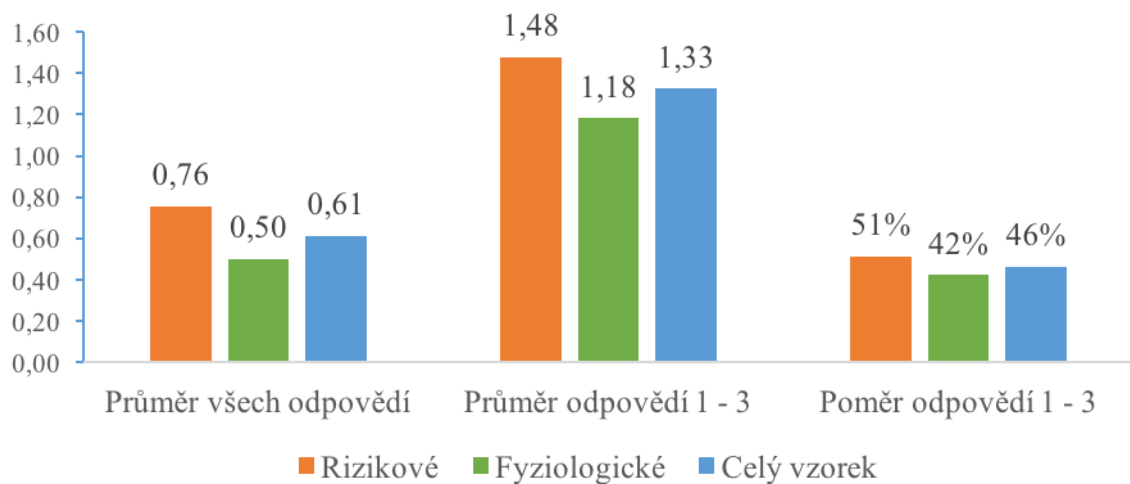
**Tab. 15: Všechny odpovědi - Sebekritika**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	1	0	0,76	0,93	123%	51%	49%
Fyziologické	0	0	0,50	0,67	133%	42%	58%
Celý vzorek	0	0	0,61	0,80	131%	46%	54%

**Tab. 16: Hodnoty 1 - 3 - Sebekritika**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,48	0,79	54%
Fyziologické	1	1	1,18	0,49	41%
Celý vzorek	1	1	1,33	0,67	51%

**Graf 8: Odpovědi - Sebekritika**



Osmá kategorie se zabývá tématem sebekritiky. Zde překvapivě polovina respondentek s rizikovou graviditou (51 %) a téměř polovina žen s fyziologickou graviditou (42 %) odpovídaly v hodnotách vyšších než nula. Z aritmetického průměru negativních odpovědí vyplývá mírně zvýšená sebekritika u rizikových žen.

## 9 Sebevražedné myšlenky nebo přání

0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabila

1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělala bych to

2 Chtěla bych se zabít

3 Kdybych měla možnost, tak bych se zabila

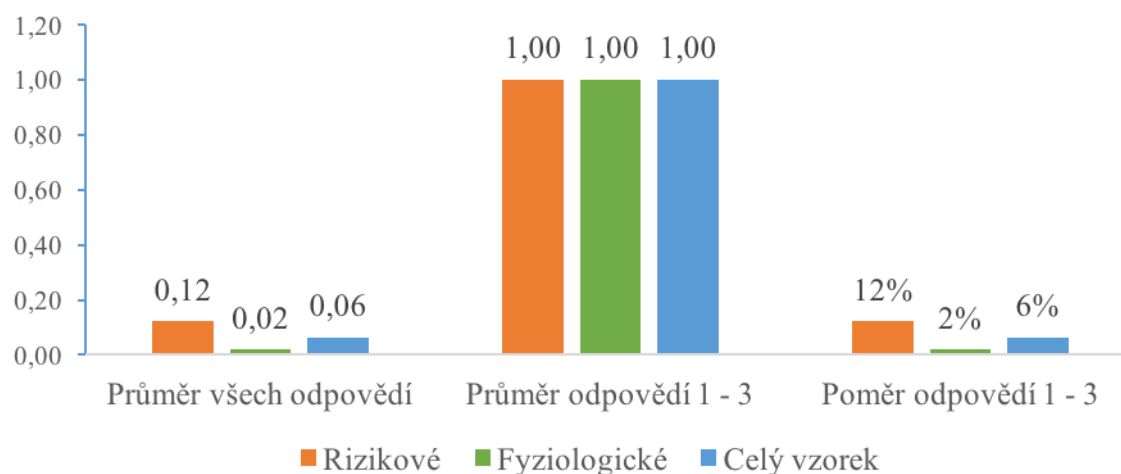
**Tab. 17: Všechny odpovědi - Sebevražedné myšlenky nebo přání**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	0	0	0,12	0,33	268%	12%	88%
Fyziologické	0	0	0,02	0,14	714%	2%	98%
Celý vzorek	0	0	0,06	0,25	381%	6%	94%

**Tab. 18: Hodnoty 1 - 3 - Sebevražedné myšlenky nebo přání**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. Koef
Rizikové	1	1	1,00	0,00	0%
Fyziologické	1	1	1,00	0,00	0%
Celý vzorek	1	1	1,00	0,00	0%

**Graf 9: Odpovědi - Sebevražedné myšlenky a přání**



V kategorii číslo 9, týkající se sebevražedných myšlenek, se v rámci první skupiny objevilo 12 % respondentek, které zakroužkovaly tvrzení 1 – „Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělala bych to“. Těchto 12 % představovalo pět žen s rizikovou graviditou. Jedna z těchto pěti respondentek dle dotazníku trpěla těžkou formou deprese (29 bodů), tři ženy střední formou deprese (26, 23, 21 bodů) a jedna pouze mírnou formou deprese (18 bodů). U druhé skupiny sebevražednými myšlenkami trpěla pouze jedna respondentka. Této ženě vyšla z dotazníku střední forma deprese (27 bodů).



## 10 Plačtivost

0 Nepláču dřív než více

1 Pláču dřív než dřive

2 Pláču kvůli každé maličkosti

3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopna

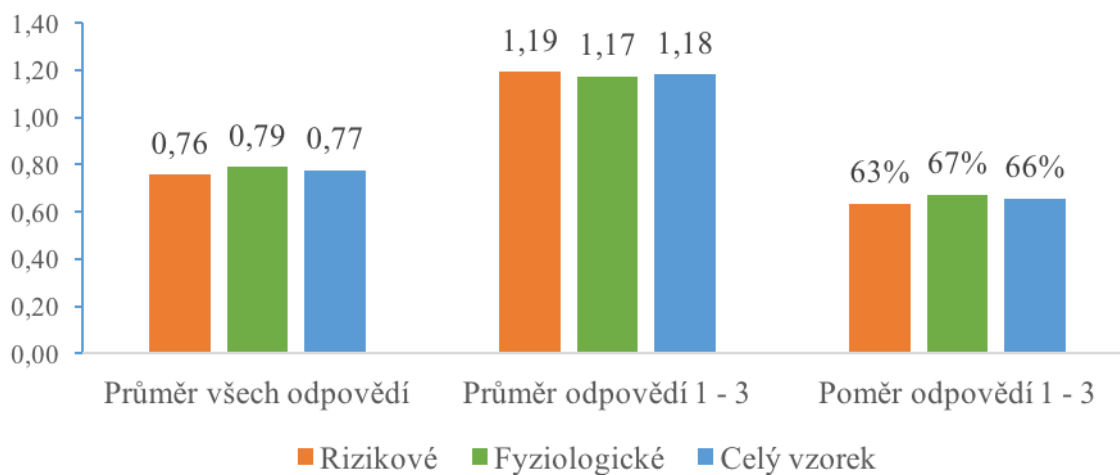
**Tab. 19: Všechny odpovědi - Plačtivost**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	1	1	0,76	0,65	87%	63%	37%
Fyziologické	1	1	0,79	0,63	80%	67%	33%
Celý vzorek	1	1	0,77	0,64	83%	66%	34%

**Tab. 20: Hodnoty 1 - 3 - Plačtivost**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,19	0,39	33%
Fyziologické	1	1	1,17	0,38	32%
Celý vzorek	1	1	1,18	0,38	33%

**Graf 10: Odpovědi - Plačtivost**



Kategorie číslo deset se zabývala plačtivostí. Ukázalo se, že většina žen v obou skupinách pláče více než dřive, u rizikových 63 % žen, fyziologicky těhotné z 67 %. Třetina respondentek nepocit'uje změnu oproti dřivějšimu stavu (37 % v první skupině, 33 % ve druhé skupině).

