

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Pavlína Horká

Emocionální prožívání ženy pár týdnů po porodu

Olomouc 2015

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze uvedené zdroje a prameny literatury.

V Olomouci dne

.....

Bc. Pavlína Horká

Poděkování

Ráda bych touto formou poděkovala vedoucí své diplomové práce PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D., za odborné připomínky, čas strávený v průběhu konzultací a distribuci dotazníků. Dále děkuji všem rodičkám, které si našly čas a vyplnily mi dotazníky k praktické části. Poděkování patří i mé rodině, která mě po dobu celého studia podporovala.

Obsah

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Emoce	7
1.1 Historie emocí.....	8
1.2 Obsah emocí	9
1.3 Fyziologický doprovod emocí	10
1.4 Znaky a formy emocí.....	11
1.5 Funkce emocí.....	12
1.6 Emoční inteligence	13
2 Těhotenství.....	15
2.1 Psychické změny v těhotenství.....	15
2.2 Porod.....	17
3 Poruchy psychiky	21
3.1 Prevence poruch psychiky	22
3.2 Druhy poruch psychiky	23
4 Psychosociální aspekty	30
PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
5 Výzkumná část	34
5.1 Metodologie výzkumu	34
5.2 Popis vzorku	34
5.3 Výzkumné otázky.....	35
5.4 Analýza dotazníkového šetření.....	36
5.5 Diskuze.....	62
Závěr.....	65
Resumé	67
Seznam obrázků	68
Seznam tabulek.....	69

Seznam grafů	70
Seznam zkratek	71
Seznam příloh	72
LITERATURA	73
ANOTACE	82

ÚVOD

Téma diplomové práce je Emocionální prožívání u žen pár týdnů po porodu. Z názvu je již patrné, že se celá diplomová práce zabývá problematikou emocí. Autorka si toto téma vybrala, protože jednak chtěla prohloubit své dosavadní vědomosti, a jednak vidí přínos v zmapování této problematiky. Tato práce může sloužit k větší informovanosti veřejnosti, ženám, které očekávají narození potomka, jejich partnerům a jako studijní materiál jedincům, kteří mají zájem o tuto problematiku.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části bude vysvětlen termín emoce a popsány druhy emocí, co je obsahem emocí, jakou mají funkci. Dále jaké fyziologické projevy emoce mají. Druhá kapitola bude popisovat těhotenství, jaké psychické změny doprovázejí ženu v průběhu těhotenství, dále bude popsán samotný porod. Porod bude rozdělen na 4 doby porodní. Stručně budou definovány druhy porodů, neboť i průběh porodu může mít vliv na emoce ženy po porodu. Třetí část teoretické části se bude zabývat poruchami psychiky. Budou popsány jednotlivé poruchy psychiky, mezi které patří: deprese, baby blues, velká poporodní deprese, poporodní deprese, abstinenční psychické poruchy, laktační psychóza. Čtvrtá kapitola bude popisovat psychosociální aspekty ženy v současném českém porodnictví. Praktická část bude mapovat emocionální prožívání žen po porodu. Málokoho napadne, že žena po porodu může pociťovat i negativní emoce. Nebo může po porodu pociťovat obrovské štěstí, ale za pár týdnů může být vše jinak. Může se dostat do deprese, negativní emoce. Všichni okolo, manžel a nejbližší rodina, se radují z narození miminka a ona může být zmatená, proč totéž neprožívá, že je spíše unavená, otrávená a bez nálady. Některé ženy se to rozhodnou řešit: vyhledají pomoc, svěří se nebo používají různé relaxační techniky, které jim pomohou zahnat negativní emoce.

Celá diplomová práce by měla přinést srovnání emočního prožívání primipar a multipar, protože na emoce ženy pár týdnů po porodu působí velké množství vlivů, které mohou ovlivnit její psychiku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Emoce

Slovo emoce má svůj původ v latinském slovese *emovere* – vzrušovat. (Plháková, 2011)

Psychologický slovník (1996, str. 45) říká, že emoce – *nejčastěji zastřešující pojem pro subjektivní zážitky libosti a nelibosti provázané fyziologickými změnami, motorickými projevy (gestikulace, mimika, stavy menší či větší pohotovosti a zaměřenosti (láska, strach, nenávisť aj.)*

„Emoce je komplexní stav vznikající v reakci na určité afektivně zabarvené zážitky (Atkinson, 2003, str. 389)

„V emoci je zahrnuto kromě citu i chování, bezděčný výraz, zvláště mimický, a fyziologické dění. ” (Říčan, 2009, str. 104)

*„Emoce jsou velmi **komplexní jev**, jejich charakteristickým rysem je jejich velká **citlivost a proměnlivost**. ”* (Stuhlíková, 2002, str. 201)

William James prováděl před koncem minulého století výzkum emocí a domníval se, že nepláčeme, protože jsme smutní, ale jsme smutní, protože pláčeme. Předpokládal, že emoce jsou samotné vnímané tělesné změny. (Kern, 2006)

Láska, starostlivost, přitažlivost, hněv, odpor jsou emocionální stavy, jež tvoří obsahy našeho vědomí. Představují stav pohotovosti k akci. Projevujeme-li city, stáváme se gejírem nebo řekou. Valíme nebo proudíme. Pocity a emoce, hormony, tělo a vědomí - mění formu a hovoří mnoha jazyky. Sexuální vzrušení stimuluje tělo a vyvolává rituální namlouvání. (Keleman, 2005)

Hartl a Hartlová uvádí, že emoce je široká škála citových prožitků a doprovodných fyziologických změn, biologicky účelné adaptace, a proto silnější a hůře ovlivnitelné než rozumové procesy. Jsou spojovány s činností limbického systému. V zásadě jde o hodnotící, kladné a záporné reakce na podnět. (Hartl, Hartlová, 2010)

Obecně jsou typické pro emoce některé charakteristiky, jako je nestabilita, různá míra intenzity, dílčí perspektiva a relativní krátkost trvání. Psychologové se tedy snaží prozkoumat zaměřenost a pocitový stav, kognitivní hodnotící složku, motivační složku a další. (Stuhlíková, 2002)

Za **vnitřní zdroje emocí** se považují především fyziologické potřeby: hlad, únava, žízeň, ale i prožívání nedostatku zájmu okolí, nedostatku opory a sociálního zázemí a jiné nedostatky v biologické a sociální dimenzi lidského bytí.

Za **vnější zdroje emocí** jsou pokládány například emociogenní situace, tj. všechny situace pro subjekt nějak významné, které mu signalizují přítomnost nebo budoucnost nějaké odměny nebo trestu, nějaký zisk. Nebo naopak ztrátu, tj. situace, které člověka ohrožují. (Nakonečný, 2011)

1.1 Historie emocí

Počátky výzkumu emočních dějů na fyziologické úrovni jsou zaznamenány zhruba do první poloviny 19. století. Od té doby se do popředí dostává výzkum mozku a jeho struktur, které jsou zapojeny při emočním procesu. (Koukolík, 2005)

Dle **James-Langeovy teorie** vyplývá emoce z reakce na podnět, který emoci vyvolává (bojíte se, protože se třesete). Jedna z nejstarších teoretických diskuzí dle Jamese–Langeovy teorie se zaměřuje na naše pocity ve vztahu k fyziologické reakci, které doprovázejí emoce. Dle Williama Jamese a Carla Langa cítíme emoce až poté, co jsme si všimli naší fyziologické reakce. (Myers, 2004)

Oproti tomu **Cannon-Bardova teorie** uvádí, že podnět vyvolává rozmanité reakce a emoce ve stejný okamžik. (Kassin, 2007)

Emoce a emocionalita: emoce jsou psychické procesy, emocionalita je komplexní vlastnost osobnosti, tedy určitá relativně stálá charakteristika subjektu. (Nakonečný, 2002)

Průběh emoce podle „zdravého rozumu“:

percepce → prožitek → tělesná reakce

Průběh emoce podle James-Langeovy teorie:

percepce → viscerální podráždění a motorická reakce → prožitek

Průběh emoce podle Cannon-Bardovy teorie:

percepce → talamická aktivace → tělesná reakce
prožitek

Schéma č. 1: Průběh emocí – emoční reakce mozku dle James-Langeovy teorie a podle Cannon-Bardovy teorie (Stuhlíkové, 2002)

1.2 Obsah emocí

Emoce dle Atkinsona (2003) obsahují šest složek:

- afektivní stav či pocity spojené s emocemi
- tělesná reakce (například když se zlobíme, může se nám třást hlas anebo zvýšit hlas)
- soubor myšlenek a přesvědčení doprovázejících emoci
- výraz obličeje
- reakce na emoci
- tendence jednání spojené s emocemi (Vzorci chování, jenž lidé využívají při prožívání konkrétních emocí. Vztek vede k agresi).
- Emoce vznikají spolupůsobením všech z nich.

Kromě emocí neexistuje další psychologický fenomén, který by tak unikl vědeckému zkoumání. To, co je typické pro emocionální prožívání určité emoce, například štěstí, je nejlépe vyjádřeno v těchto jednoduchých větách: „Cítím se nádherně.“; „Jsem v sedmém nebi.“ Pocit štěstí a radosti může být vyvolán různými motivy a zkušenostmi. Emoce ovšem nejsou jen příjemné, „radostné“. Opačný konec všichni důvěrně známe: stísněnost, podrážděnost, úzkost, ale snad nejvíce omezující emoci je strach. (Kern, 2006)

City se vyskytují v nejrůznějších pólových variantách jako: radost - smutek, nervozita – klid, rozjařenost – skleslost. Podle singularistů mají emoce jenom dvě kvality: libost - nelibost; pluralisté naopak soudí, že existuje nekonečné množství citových kvalit. (Čačka, 1997)

„Emoce mají tři stránky: 1. vnitřní zážitek, 2. zvnějšku pozorovatelné chování a 3. fyziologické změny, které zachytíme pomocí vhodné techniky“. (Machač, 1985, str. 13)

Podle většiny psychologů se emoce skládají ze tří vzájemně propojených složek:

Subjektivní fenomenologická komponenta. Emoce se od ostatních mentálních stavů nejvíce liší svou pozitivní a negativní zabarvenou složkou. Emocionální prožitky

označujeme jako **city**, respektive **poctity**. V tomto smyslu má širší význam než cit, který lze chápat jako prožitek, nebo čistě psychickou stránkou emoce.

Výrazové (expresivní) chování, které je bezděčným, mimovolným projevem emocí. Patří sem především mimické pohyby obličejových svalů. Specifickým lidským projevem je pláč, který je nejčastěji výrazem smutku a lítosti.