## 11 Agitovanost

0 Nejsem více neklidná nebo napjatá než obvykle

1 Cítím se více neklidná nebo napjatá než obvykle

2 Jsem tak neklidná nebo vzrušená, že je těžké to vydržet

3 Jsem tak neklidná nebo rozrušená, že nemohu zůstat v nečinnosti

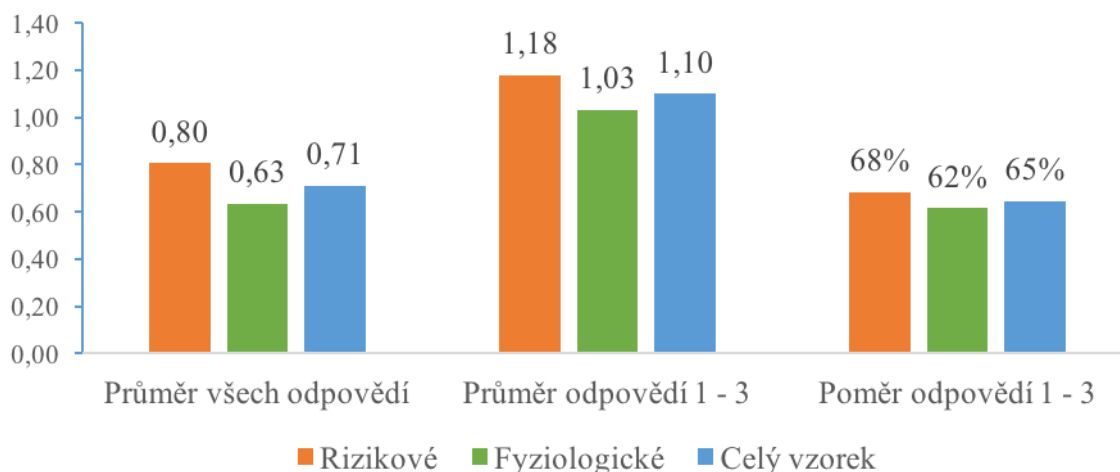
Tab. 21: Všechny odpovědi - Agitovanost

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	1	1	0,80	0,71	88%	68%	32%
Fyziologické	1	1	0,63	0,52	82%	62%	38%
Celý vzorek	1	1	0,71	0,61	87%	65%	35%

Tab. 22: Hodnoty 1 - 3 - Agitovanost

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,18	0,54	46%
Fyziologické	1	1	1,03	0,17	17%
Celý vzorek	1	1	1,10	0,40	36%

Graf 11: Odpovědi - Agitovanost



Určitá neklidnost až napjatost trápí 68 % rizikově těhotných a 62 % fyziologicky těhotných žen. Respondentky z obou skupin nejčastěji kroužkovaly hodnotu 1 – „cítím se více neklidná nebo napjatá než obvykle“. Třetina respondentek (32 % rizikových, 38 % fyziologických) nevnímala zvýšené napětí než dříve.

## 12 Ztráta zájmu

0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratila

1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci

2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci

3 Je těžké se zajímat o cokoli

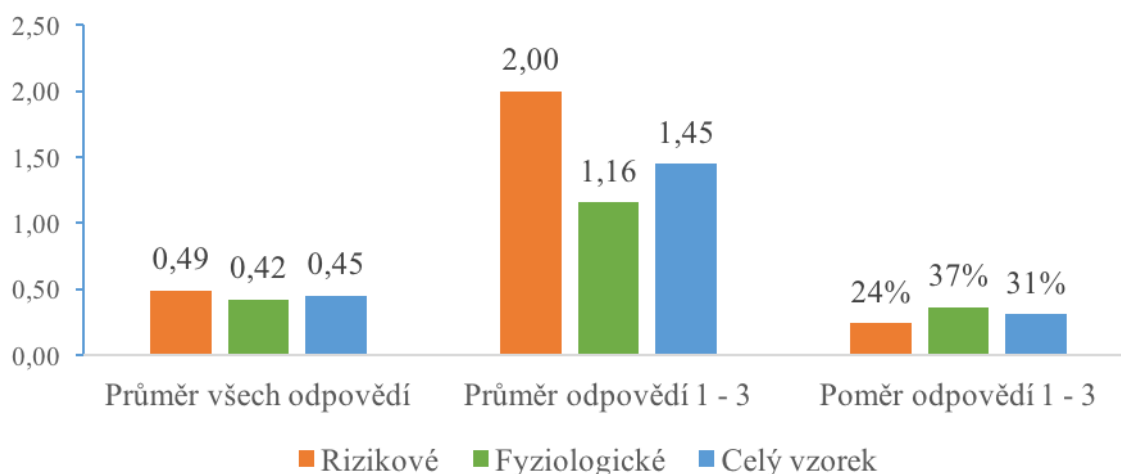
Tab. 23: Všechny odpovědi - Ztráta zájmu

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	0	0	0,49	0,97	198%	24%	76%
Fyziologické	0	0	0,42	0,60	142%	37%	63%
Celý vzorek	0	0	0,45	0,78	173%	31%	69%

Tab. 24: Hodnoty 1 - 3 - Ztráta zájmu

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	2	1	2,00	0,89	45%
Fyziologické	1	1	1,16	0,36	31%
Celý vzorek	1	1	1,45	0,72	50%

Graf 12: Odpovědi - Ztráta zájmu



V kategorii číslo 12 většina respondentek nepociťovala ztrátu zájmu o kontakt s okolím. Ve skupině jedna to bylo 76 % a ve druhé skupině 63 %. 37 % fyziologicky těhotných žen přiznalo, že se méně zajímá o okolí, než tomu bylo dříve, u rizikově těhotných žen to bylo 24 %. Ty naopak pociťovaly mnohem menší zájem o kontakt s okolím, než tomu bylo u fyziologicky těhotných.

## 13 Nerozhodnost

0 Rozhoduji se stejně dobře jako dříve

1 Rozhodovat se je obtížnější než obvykle

2 Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve

3 Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí

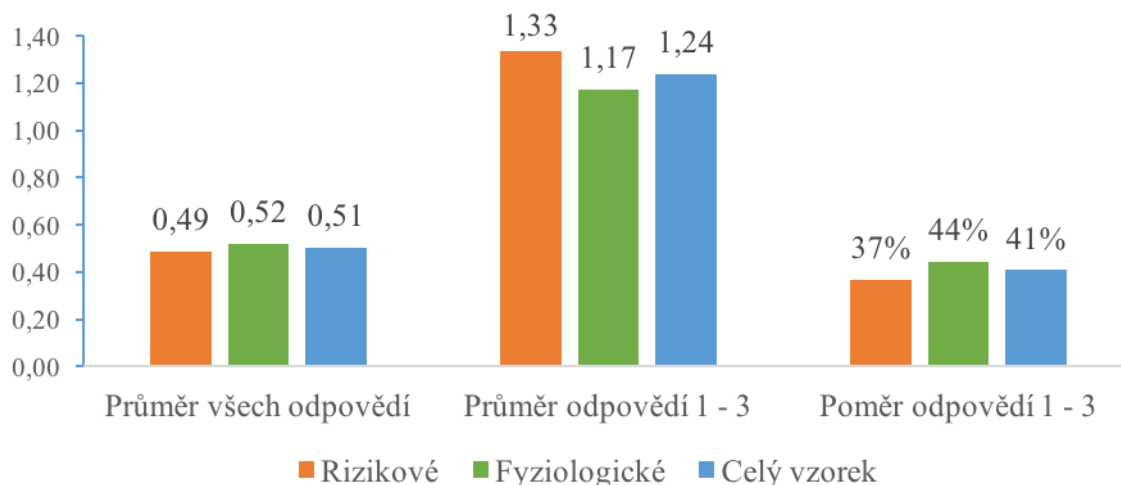
**Tab. 25: Všechny odpovědi - Nerozhodnost**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	0	0	0,49	0,77	158%	37%	63%
Fyziologické	0	0	0,52	0,66	128%	44%	56%
Celý vzorek	0	0	0,51	0,71	141%	41%	59%

**Tab. 26: Hodnoty 1 - 3 - Nerozhodnost**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,33	0,70	52%
Fyziologické	1	1	1,17	0,48	41%
Celý vzorek	1	1	1,24	0,58	47%

**Graf 13: Odpovědi - Nerozhodnost**



Více než polovina respondentek se shoduje, že jim rozhodování nedělá větší potíže než v minulosti (63 % rizikových, 56 % fyziologických). 37 % rizikově těhotných a 44 % fyziologicky těhotných odpovědělo, že je pro ně rozhodování obtížnější než obvykle.