Tělesná složka - k ní patří **fyziologické změny** vyvolané nervovým systémem a hormonální produkcí. Někteří autoři ještě mají čtvrtou komponentu emocí - **podnětovou situaci**, která evokuje citové prožitky. Například to, co je pro jednoho člověka důležitým podnětem, může nechat druhého zcela klidným. (Plháková, 2011)

Všechny citové složky probíhají na třech úrovních: v oblasti **vegetativní** (změna pulsu, dechu, slinění), **výrazové** (mimika, pantomimika, pohybová agitovanost, svalová tenze, tremor), i **vědomé** (uvědomované citové kvality) (Čačka, 1997).

„Už ke konci prvního roku života děti dovedou vyjádřit štěstí, překvapení, strach, hněv, smutek, odpor a zájem.“ (Plháková, 2011, str. 387)

„Emocionalita jako trvalejší vlastnost osobnosti určuje především dynamiku prožívání emocí, tj. citlivost, hloubku prožívání, jeho délku v čase a dozívání, frekvenci, stálost emocí a přiměřenost emočních reakcí dané situaci.“ (Nakonečný, 2009, str. 187)

1.3 Fyziologický doprovod emocí

Člověk, který prožívá smutek nebo vztek, si může uvědomit mnoho tělesných změn. K nim patří zrychlený srdeční tep a dýchání, sucho v ústech, zvýšené svalové napětí, pocení, chvění končetin a stažení žaludku. Většina těchto změn je způsobena aktivací sympatického oddílu autonomního nervového systému, který je podporován hormonální produkcí. Organismus se připravuje na útěk nebo k boji. (Plháková, 2011)

Každou emoci doprovází specifická kvalita *prožívání*, komplexní *fyziologické pochody* a také charakteristické *vnější projevy* jako postoj těla, gestikulace a mimika.

Pokud vše shrneme tak emoce ovlivňují:

Viscerální procesy (informují organismus, že je připraven pro odpovídající aktivitu)

Pohybové ústrojí (svalový tonus, tělesný postoj a odpovídající chování)

Motivační systém (dokazuje funkční jednotu motivů a emocí)

Mentální činnost (vnímání, myšlení a další kognitivní procesy jsou soustředěny na porozumění situaci a zahájení adaptační aktivity). (Cakirpaloglu, 2012)

1.4 Znaký a formy emocí

Emoce jsou především subjektivní (odrážejí náš vlastní vztah k jevům, k situaci, k okolí). Jsou **polární** (vyskytují se v protikladných dvojicích: rád/nerád, příjemné/nepříjemné). Emoce jsou **aktuální** (vyjadřují vztah k současnému dění). Jsou **dynamické** (v čase se mění). (Pidrman, 2006)

Pocity jsou jednoduché emocionální fenomény. Náladý jsou setrvávající emocionální stavy, které podbarvují celkové prožívání a mají dimenzi euforie (Nakonečný, 2011)

Někteří výzkumníci se domnívají, že lze všechny emoce klasifikovat podle dvou aspektů: intenzity a libosti. (Kassin, 2007)

Krech a Crutchfield rozdělují emoce do šesti tříd:

- Primární emoce (radost, strach, zlost, smutek)
- Emoce související se smyslovou stimulací (bolest, hnus, hrůza)
- Emoce související se sebehodnocením (stud, hrdost, pocit viny)
- Emoce týkající se jiných lidí (láska, nenávist, soucit)
- Emoce hodnotící (humor, krása, údiv)
- Náladý (mrzutost, úzkost)

Citové rozdíly se mezi různými populacemi vyskytují zejména v souvislosti s rozdílným prožíváním společenských hodnot. (Machač, 1985)

Za základní emoce (někdy se tím rozumí vrozené emoce) jako reakce na významné životní situace lze u dospělých osob pokládat následující reakce (Nakonečný, 2011):

- Radost – reakce na zisk
- Smutek – reakce na ztrátu
- Strach – reakce na hrozbu

*„Existují strachy, které hrají v životě **pozitivní roli**, které nám dokonce pomáhají přežít, např. strach ze skutečného nebezpečí. Jiné mají na nás **negativní účinky**; ten, kdo*

má strach ze selhání a nedůvěřuje si, přistupuje ke každému úkolu zcela ochromeně. Strach lze zneužít jako nástroj moci. (Kern, 2006, str. 64)

- Hněv – reakce na překážku a poškození
- Překvapení – reakce na neočekávané
- Hnus – reakce na odporné a nechutné
- Úzkost – reakce na cizost okolí či ztrátu jistoty
- Starost – původně reakce dítěte na osamělost, později na jistou budoucnost
- Žárlivost – reakce na to, když milovaná nebo významná osoba dává přednost někomu jinému než subjektu
- Rozpačitost - reakce na zvýšenou pozornost sociálního okolí vůči subjektu
- Naděje – očekávání něčeho příjemného, prospěchu či úspěchu
- Obava – očekávání něčeho nepříjemného
- Zklamání – reakce na ztrátu naděje
- Závist – touha vlastnit něco, co má druhý, nebo být tím druhým
- Vina – reakce na vědomí selhání (morálního aj.)
- Škodolibost – potěšení z újmy

1.5 Funkce emocí

Funkce emocí evoluční psychologie, jež následuje Darwinův odkaz, vnímá emoce jako následek přirozeného výběru, kdy se náš druh oddělil od svých druhově nižších předků, primátů. (Schulz, 2007)

Plháková (2003) uvádí, že úloha emocí v psychickém dění je stále záhadná. Emoce jsou vyjádřením základních lidských motivů. Směřují k uspokojení. Regulují úroveň fyziologické aktivity. Plní funkci signální, předem upozorňují na to, co je vhodné udělat, případně čeho by se měl člověk vyvarovat. Varovným signálem je především úzkost. Plní i funkci kontrolního zpětnovazebního systému, člověka průběžně informují o výsledcích jeho aktivit nebo o tom, jaká je jeho osobní či životní situace. Expresivní složka emocí je nedílnou součástí neverbální komunikace. Emoce mohou také působit jako vnitřní pobídka k motivovanému chování.