## 14 Pocit bezcennosti

0 Necítím se bezcenná

1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem mívala

2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenná

3 Cítím se úplně bezcenná

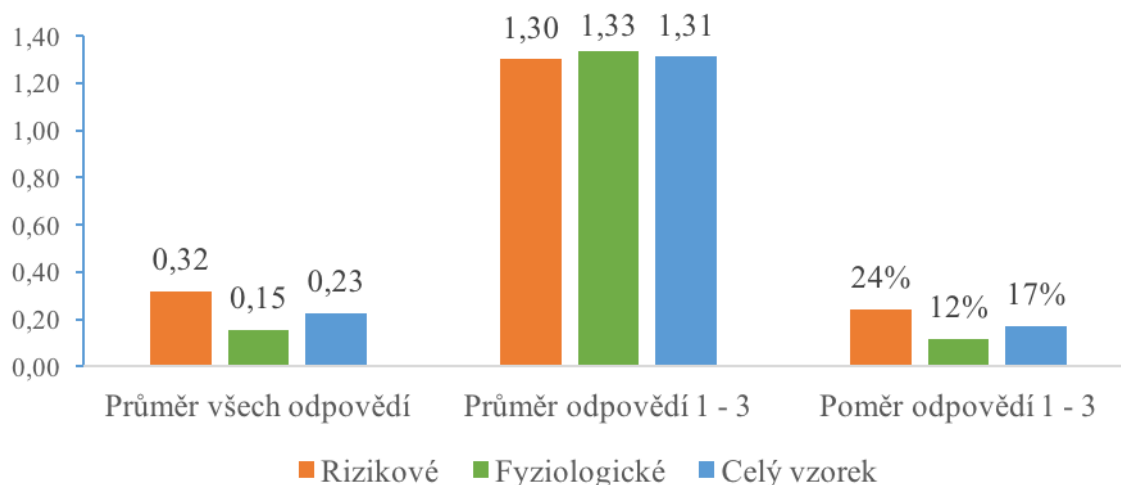
**Tab. 27: Všechny odpovědi - Pocit bezcennosti**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	0	0	0,32	0,60	190%	24%	76%
Fyziologické	0	0	0,15	0,46	296%	12%	88%
Celý vzorek	0	0	0,23	0,53	235%	17%	83%

**Tab. 28: Hodnoty 1 - 3 - Pocit bezcennosti**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,30	0,46	35%
Fyziologické	1	1	1,33	0,47	35%
Celý vzorek	1	1	1,31	0,46	35%

**Graf 14: Odpovědi - Pocit bezcennosti**



Většina respondentek se necítily bezcenná, u první skupiny 76 % žen, u druhé skupiny 88 % žen. Naopak 24 % rizikově těhotných vnímá pocit bezcennosti, u fyziologicky těhotných je to pouhých 12 %. Všechny tyto ženy odpovídaly převážně hodnotou jedna – „nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem mívala“.

## 15 Ztráta energie

0 Mám stejně energie jako vždy

1 Mám méně energie, než jsem mívala

2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělala

3 Vůbec na nic nemám energii

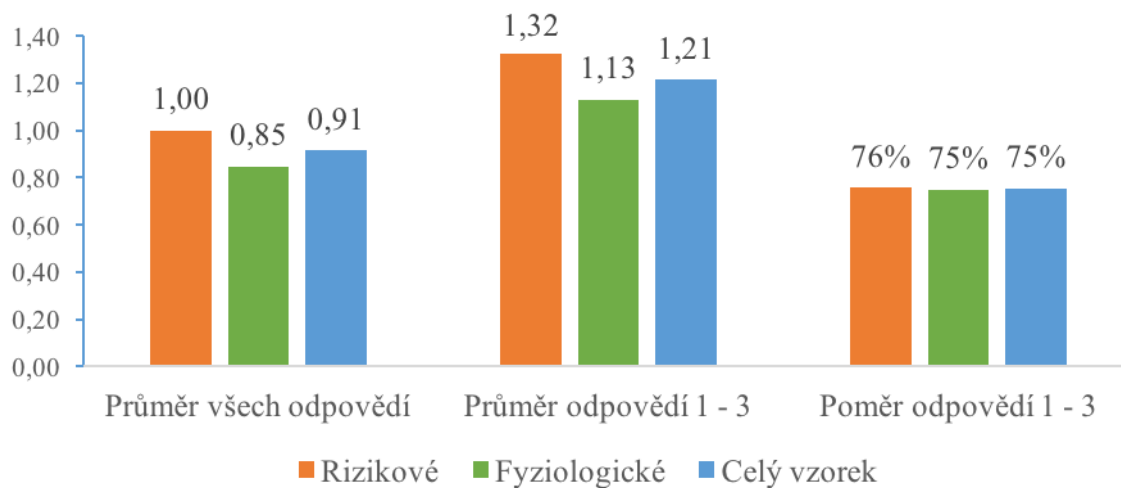
Tab. 29: Všechny odpovědi - Ztráta energie

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	1	1	1,00	0,70	70%	76%	24%
Fyziologické	1	1	0,85	0,57	67%	75%	25%
Celý vzorek	1	1	0,91	0,63	69%	75%	25%

Tab. 30: Hodnoty 1 - 3 - Ztráta energie

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,32	0,47	35%
Fyziologické	1	1	1,13	0,33	30%
Celý vzorek	1	1	1,21	0,41	34%

Graf 15: Odpovědi - Ztráta energie



Výsledky z kategorie 15 ukázaly, že více než 70 % respondentek z obou skupin pocívalo méně energie než dříve (76 % rizikových těhotných, 75 % fyziologicky těhotných). 24 % rizikových a 25 % fyziologicky těhotných naopak nepocívalo úbytek energie.

## 16 Změna spánku

0 Nevšimla jsem si žádných změn u svého spánku

1a Spím trochu více než obvykle

1b Spím trochu méně než obvykle

2a Spím mnohem více než obvykle

2b Spím mnohem méně než obvykle

3a Většinu dne prospím

3b Probouzím se o 1 – 2 hodiny dříve a už nemohu usnout

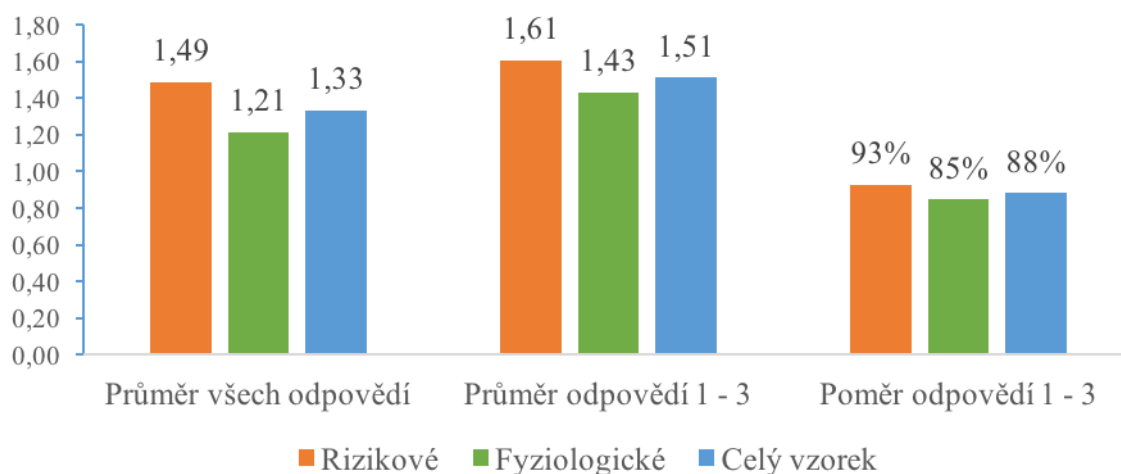
Tab. 31: Všechny odpovědi - Změna spánku

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	2	2	1,49	0,70	47%	93%	7%
Fyziologické	1	1	1,21	0,72	59%	85%	15%
Celý vzorek	1	1	1,33	0,72	54%	88%	12%

Tab. 32: Hodnoty 1 - 3 - Změna spánku

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	2	2	1,61	0,59	37%
Fyziologické	1	1	1,43	0,54	38%
Celý vzorek	1	1	1,51	0,57	38%

Graf 16: Změna spánku



U drtivé většiny rizikových těhotných (93 %) došlo ke změnám ve spánkovém režimu. Podobně na tom byly ženy s fyziologicky probíhající graviditou (85 %). V obou skupinách respondentky odpovídaly, že spí trochu více než obvykle nebo mnohem více než obvykle.