Funkcí emocí je hodnocení. Zdůraznil to nejvíce neurofyziolog P. K. Anochin (1964), který také upozornil na to, že význam podnětu závisí na celkovém stavu organismu (např. ve stavu naprosté deprese subjekt ztrácí zájem o vnější svět, a tak se mění i jeho význam obsažený ve věcech a událostech vnějšího světa). Emoce tedy odráží význam podnětu či situace pro život individua, a to nejen v rovině biologické, ale i v rovině sociální (společenské).

Emoce ovšem odráží i vnitřní situaci individua, stav jeho organismu (pocity hladu, únavy atd.) Podle Anochina (1966) emoce samy o sobě mohou být signálem užitečného, nebo škodlivého působení na organismus. (Nakonečný, 2002)

Emoce nejsou vždy jen pozitivní, velmi intenzivní emoce často narušují sebekontrolu, úroveň aktivity, výkonu a celkovou koordinaci lidského prožívání a chování. Negativní emoce, kam patří úzkost, závist a hluboká sklíčenost, jsou pro některé lidi zdrojem nezměrného psychického utrpení a zpětně přispívají ke zhoršení jejich duševního stavu. (Plháková, 2003)

Existují dva základní biologické důvody pro emoce. První je potřeba přežití druhu. Silné prožívání touhy, žárlivosti a lásky.

Mimořádně silné emoce pečující lásky mezi rodičem a dítětem zajišťují ochranu a bezpečí dítěte, než vyroste a dospěje. Druhým důvodem je, že nás udržují v bezpečí. Již v raných fázích lidstva umožňovaly utéci a připravit se na boj. (Wilding, 2010)

Dle Levenson (1994) jsou emoce krátkodobé psychologicko–fyziologické jevy, které reprezentují efektivní způsob adaptace na měnící se požadavky prostředí. Psychologicky vzato emoce mění pozornost, mění určité chování v rámci hierarchie možných reakcí. Emoce slouží k tomu, aby nám vytvořily vhodnou pozici tváří v tvář našemu prostředí, tímto nás na jednu stranu táhnou k určitým lidem, objektům, jednáním, myšlením, ale na druhou stranu nás i od jiných subjektů vzdalují. Emoce slouží též jako skladiště i pramen určitých vnitřních a naučených vlivů, některé rysy jsou neměnné. (Stuhlíková, 2002)

1.6 Emoční inteligence

Při ovládání našich emocí, a to zejména v těch náročnějších životních situacích, má velký význam právě emoční inteligence. Odvíjí se od ní nejenom životní spokojenost, ale

také úspěšnost v praktickém životě a závisí na ní i mezilidské vztahy. Mnoho odborníků emoční inteligenci zkoumalo a usoudili, že spočívá v odsunutí uspokojení svých vlastních potřeb a ovládání impulzů. Jednoduše řečeno - cítit se příjemně bez ohledu na okolnosti. (Vágnerová, 2004)

Prvním důležitým faktorem emocí a samotného naladění člověka je postoj k sobě samému. Ten obsahuje naše somatické pocity, uspokojení základních potřeb, sebehodnocení, které je složeno jednak z lásky k vlastní osobě, ale také ze sebeúcty. Dalším faktorem je vnímání a postoj k vnějšímu světu. Vnímání objektů, lidí okolo sebe a s nimi spojená citová vazba ovlivňuje myšlení člověka, ale i jeho rozpoložení a emoce. (Vágnerová, 2004)

V současné době neexistuje mezi odborníky k jednotnému vymezení pojmu emoční inteligence. Proto bylo vytvořeno několik různých modelů emoční inteligence. Tyto modely lze rozdělit do dvou skupin: modely schopností a na modely smíšené. Modely se liší rozsahem smíšené modely zahrnují mnoho osobnostních charakteristik. Mezi modely schopností patří výkonové metody měření emočních schopností. (Schulze, Roberts, 2007)

Emoční inteligence zahrnuje schopnost vnímat vlastní emoce, umět s těmito emocemi zacházet, využít je ve svůj vlastní prospěch nějaké věci, tedy sám sebe motivovat, ale také vcítit se do ostatních lidí a správně nakládat se vztahy. Tyto schopnosti jsou základními kameny emoční inteligence. (Goleman, 1997)

Dle Kanitzové (2008) jsou emočně inteligentní lidé schopni vnímat u sebe a u druhých lidí emoční procesy a přiměřeně s nimi nakládat. Jsou schopni emoční pochody předvídat a využít je pro myšlenkové a rozhodovací pochody. To je důležité pro všechny pole působnosti. Emočně inteligentní lidé umějí reálně odhadnout, jaké jednání pravděpodobně vyvolávají určité pocity. Mnoho autorů se zabývá otázkou, zda emoční inteligence je vrozená či získaná. Faktem je, že emoční učení je učením sociálním, které vychází ze zkušenosti a příkladů. Zda mají vliv geny na emoční učení a emoční inteligenci dosud nevíme. Rozhodující je především poznatek, že významné emoční kameny emoční inteligence vycházejí z určitých schopností.