## 17 Podrážděnost

0 Nejsem podrážděná více než obvykle

1 Jsem více podrážděná než obvykle

2 Jsem mnohem více podrážděná než obvykle

3 Bývám pořád podrážděná

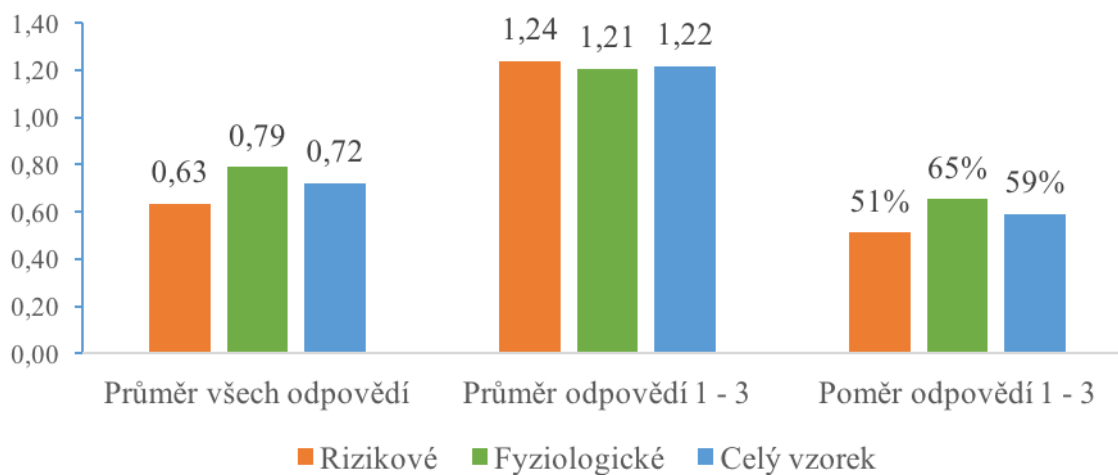
**Tab. 33: Všechny odpovědi - Podrážděnost**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	1	0	0,63	0,69	109%	51%	49%
Fyziologické	1	1	0,79	0,66	84%	65%	35%
Celý vzorek	1	1	0,72	0,68	94%	59%	41%

**Tab. 34: Hodnoty 1 - 3 - Podrážděnost**

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,24	0,43	34%
Fyziologické	1	1	1,21	0,40	34%
Celý vzorek	1	1	1,22	0,41	34%

**Graf 17: Odpovědi - Podrážděnost**



Nečekaný výsledek vyšel v kategorii číslo 17, zabývající se podrážděností. Více jak polovina respondentek vnímala vyšší podrážděnost než obvykle, u rizikově těhotných 51 %, u fyziologicky těhotných bylo procento dokonce vyšší, a to 65 %. Necelá polovina rizikově těhotných žen (49 %) a 35 % fyziologicky těhotných žen nevnímá v této kategorii žádné změny.



## 18 Změny chuti k jídlu

0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu

1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle

1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle

2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle

2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle

3a Vůbec nemám chuť k jídlu

3b Jíst mohu pořád

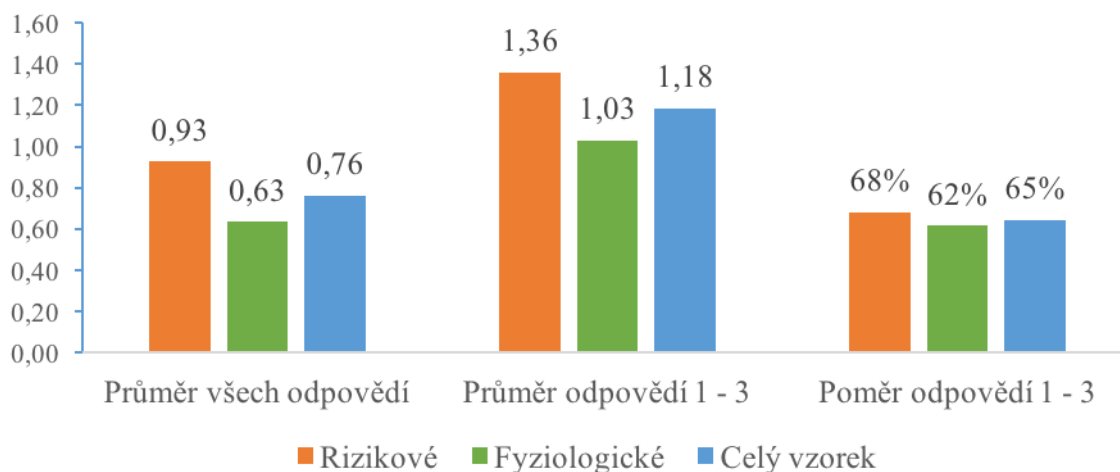
Tab. 35: Všechny odpovědi - Změny chuti k jídlu

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	1	1	0,93	0,81	87%	68%	32%
Fyziologické	1	1	0,63	0,52	82%	62%	38%
Celý vzorek	1	1	0,76	0,68	89%	65%	35%

Tab. 36: Hodnoty 1 - 3 - Změny chuti k jídlu

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,36	0,61	45%
Fyziologické	1	1	1,03	0,17	17%
Celý vzorek	1	1	1,18	0,47	39%

Graf 18: Odpovědi - Změny chuti k jídlu



Změny chuti k jídlu má přes 60 % respondentek v obou skupinách, a to 68 % rizikových těhotných, 62 % fyziologicky těhotných. Třetina těhotných žen nevnímá rozdíly ve stravovacích návycích.

## 19 Koncentrace

- 0 Mohu se soustředit jako vždy  
 1 Nejsem schopná se soustředit jako obvykle  
 2 Je těžké se na cokoli delší dobu soustředit  
 3 Nejsem schopná se soustředit na nic

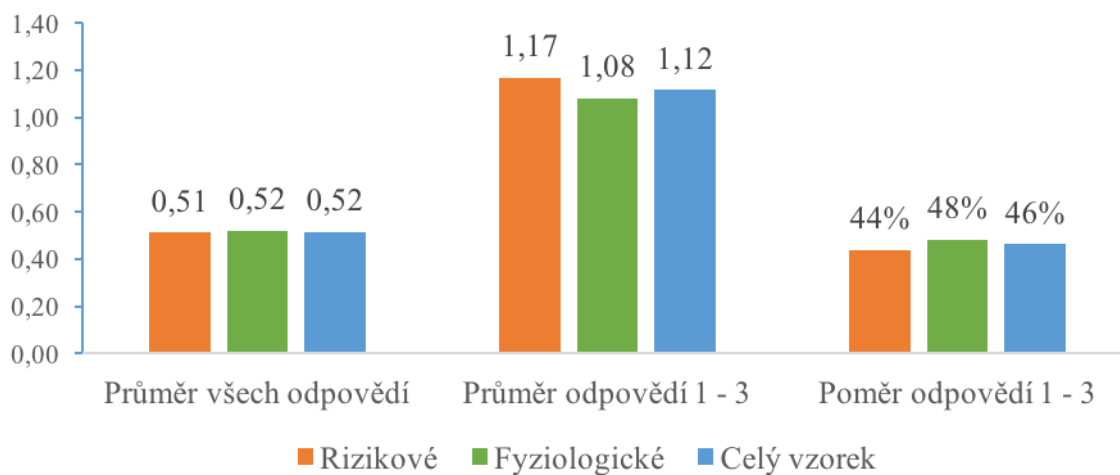
Tab. 37: Všechny odpovědi - Koncentrace

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	0	0	0,51	0,63	123%	44%	56%
Fyziologické	0	0	0,52	0,57	110%	48%	52%
Celý vzorek	0	0	0,52	0,60	116%	46%	54%

Tab. 38: Hodnoty 1 - 3 - Koncentrace

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,17	0,37	32%
Fyziologické	1	1	1,08	0,27	25%
Celý vzorek	1	1	1,12	0,32	29%

Graf 19: Odpovědi - Koncentrace



Více než polovina dotazovaných žen je schopna soustředit se stejně jako vždycky (56 % rizikově těhotných, 52 % fyziologicky těhotných). Ženy, které kroužkovaly vyšší hodnotu než nula, z velké většiny vnímaly pouze sníženou schopnost koncentrace.

## 20 Únava

0 Nejsem unavená více než obvykle

1 Unavím se snadněji než obvykle

2 Jsem příliš unavená, než abych dělala tolik věcí, jako jsem dělávala

3 Jsem tak unavená, že nedokážu udělat skoro nic

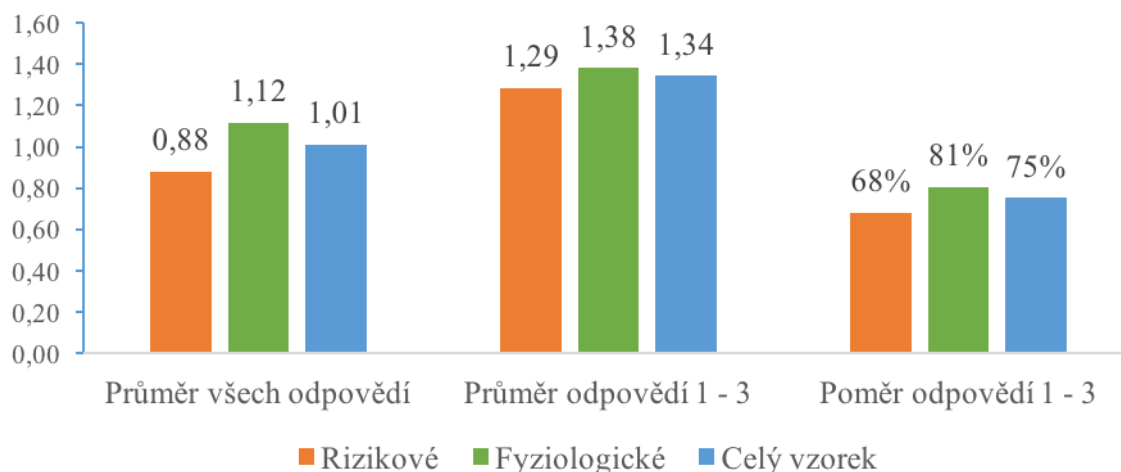
Tab. 39: Všechny odpovědi - Únava

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	1	1	0,88	0,77	88%	68%	32%
Fyziologické	1	1	1,12	0,75	67%	81%	19%
Celý vzorek	1	1	1,01	0,77	76%	75%	25%

Tab. 40: Hodnoty 1 - 3 - Únava

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	1	1	1,29	0,59	46%
Fyziologické	1	1	1,38	0,58	42%
Celý vzorek	1	1	1,34	0,58	43%

Graf 20: Odpovědi - Únava



Zvýšenou únavu pociťuje 75 % dotazovaných, z toho překvapivě je to o něco méně u rizikově těhotných (68 %) než u fyziologicky těhotných žen (81 %). V obou skupinách respondentky odpovídaly převážně hodnotou jedna – „unavím se snadněji než obvykle“.

## 21 Ztráta zájmu o sex

0 V současnosti jsem nezaznamenala změnu zájmu o sex

1 Mám menší zájem o sex než obvykle

2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex

3 Úplně jsem ztratila zájem o sex

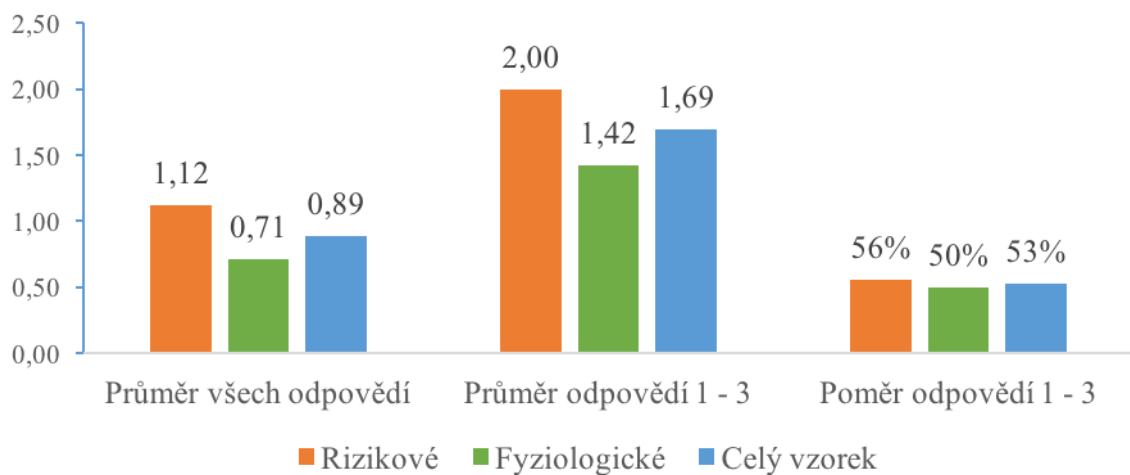
Tab. 41: Všechny odpovědi - Ztráta zájmu o sex

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef	Odp. 1 - 3	Odp. 0
Rizikové	1	0	1,12	1,19	106%	56%	44%
Fyziologické	0,5	0	0,71	0,82	115%	50%	50%
Celý vzorek	1	0	0,89	1,02	114%	53%	47%

Tab. 42: Hodnoty 1 - 3 - Ztráta zájmu o sex

	Medián	Modus	Aritm. průměr	Směr. odchylka	Var. koef
Rizikové	2	1	2,00	0,88	44%
Fyziologické	1	1	1,42	0,57	40%
Celý vzorek	1	1	1,69	0,79	47%

Graf 21: Odpovědi - Ztráta zájmu o sex

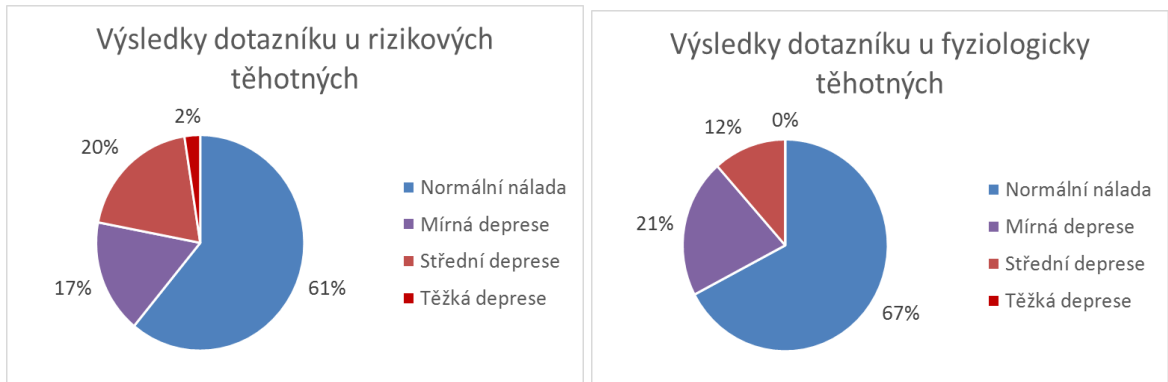


Menší zájem o pohlavní styk má 53 % všech dotazovaných. V rámci první skupiny je to 56 %, u druhé skupiny přesně polovina respondentek. Podle aritmetických průměrů odpovědí je u rizikově těhotných žen zájem o pohlavní styk mnohem menší než u žen s fyziologicky probíhající graviditou.