Emoční inteligence ve styku s lidmi neznamená pouze *být milý*. V jistých momentech se její uplatnění naopak projevuje jako schopnost *být nemilý* například schopnost sdělit někomu nepříjemnou, ale závažnou skutečnost. Emoční inteligence, ale neznamená bezbřehou upřímnost, ve smyslu detailního svěřování se na setkání. Jde spíše o sebeovládání, o zvládání vlastních pocitů, které je třeba vhodně a efektivně usměrnit. (Goleman, 2000)

2 Těhotenství

Z biologického hlediska je nejvhodnější pro otěhotnění období mezi 20. až 25. rokem. (Trča, 2009)

V nitroděložním vývoji jedince rozeznáváme dvě období: Období **embryogeneze** a období **fetální**. Obdobím embryogeneze označujeme prvních 8 týdnů vývoje - z toho první dva týdny lze označit jako blastogeneze (oplodnění, migrace, nidace a několikadenní další vývoj). Od 9. týdne do porodu hovoříme již o plodu (fetu). Rozlišujeme dvě období: rané fetální období (9. - 26. týden) a pozdní fetální období (od 27. týdne do porodu). (Binder, 2011)

Vývoj plodu začíná v děloze. Krev matky předává v placentě do krve plodu výživné látky a kyslík. Zároveň přijímá z krevního oběhu plodu nepotřebné látky. Plod je obklopen plodovou vodou. Plodová voda chrání plod před poraněním při náhlém úderu zevnějšku a také mu umožňuje změnu polohy. Těhotenství ženy trvá přibližně 280 dní čili deset tzv. lunárních měsíců. (Trča, 2004)

„Ať už těhotenství je, nebo není plánované, mění mezilidské vztahy mezi všemi členy rodiny. Oba rodiče se mohou cítit zaskočení skutečností, že čekají dítě a stanou se rodiči. Jako první je napadne, jak dítě naruší jejich vztah jak páru. Rodiče, kteří již nějaké dítě mají, přemýšlejí o tom, jak dokážou rozdělit svou energii i lásku mezi nový přírůstek do rodiny a starší děti a jak nové dítě ovlivní sourozence.“ (Leifer, 2004, str. 76)

2.1 Psychické změny v těhotenství

Každá žena prožívá své těhotenství jinak. Psychické prožívání těhotenství též ovlivňuje, zda těhotenství bylo plánované, nebo ženu i partnera překvapilo. Pokud se však na miminko těší a je chtěné, pak je vše v pořádku. Základní faktory, které mohou ovlivnit duševní vyrovnanost těhotné ženy, jsou zejména sociální situace rodiny, finanční zabezpečení. Psychické prožívání ovlivňuje temperament, fyzický i psychický stav. Postupně se mění ženě žebříček hodnot. Žena se začíná měnit i po fyzické stránce. (Gregora, 2011)

Psychické změny dle jednotlivých trimestrů

I. trimestr je obdobím přijetí těhotenství.

Žena je v prvních měsících s těhotenstvím vyrovnaná, uvědomuje si, že vstupuje do jiné fáze života, že hodně ze svého „já“ teď bude muset opustit. Mění se vztah k partnerovi, k rodičům, kamarádům, případně k již narozenému dítěti.

II. trimestr je období přijetí plodu

Začíná vnímat pohyby, cítí, že v ní dítě skutečně je. Nastává období vyladění vnitřního klidu. Budoucí matka se učí své dítě vnímat, povídá si s ním, zpívá mu, přes břicho ho hladí.

III. trimestr je období přípravy na porod a mateřství

Začínají se hlásit myšlenky na porod, zda ho žena zvládne, zda je schopna vyrovnat se s tou bolestí. Budoucí matka si klade hodně otázek. Pocity při jednotlivých těhotenstvích se liší, s příchodem dalšího dítěte nevypadají už tak hrozně. Pro nervozitu v těhotenství existují různé důvody - napětí v práci, v rodině se vyskytuje závažná choroba, nebo panuje nesoulad mezi samotnými budoucími rodiči. Ovšem někdy vysvětlení nemusí vůbec existovat. I matku, která již dítě má, můžou doprovázet obavy. Může být podvědomě sužována náhlými pochybnostmi, zda bude mít dostatek času, energie a neomezené lásky, kterou bude dítě vyžadovat. I u pozitivního postoje k těhotenství je normální, že se dostaví protikladné pocity. Těhotnou vyděsí vyhlídka na potomka, přepadnou ji obavy z nových povinností a zodpovědnosti. Období, kdy se žena stává matkou, nastává i změna žebříčku, které žena má. Změny emocionality se projevují kolísáním nálad od euforie po deprese. Není výjimkou, že žena začne být hyperkritická a podrážděná, její reakce začnou být přehnané, je frustrovaná, může se dostavit i období deprese a pláče. Emocionální neklid lze chápat jako prostředek adaptace ženy na těhotenství a na budoucí úlohu matky. Těhotná jedná nejlépe, když pochopí realitu a bude čelit izolaci a komunikovat s okolím. (Pařízek, 2009)

Mnohé maminky nacházejí radost ze svého těhotenství až s prvními pohyby plodu v těle. S postupem těhotenství se jejich myšlenky mnohem racionálněji obracejí k dítěti, k tomu co bude péče o něj znamenat. (Spock, 1992)

2.2 Porod

Porod představuje finální akt v procesu přeměny ženy v matku. Fyziologický porod donošeného plodu se uskutečňuje vaginální cestou za odborné asistence porodní asistentek nebo porodníků. I když průběh celé gravidity probíhá fyziologicky bez jakýchkoliv potíží a komplikací, nikdy se předem nedají předvídat jednotlivé etapy porodu a jejich dopady na pokračující vývoj v postnatální době. Oporou ženy při porodu může být účast manžela nebo jiné osoby za souhlasu obou stran. Celý porod trvá u prvorodiček 9-13 hodin, u více rodiček 4–8 hodin. (Lennart, 2007)

Definice porodu dle WHO (World Health Organisation)

„Jako porod je označován děj, při kterém dojde k vypuzení plodu z dělohy, který má porodní hmotnost 500 g a více, bez ohledu na to zda se narodí živý, či mrtvý. Jako porod je označen i děj, při kterém je z dělohy vypuzen plod se známkami života, který nesplňuje hmotnostní kritérium, ale přežívá déle jak 24 hodin. Vše ostatní je považováno za potrat.“
(Binder, 2011, str. 64)

Klasifikace porodů

porody můžeme rozdělit z časového hlediska dělit na:

- Porod v termínu
Porod, který proběhne v 38. až 42 týdnu těhotenství.
- Předčasný porod
Porod, který proběhl před ukončením 37. týdne těhotenství. Nebo porod nezralého plodu s hraniční hmotností 2500g včetně.
- Porod opožděný
Porod, který by proběhl po výše uvedené době, avšak maximálně do 300 dnů od oplodňující soulože. Bývá označováno jako přenášení.

Další klasifikace porodu:

- Porod doma, domácí porod
Nastávající matka rodí doma nebo v dobře známém prostředí. Domácí porod probíhá s erudovanou porodní asistentkou. Česká gynekologicko - porodnická společnost

označuje domácí porody za postup non lege artis (tedy postup proti platným doporučením, v rozporu se zásadami správného výkonu povolání).

- Ambulantní porod

Tento způsob porodu zkracuje pobyt v porodnickém zařízení na nezbytné minimum (druhá a čtvrtá doba porodní), zbytek se odehrává v domácím prostředí.

- Spontánní porod

Porod, který začal na základě přirozených pochodů organismu ženy a jehož průběh nevyžadoval zásah odborníka.

- Indukovaný porod

Je to porod, který je vyvolán podáním tzv. uterokinetických preparátů, přípravků vyvolávajících děložní činnost - postin nebo oxytocin.

- Medikamentózní porod

Porodní děj začne samovolně, ale v průběhu dojde k potřebě do něho vstoupit.

- Protrahovaný porod

Protrahovaný porod jako prodloužený bývá označen porod, kde 1. doba porodní od začátku pravidelné děložní činnosti trvá déle než 10 hodin.

- Překotný porod

Je opakem porodu protrahovaného. Jde o porod, který proběhl v průběhu 1 hodiny.

- Porod do vody

Dítě se narodí pod hladinou vody. Kdy může žena rodit do vody: v 1. ani v 2. době se nevyskytly komplikace, rodička nemá žádnou infekci, není zatížena její porodní anamnéza, váhový odhad novorozence není větší než 3 800 g. Podepisuje se vždy informovaný souhlas s porodem do vody. (Čermáková, 2008)

Klinický průběh porodu

Předporodní období předchází vlastnímu začátku porodu. Mění se vnímání pohybů plodu těhotnou, dostávají se nepravidelné stahy až bolesti, tzv. „poslíčky”. Někdy jsou vnímány velmi bolestivě. Nemají ale otevírací efekt, tím se liší od pravých porodních kontrakcí. Vlastní porod – začínají pravidelné kontrakční činnosti děložní, intenzita stahů roste a intervaly mezi nimi se zkracují. Mají účinek na hrdlo děložní, které se zkracuje a otevírá. Může být přítomen hlenovitý výtok, někdy i s příměsí krve.

Průběh porodu dělíme do 3 fází - porodních dob

I. doba porodní

Doba otevírací začíná nástupem pravidelné kontrakční činnosti děložní a končí zánikem branky. U primipar trvá průměrně 7 - 12 hodin, u multipar 4 - 8 hodin. Porodní síla, trvání a frekvence kontrakcí děložních roste a koncem I. doby porodní vrcholí. Intervaly se pohybují kolem 5 minut.

Zde dochází vlivem pravidelných kontrakcí k pasivnímu rozvíjení dolního děložního hrdla. Děložní hrdlo se otevírá postupně, až zcela vymizí. Kontrakce v začátku I. doby porodní přicházejí v intervalech 10-15 minut, jejich délka je 15-20 sekund a mají mírnou intenzitu. V průběhu první doby porodní se časové intervaly jednotlivých kontrakcí zkracují zhruba na 5-7 minut. Postupně se intenzita bolesti zvyšuje a často se objevují i bolesti v podbřišku nebo v oblasti kosti křížové. Na konci I. doby porodní se kontrakce objevují po 1–2 minutách a trvají 50–60 sekund. Po celou dobu sledujeme ozvy plodu. Po první době porodní nastupuje druhá doba porodní. (Roztočil, 2008, Kudela a kol., 2004)

II. doba porodní - doba vypuzovací

Začíná rozvinutí branky a končí porodem plodu. U primipar trvá většinou 20 - 60 minut, u multipar 10 - 30 minut. Plod působením porodních sil prochází porodními cestami porodním mechanismem jednotlivých částí. Po porodu odtéká volně zbytek plodové vody, zůstává placenta a plodové blány.