## Hodnocení výzkumné otázky

*Mají rizikové těhotné větší sklon ke vzniku deprese než fyziologicky těhotné?*

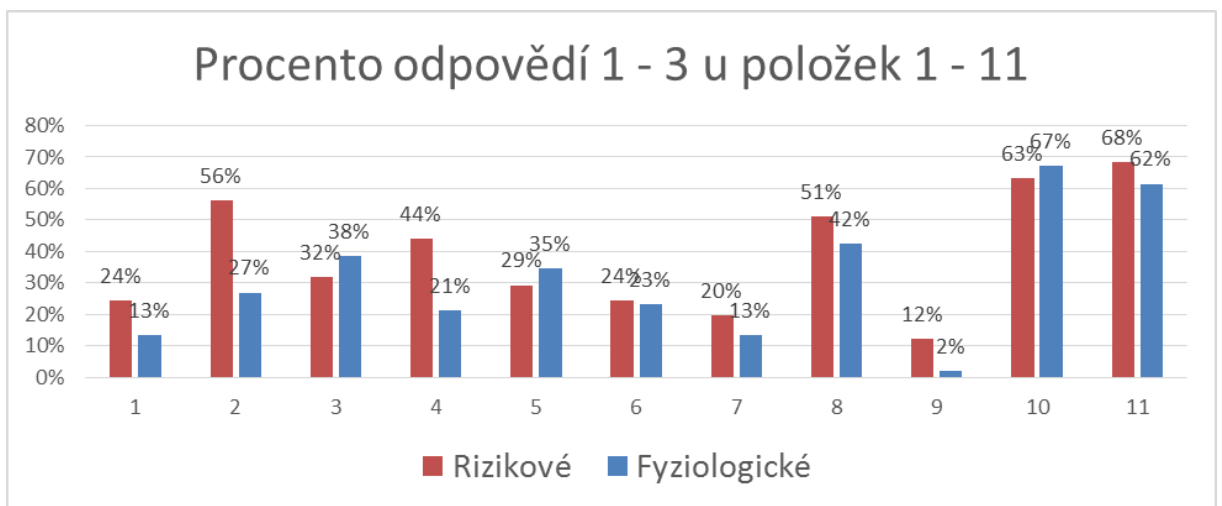
**Grafy 22a, 22b: Výsledky dotazníku**



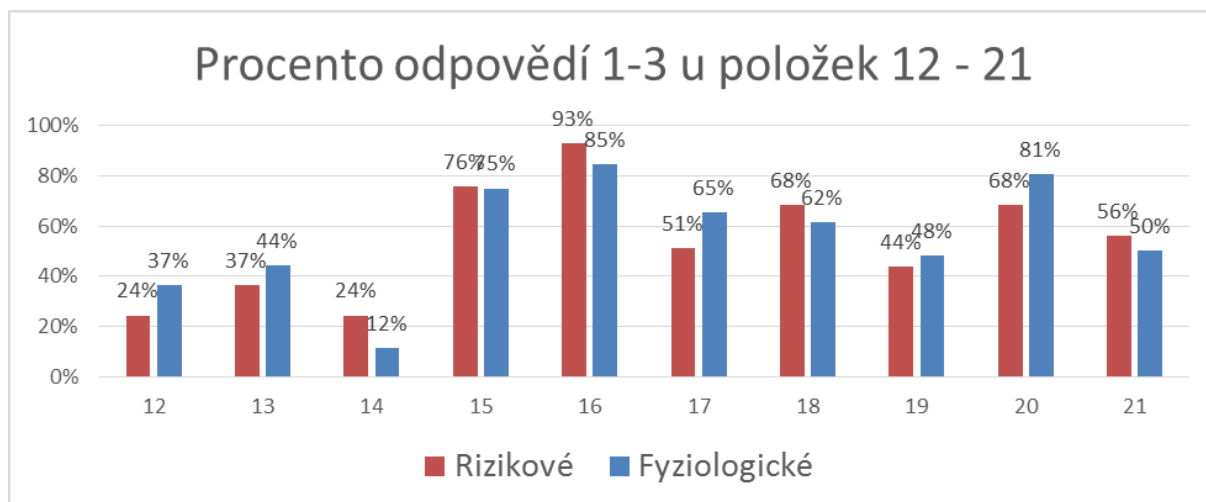
**Tab. 43: Celkové vyhodnocení**

	Normální nálada	Mírná deprese	Střední deprese	Těžká deprese	Body
<b>Rizikové</b>	61%	17%	20%	2%	13,22
<b>Fyziologické</b>	67%	21%	12%	0%	10,87
<b>Celý vzorek</b>	65%	19%	15%	1%	11,90

**Graf 23: Položky 1 - 11**



**Graf 24: Položky 12 - 21**



Z celkového vzorku respondentek (93 těhotných žen) 65 % těhotných netrpělo žádnou formou depresivního onemocnění, 19 % mělo mírnou formu deprese, 15 % trpělo střední formou a 1 % těžkou formou deprese.

Deprese se neobjevila u 61 % respondentek s rizikovou graviditou, u 17 % se vyskytla pouze mírná forma, 20 % mělo střední formu a 2 % těžkou formu deprese (1 respondentka).

U skupiny s fyziologickou graviditou bylo 67 % respondentek bez depresivního onemocnění, 21 % trpělo mírnou formou, 12 % střední formou a žádná respondentka neměla těžkou formou deprese.

Z Grafů 23 a 24 bylo u rizikových těhotných nejvyšší procento odpovědí 1 – 3 v otázce č. 16 (Změna spánku, 93 %), 15 (Ztráta energie, 76 %), 11 a 20 (Agitovanost, Únava, 68 %). U fyziologicky těhotných to byla také otázka č. 16 (85 %), dále otázka č. 20 (81 %) a 15 (67 %).

## 7 Diskuze

**Výzkumná otázka: *Mají gravidní ženy s rizikovým těhotenstvím větší sklon ke vzniku deprese než ženy s fyziologickým těhotenstvím?***

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, zda rizikové těhotné mají větší sklon ke vzniku deprese než těhotné s fyziologicky probíhající graviditou.

Ze získaných informací ze vzorku 93 těhotných žen, z toho 41 rizikově těhotných a 52 fyziologicky těhotných, se ukázalo, že více než polovina respondentek z obou skupin netrpí žádnou formou depresivní choroby (Tab. 43). U rizikově těhotných mělo 39 % respondentek určitou formu deprese, z čehož převládala skupina žen se střední formou a jedna žena s těžkou formou deprese (Graf 22a). U fyziologicky těhotných to bylo 35 % žen, větší část se nacházela ve skupině s mírnou formou deprese a nebyla zde ani jedna těhotná s těžkou formou. (Graf 22b) Průměrný počet bodů z dotazníků byl vyšší u skupiny žen s rizikovou graviditou (Tab. 43).

Ve výsledcích výzkumu se objevily rozdíly v emočním prožívání v některých kategoriích. Velký procentuální rozdíl byl v kategorii 2 (Pesimismus), zabývající se obavami z budoucnosti. Zde 56 % respondentek s rizikovou graviditou pociťovalo určité obavy z budoucnosti (Tab. 4). Stejně tak se v kategorii 4 (Ztráta radosti) ukázaly rozdíly v pociťování radosti. 44 % respondentek s rizikovou graviditou uvádělo, že se raduje méně než dříve (Tab. 8), stejné pocity uvádělo pouze 22 % fyziologicky těhotných. Tyto výsledky se shodují s názorem porodní asistentky Stadelmann, která potvrzuje, že se u žen s rizikovou graviditou častěji vyskytují obavy z budoucnosti. (Stadelmann, 2009). Na základě těchto výsledků vidíme, že riziková gravidita s sebou nese určitou formu pesimismu a je proto nutné s takovou ženou jednat velmi citlivě a povzbudit ji.

V kategorii 9 (Sebevražedné myšlenky nebo přání) uvedlo 12 % rizikově těhotných, že mají myšlenky na sebevraždu, ale neudělaly by to, v rámci druhé skupiny měla suicidální myšlenky jedna těhotná. (Tab.: 17) Všechny tyto respondentky trpěly určitou formou deprese, jedna respondentka ze skupiny rizikově těhotných trpěla těžkou formou deprese. Suicidální myšlenky se mohou objevit u nechtěných těhotenství nebo u těhotenství v nízkém věku. (Lindahl, Pearson, Colpe, 2005)

Je překvapivé, že každá čtvrtá žena počítá s možností potrestání (Tab. 11). Důvody z dotazníku nejsou známy, ale lze předpokládat, že tyto pocity mohou vznikat zejména u nechtěných počtí.

U rizikově těhotných žen se ukázalo, že jsou patrné rozdíly v některých emočních projevech a dokonce je zde podle výsledku dotazníkového šetření větší četnost těžších forem deprese. (Tab. 1 – Tab. 42) Tyto výsledky ukazují, že ženy s rizikovou graviditou mají větší sklon ke vzniku deprese, ale frekvence výskytu deprese zde není vyšší než u fyziologicky těhotných. Nicméně vzhledem k malému vzorku respondentů (93 žen) bych doporučovala v této problematice podrobnější výzkum.

Na základě výsledků výzkumu bych doporučovala, aby zdravotníci, kteří mají v péči gravidní ženy s rizikovým těhotenstvím, volili k těmto ženám velmi citlivý přístup a zejména vytvořili dostatečný prostor pro komunikaci, která může snížit případné obavy a zlepšit tak psychický stav těhotné ženy.

**Vedlejší výzkumná otázka: *Je použitý dotazník BDI-II vhodný pro zkoumání deprese u těhotných žen?***

Vedlejším cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda je zvolený dotazník vhodný pro zjišťování deprese u těhotných žen.

Výsledky ukázaly, že v šesti kategoriích většina respondentek odpovídala negativně, což se následně projevilo v konečném bodování celého dotazníku.