V druhé době porodní nastupují děložní kontrakce každé 2 - 3 minuty a trvají 60 – 90 sekund. Rodička koordinuje své dýchání s děložními kontrakcemi a tím se aktivně podílí na této fázi porodu. Naším úkolem je nabádat rodičku ke správnému dýchání. Nabádáme ji proto, aby se na začátku kontrakce hluboce nadechla a následně tlačila se zadržným dechem. Mimo kontrakce by rodička měla odpočívat a relaxovat. Ve druhé době porodní prodělává plod při průchodu porodními cestami čtyři pasivní pohyby, které nazýváme porodní mechanismus. Porodem plodu končí druhá doba porodní. (Roztočil, 2008, Kudela a kol., 2004)

III. doba porodní - doba k lůžku

Začíná porodem plodu a končí porodem placenty, obvykle trvá 10 - 30 minut. Po porodu plodu ustává děložní činnost, děloha se přizpůsobuje zmenšenému objemu. Lůžko se odděluje od děložní stěny. Poporodní období tak jsou označovány první 2 hodiny po

porodu lůžka. Je zde zvýšené riziko, může zde dojít ke krvácení. Rodička zůstává pod intenzivním dohledem. (Binder, 2011)

V této době dochází k porodu placenty, pupečníku, plodových obalů a retroplacentárního hematomu. Třetí doba porodní se dělí na tři fáze – fáze odlučovací, fáze vypuzovací a fáze hemostatická. (Roztočil, 2008)

Čtvrtá doba poporodní

Čtvrtou dobou poporodní se rozumí 2 hodiny po porodu placenty. V tomto období je žena nejvíce ohrožena poporodním krvácením. Proto musíme sledovat krvácení z rodidel a celkový stav rodičky. (Roztočil, 2008, Kudela a kol., 2004)

Fyziologický novorozenec

Za fyziologického novorozence označujeme (Brindl, 2011):

- a. donošený (porozený mezi 38. - 42. gestačním týdnem)
- b. eutrofický
- c. bez přítomnosti známek nemoci, hypoxie, traumatu a vrozené vývojové vady

3 Poruchy psychiky

Pro většinu žen je narození dítěte radostnou událostí. Přesto až 80% matek potká po porodu zhoršená nálada. Odborníci rozlišují 3 stupně psychického stavu po porodu: poporodní blues, poporodní deprese a poporodní (laktální) psychóza.

(www.sestinedeli.cz, 2015)

Porod je nepochybně nadlimitní stresovou záležitostí. Významným faktorem je vlastní osobnost rodičky, zejména její stupeň emoční zralosti pro zvládnutí náročných situací, mezi něž můžeme zařadit těhotenství a porod. Dalším faktorem, který může sehrát důležitou roli, je i sociální situace, obava ze špatných ekonomických podmínek atd.

Poporodní psychické poruchy jsou tvořeny většinou mírně závažnými poporodními blues a poporodními nepsychotickými depresemi. Druhou skupinu představují poporodní psychózy, které výrazně vstupují do života postižené ženy a určují do značné míry i její osud. Závažnost stavu je umocněna tím, že se dotýká nejenom rodičky, ale i jejího nejbližšího okolí. Včasná diagnostika, umožňuje zahájení účinné terapie, může zabránit případnému suicidii, zabití dítěte či jinému fatálnímu zakončení. (Burian in Roztočil, 1996)

I když rodiče dítě toužebně očekávají, bývají často při jeho narození zklamáni. Očekávají totiž, že v něm okamžitě poznají své tělo a krev. Ale v mnoha případech tomu nedochází ani první den, ba ani první týden. Pocity rozladěnosti je možné, že se po určitou dobu matka dítěte ocitne ve stavu pesimismu. Je to zcela běžný pocit, zejména jde-li o první dítě. Mohou se jen tak rozplakat nebo mají často nepříjemné pocity z některých konkrétních věcí. Žena, jejíž miminko hodně pláče, dojde k názoru, že je nemocné. Jiná je přesvědčena, že se manžel změnil, že se jí vzdálil, další zas, že si zkazila postavu. (Spock, 1992)

*„Pro období šestinedělí je charakteristické depresivní ladění. Depresivní nálada vrcholí 4. den po porodu (**blues period, baby blues**). Nedělka je bez objektivní příčiny plachtivá, přecitlivělá. Stav není závažný, beze zbytku se upraví. Mnohem závažnější je **laktální psychóza**. (Binder, 2011, str. 245)*

Obecně se rozděluje oblast pocitu smutku po porodu do tří kategorií:

I. Baby blues: *„Téměř 80 % žen prožívá většinou třetí nebo čtvrtý den po porodu fázi, kdy pociťují velké psychické výkyvy a změny nálad od radostné rozechvělosti až po zlost. Ženy*

jsou přecitlivělé a zranitelné, jako by ztrácely půdu pod nohama a jejich pláč je často spojen s určitým pohnutím, jež nemusí bezpodmínečně souviset se smutkem.“ (Geisel, 2004, str. 12)

II. PPD (poporodní deprese): ženy jsou vystaveny negativním emocím, trápí je pocity neschopnosti, studu, zlost a nadměrná zátěž. Objevuje se také nespavost, což stav matky zhoršuje. Těmito příznaky v prvních měsících trpí 10-20 % matek, PPD je onemocnění, které lze léčit.

III. Laktační psychóza: *„Touto těžkou chorobou onemocní v průměru jedna matka z tisíce. Nemoc se projevuje stavy vyčerpanosti, halucinacemi, návaly vzteku, ztrátou kontaktu s realitou, myšlenkami na sebevraždu a myšlenky na vraždu dítěte. V těchto případech probíhá léčba na klinice.“ (Geisel, 2004, str. 12)*

3.1 Prevence poruch psychiky

Prevenci lze rozdělit na primární prevenci, která je zaměřena na intaktní populaci proti vzniku nemoci. A dále sekundární prevenci, která se zaměřuje na ohroženou populaci a snaží se zabránit dalšímu vývoji. (Vokurka, 1995)

Prostředky prevence vycházejí často ze zásadních biologických a psychosociálních potřeb žen spolu s časnou a správnou aplikací preventivních zásad s cílem dosáhnout maximální úspěšnosti. Systém prevence by měl probíhat a působit interdisciplinárně za vzájemné kooperace kompetentních vědních oborů v době prenatální včetně šestinedělí. S cílem dosažení maximálního preventivního účinku. (Geisel, 2004)

Z lékařského hlediska je prevence zaměřena především na anatomii, fyziologii. Z psychologického hlediska především na emoční aspekty těhotných žen. Dříve byla poskytována pomoc ženě prostřednictvím společenství žen, přes matky, tety a sousedky, duchovní se zaměřovali na fyzické pohodlí těhotných. Tato kultura východních tradic se v současnosti udržuje jen v místech se silným náboženským kontextem. V současné době se úspěchy prevence předpokládají z předporodních kurzů profylaxe ve své teoretické i praktické části za dobrovolné účasti těhotných žen nebo obou partnerů. Se stejným cílem k těhotným ženám směřují i služby doly. (Geisel, 2004)

3.2 Druhy poruch psychiky

Deprese

Hartl a Hartlová uvádí v psychologickém slovníku, doslovně stlačenost, hovorově též depka. Chorobný stav smutku, duševní stav s převládajícími pocity smutku, skleslosti, nerozhodnosti, narůstajícího tlaku, spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím. Deprese deformuje životní hodnoty, pracovní a sociální sféru jedince. Depresivní jedinci hodnotí záporně sebe i svět, za vše na sebe berou vinu, očekávají selhání místo úspěchu. (Hart, Hartlová, 2010)

„Když lidé říkají, že trpí depresí, mohou hovořit o dvou rozdílných věcech: buď o normální, nebo psychotické depresi. Každý z nás je občas smutný a malomyslný, když na něj dolehne tíha osudu. Takové depresivní epizody mají časově velmi omezené trvání. Bývají vyvolány zcela konkrétní událostí v našem životě. Takové deprese jsou velmi kruté, chronické a často je obtížné přesně určit, co je vzbuzuje. (Stuhlíková, 2002, str. 155)

Deprese může být popsána takto: člověk je smutný, nešťastný, je mu těžce nebo si připadá na dně. Tento stav však trvá pouze krátkou dobu. Klinická deprese je porucha nálady, v níž pocity smutku, hněvu nebo frustrace mohou zasahovat do každodenního života delší dobu. Deprese může mít mírnou, střední nebo těžkou formu. Stupeň deprese určí lékař. Existuje řada důvodů, proč se žena dostane do deprese. Jsou to např. hormonální změny, stresující životní události, jako je například úmrtí v rodině, popř. chemické změny v mozku.

Faktory, jejichž působení zvyšuje riziko vzniku depresí (www.babyyourbaby.org, 2015):

- Návykové látky
- Rodinná anamnéza duševního onemocnění
- Malá podpora ze strany rodiny a přátel
- Úzkost o plod
- Problémy s předchozím těhotenstvím nebo s porodem
- Manželské nebo finanční problémy
- Nízký věk matky

Úzkost

Úzkost může ovlivnit chování a zhoršovat výkonnost. Může být například důvodem zakoktávání se, narušením spánku, zvýšeného neklidu a určitého opakujícího se chování. Dalším nejčastějším projevem úzkostného chování je vyhýbavé chování nebo útěk. Běžné příznaky v dýchací oblasti zahrnují pocit sevření hrudi a ztíženého nádechu. Úzkosti jsou definovány jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím. Vyskytují se buď v záchvatech, nebo je to setrvalý stav. Neexistuje žádná jednoduchá teorie o tom, jak úzkostné poruchy vznikají. Stavby úzkosti také vznikají se stresujícími událostmi. Úzkost může být odrazem vnitřních stavů jakou jsou všeobecné starosti a obavy, někteří lidé jsou náchylnější než jiní. Úzkost je však normální stav, který každý jedinec někdy prožívá. (Kennerleyová, 1998)

Úzkost je strach obava, který nemá jasný obsah, nebo jde o strach neopodstatněný, z nekonkrétních věcí. Úzkost je vždy spojena s pocitem vnitřního napětí, neklidu, tenze. Vyskytují se vegetativní příznaky – třes prstů, pocení, zrychlení srdečního pulsu a další úzkostné projevy. (Pidrman, 2006)

Velká poporodní deprese

Vyčleněna jako zvláštní typ poporodní psychózy. Začíná až