V kategorii 10 přes 60 % respondentek uvedlo, že pláče více než dříve. Zvýšená plačtivost je u většiny těhotných žen způsobena hormonálními změnami v těle ženy. Plačtivost se projevuje zejména v prvním a třetím trimestru. (Roztočil a kol., 2008)

V kategorii 15 (ztráta energie), 16 (změna spánku) a 20 (únava) většina respondentek pocítovala větší únavu než obvykle, méně energie a jejich spánkový režim byl oproti dřívějšímu stavu prodloužen. V období gravidity je tento jev zcela běžný, potřeba spánku je zvýšena v důsledku změn ve fyziologii organismu, konstituci těla a celkově zvýšeným nárokům na funkci organismu. S těmito změnami souvisí také únava, která je pro těhotné ženy naopak prospěšná, protože je těhotná nucena zpomalit životní tempo a více relaxovat. (Stadelmann, 2009)

Snížený zájem o pohlavní styk v kategorii 21 měla polovina respondentek. (Tab. 41) Na tuto otázku odpovídalo negativně stejné procento fyziologicky i rizikově těhotných žen. Avšak na základě aritmetického průměru fyziologicky těhotné ženy uváděly spíše mírné snížení potřeby pohlavního styku, u rizikově těhotných to byl mnohem menší zájem o pohlavní styk. U rizikových žen může být chuť na sex snižena v důsledku obav



z potratu nebo z předčasného porodu. (Čepický, 1999) Dle Čecha, Ratislavové a Stadelmann se potřeba pohlavního styku snižuje na začátku a na konci těhotenství, ve druhém trimestru je naopak zájem vyšší. (Čech a kol. 2007), (Ratislavová, 2008), (Stadelmann, 2009)

V kategorii 18 většina respondentek odpověděla, že pociťuje trochu větší chuť k jídlu než dříve (Tab. 35). Tyto změny ve stravovacích návycích jsou v těhotenství typické a přirozené. Jsou dány zvýšenými nároky na přísun živin do těla těhotné. (Čech a kol, 2007)

Opět více než polovina dotazovaných odpověděla negativně v kategoriích, týkajících se agitovanosti (Tab. 21) a podrážděnosti (Tab. 33). Respondentky se většinou shodly, že se cítí být více neklidné a podrážděné než obvykle. Dle Roztočila, Čecha a Ratislavové k těmto jevům dochází díky hormonálním změnám v těle těhotné ženy. (Roztočil a kol., 2008), (Čech a kol, 2007), (Ratislavová, 2008).

Ukázalo se, že výše uvedené fenomény, na které respondenty odpovídaly vyššími hodnotami (1 – 3), jsou v průběhu gravidity běžné a tak může dojít ke zkreslení výsledků celého dotazníku v důsledku vyššího počtu bodů. Proto dotazník Beckův inventář deprese není vhodný ke zkoumání přítomnosti deprese v populaci gravidních žen.

## IV ZÁVĚR

Má diplomová práce se zabývala tématem emocionálního prožívání žen v průběhu gravidity. Informace, nastudované z odborné literatury a sepsané v teoretické části této práce, mně pomohly k hlubšímu pochopení problematiky emocionálního prožívání žen v graviditě a při porodu. Následný výzkum, který měl za hlavní cíl zjistit, zda ženy s rizikovou graviditou mají větší sklon k depresi než ženy s fyziologickým těhotenstvím, potvrdil zvýšenou tendenci k depresi u rizikové gravidity, ale neukázal vyšší četnost ve výskytu depresí u rizikových gravidních oproti fyziologicky těhotným ženám.

Výsledky z dotazníků dále ukázaly mírné rozdíly v emocionálním prožívání těhotných s rizikovou graviditou a těhotných s fyziologicky probíhající graviditou. Tyto výsledky mohou pomoci porodním asistentkám a lékařům lépe pochopit těhotné s rizikovou graviditou a umět s nimi komunikovat.

Vedlejším cílem výzkumu bylo zjistit, zda zvolený standardizovaný dotazník, který se běžně užívá k zjištění přítomnosti deprese u jedince, je vhodný pro výzkum u těhotných žen. Zjistila jsem, že u některých kategorií obě skupiny těhotných volily velmi často negativní odpovědi a ty následně zvyšovaly celkové skóre dotazníku. Jevy v těchto kategoriích dotazníku (únava, změny chuti k jídlu, apod.) se ukázaly jako přirozené pro období těhotenství, proto celkové skóre nemuselo odpovídat psychickému stavu respondentky. Z tohoto důvodu jsem hodnotila dotazník jako nevhodný pro výzkum u gravidních žen.

Jelikož se potvrdil zvýšený sklon ke vzniku deprese u těhotných žen, doporučovala bych podrobnější výzkum v této problematice a navržení vhodného dotazníku pro zjištění přítomnosti deprese u gravidních žen. Tyto výsledky by mohly pomoci zdravotníkům v komunikaci s ženami s rizikovou graviditou a jejich citlivý přístup by mohl mít vliv nejen na kvalitu života těhotné, ale i na pozdější vývoj jejího dítěte.

## **V SOUHRN**

Diplomová práce se zabývá emocionálním prožíváním gravidních žen a shrnuje poznatky o této problematice nasbírané z odborné literatury. Součástí diplomové práce je i výzkumná část, která byla prováděna dotazníkovým šetřením pomocí standardizovaného dotazníku Beckův inventář deprese II, v nemocnicích v Moravskoslezském a Olomouckém kraji. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, zda ženy s rizikovou graviditou mají větší sklon k depresi než ženy s fyziologicky probíhající graviditou, dále se výzkum zabývá vhodností užití dotazníku Beckův inventář deprese u gravidních žen. Výsledky ukázaly na zvýšený sklon k depresi u rizikových žen oproti ženám s fyziologickým těhotenstvím a navíc přinesly informace o některých rozdílech v emocionálním prožívání u těchto dvou skupin těhotných.

Dále bylo zjištěno, že užití dotazníku Beckův inventář deprese není vhodné pro výzkum přítomnosti deprese u těhotných, protože obsahuje fenomény, které se sice objevují u depresivních stavů, ale v graviditě jsou běžně přítomné.

## **SUMMARY**

This thesis deals with the emotional experience of pregnant women and summarizes the knowledge about this topic. One part of the thesis is research, which was carried out by pregnant women in hospitals in the Czech Republic. For research was used standardized questionnaire Beck depression inventory. The main objective of research was to determine, whether risk pregnancy women are more prone to depression than physiological pregnant women.

The other objective of research was to determine, whether Beck Depression Inventory, which is normally use for detection of depression, is suitable for pregnant women.

The results showed higher tendency to depression in risk pregnancy women than in physiological pregnant women and differences in emotional experience between this two groups of pregnant women.

Beck Depression Inventory is not suitable for detection of depression in pregnant women, because some phenomena, which occur in depression are normal in pregnancy.

## VI SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ATKINSON, Rita L. Psychologie. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003.

ISBN 80-717-8640-3.

BENDOVIÁ, M. Porod s otcem, (In: Roztočil A. a kol.: Intenzivní péče na porodním sále),

IDVZP Brno, 1996 s. 35-41. ISBN: 80-7013-230-2.

ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. Porodnictví.

2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 97880247130382010.

ČEPICKÝ, P.: Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví, *Moderní gynekologie a porodnictví* 8, 1999, č.3

GOTTFRIED, Jaroslav. Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé: Recenze metody. *Testforum: Časopis pro psychologickou diagnostiku*. 2014, **2015**(5), 20-25.

ISSN 1805-9147.

LINDAHL, V.; PEARSON, Jane L.; COLPE, L. Prevalence of suicidality during

pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 2005, 8.2: 77-87.

MANDER, Rosemary. Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-810-8.

MCKENZIE, Kwame. *Deprese*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. Informace a rady lékaře.

ISBN 80-247-0093-X.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů:*

*MKN-10: desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009 : abecední seznam.*

Vyd. 1. Praha: Bomton Agency, 2009. ISBN 978-80-904259-1-0.

MONGAN, Marie F.. *Hypnoporod*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010.

ISBN: 978-80-7387-364-6.

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.

NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozšířené vyd. Praha:

Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.

NAKONEČNÝ, Milan. Lidské emoce. 1. vyd. Praha: Academia, 2000.  
ISBN 80-200-0763-6.

NAKONEČNÝ, Milan. Základy psychologie. 1.vyd. Praha: Academia, 2004.  
ISBN 80-200-1290-7.

NICOLSON, Paula. Poporodní deprese. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-716-9938-1.

ODENT, Michel. Láska jako věda. Vyd. 1. Praha: SZ, 2001. Rodiče. ISBN 80-86489-02-7.

ODENT, Michel. Znovuzrozený porod. Vyd. 1. Překlad Jakub Florian. Praha: Argo, 1995.  
ISBN 80-85794-69-1

PLHÁKOVÁ, Alena. Učebnice obecné psychologie. 1.vyd. Academia, 2007.  
ISBN 978-80-200-1499-3.

PRAŠKO, Ján, Jana PRAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop  
zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 1.vyd. Praha: Grada, 2008.  
ISBN 978-80-247-1941-2.

SEIFERTO VÁ, Dagmar (ed.). *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České  
neuropsychofarmakologické společnosti*. 2., rev. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis  
v nakl. Medical Tribune CZ, 2008. ISBN 978-80-87135-10-5.

STADELMANN, Ingeborg. Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce  
těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak  
v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů. 3.,  
přeprac. vyd. Překlad Barbora Sadílková, Barbora Tomečková. Praha: One Woman Press,  
2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3., V nakladatelství Portál 1. Praha: Portál,  
2003. ISBN 80-7178-740-X.

## VII SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

### Seznam tabulek

Tab. 1: Všechny odpovědi - Smutek.....	48
Tab. 2: Hodnoty 1 - 3 - Smutek .....	48
Tab. 3: Všechny odpovědi - Pesimismus.....	49
Tab. 4: Hodnoty 1 - 3 - Pesimismus .....	49
Tab. 5: Všechny odpovědi - Minulá selhání.....	50
Tab. 6: Hodnoty 1 - 3 - Minulá selhání.....	50
Tab. 7: Všechny odpovědi - Ztráta radosti .....	51
Tab. 8: Hodnoty 1 - 3 - Ztráta radosti .....	51
Tab. 9: Všechny odpovědi - Pocit viny.....	52
Tab. 10: Hodnoty 1 - 3 - Pocit viny .....	52
Tab. 11: Všechny odpovědi - Pocit potrestání.....	53
Tab. 12: Hodnoty 1 - 3 - Pocit potrestání .....	53
Tab. 13: Všechny odpovědi - Znechucení sám ze sebe .....	54
Tab. 14: Hodnoty 1 - 3 - Znechucení sám ze sebe.....	54
Tab. 15: Všechny odpovědi - Sebekritika.....	55
Tab. 16: Hodnoty 1 - 3 - Sebekritika .....	55
Tab. 17: Všechny odpovědi - Sebevražedné myšlenky nebo přání .....	56
Tab. 18: Hodnoty 1 - 3 - Sebevražedné myšlenky nebo přání.....	56
Tab. 19: Všechny odpovědi - Plačtivost .....	57
Tab. 20: Hodnoty 1 - 3 - Plačtivost.....	57
Tab. 21: Všechny odpovědi - Agitovanost .....	58
Tab. 22: Hodnoty 1 - 3 - Agitovanost.....	58
Tab. 23: Všechny odpovědi - Ztráta zájmu.....	59
Tab. 24: Hodnoty 1 - 3 - Ztráta zájmu .....	59

Tab. 25: Všechny odpovědi - Nerozhodnost .....	60
Tab. 26: Hodnoty 1 - 3 - Nerozhodnost .....	60
Tab. 27: Všechny odpovědi - Pocit bezcennosti.....	61
Tab. 28: Hodnoty 1 - 3 - Pocit bezcennosti .....	61
Tab. 29: Všechny odpovědi - Ztráta energie.....	62
Tab. 30: Hodnoty 1 - 3 - Ztráta energie .....	62
Tab. 31: Všechny odpovědi - Změna spánku .....	63
Tab. 32: Hodnoty 1 - 3 - Změna spánku .....	63
Tab. 33: Všechny odpovědi - Podrážděnost .....	64
Tab. 34: Hodnoty 1 - 3 - Podrážděnost.....	64
Tab. 35: Všechny odpovědi - Změny chuti k jídlu .....	65
Tab. 36: Hodnoty 1 - 3 - Změny chuti k jídlu.....	65
Tab. 37: Všechny odpovědi - Koncentrace.....	66
Tab. 38: Hodnoty 1 - 3 - Koncentrace .....	66
Tab. 39: Všechny odpovědi - Únava .....	67
Tab. 40: Hodnoty 1 - 3 - Únava .....	67
Tab. 41: Všechny odpovědi - Ztráta zájmu o sex .....	68
Tab. 42: Hodnoty 1 - 3 - Ztráta zájmu o sex.....	68
Tab. 43: Celkové vyhodnocení .....	69

## **Seznam grafů**

Graf 1: Odpovědi - Smutek.....	48
Graf 2: Odpovědi - Pesimismus.....	49
Graf 3: Odpovědi - Minulá selhání .....	50
Graf 4: Odpovědi - Ztráta radosti .....	51
Graf 5: Odpovědi - Pocit viny.....	52
Graf 6: Odpovědi - pocit potrestání .....	53

Graf 7: Odpovědi - Znechucení sám ze sebe .....	54
Graf 8: Odpovědi - Sebekritika.....	55
Graf 9: Odpovědi - Sebevražedné myšlenky a přání .....	56
Graf 10: Odpovědi - Plačtivost .....	57
Graf 11: Odpovědi - Agitovanost .....	58
Graf 12: Odpovědi - Ztráta zájmu.....	59
Graf 13: Odpovědi - Nerozhodnost .....	60
Graf 14: Odpovědi - Pocit bezcennosti.....	61
Graf 15: Odpovědi - Ztráta energie.....	62
Graf 16: Změna spánku.....	63
Graf 17: Odpovědi - Podrážděnost .....	64
Graf 18: Odpovědi - Změny chuti k jídlu .....	65
Graf 19: Odpovědi - Koncentrace.....	66
Graf 20: Odpovědi - Únava .....	67
Graf 21: Odpovědi - Ztráta zájmu o sex .....	68
Grafy 22a, 22b: Výsledky dotazníku .....	69
Graf 23: Položky 1 - 11.....	69
Graf 24: Položky 12 - 21.....	70



## **VIII SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č.1: Dotazník Beckův inventář deprese

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Sabina Trojková
<b>Katedra:</b>	Antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2016

<b>Název práce:</b>	Emocionální prožívání těhotných žen a žen v průběhu porodu
<b>Název v angličtině:</b>	Women's emotional experience during pregnancy and labour
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce se zabývá emocionálním prožíváním gravidních žen a shrnuje poznatky o této problematice nasbírané z odborné literatury. Součástí diplomové práce je i výzkumná část, která byla prováděna dotazníkovým šetřením pomocí standardizovaného dotazníku Beckův inventář deprese II, v nemocnicích v Moravskoslezském a Olomouckém kraji. Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, zda ženy s rizikovou graviditou mají větší sklon k depresi než ženy s fyziologicky probíhající graviditou a dále se výzkum zabývá vhodností užití dotazníku Beckův inventář deprese u gravidních žen. Výsledky ukázaly na zvýšený sklon k depresi u rizikových žen oproti ženám s fyziologickým těhotenstvím a navíc přinesly informace o některých rozdílech v emocionálním prožívání u těchto dvou skupin těhotných.</p> <p>Dále bylo zjištěno, že užití dotazníku Beckův inventář deprese není vhodný pro výzkum přítomnosti deprese u těhotných, protože obsahuje fenomény, které se sice objevují u depresivních stavů, ale v graviditě jsou běžně přítomné.</p>

<b>Klíčová slova:</b>	těhotenství, porod, emoce, deprese, Beckův inventář deprese
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>This thesis deals with the emotional experience of pregnant women and summarizes the knowledge about this topic. One part of the thesis is research, which was carried out by pregnant women in hospitals in the Czech Republic. For research was used standardized questionnaire Beck depression inventory. The main objective of research was to determine, whether risk pregnancy women are more prone to depression than physiological pregnant women. The other objective of research was to determine, whether Beck Depression Inventory, which is normally use for detection of depression, is suitable for pregnant women. The results showed higher tendency to depression in risk pregnancy women than in physiological pregnant women and differences in emotional experience between this two groups of pregnant women.</p> <p>Beck Depression Inventory in not suitable for detection of depression in pregnant women, because some phenomena, which occur in depression are normal in pregnancy.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Pregnancy, delivery, emotion, depression, Beck Depression Inventory
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Beckův inventář deprese
<b>Rozsah práce:</b>	81 stran, 1 příloha
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk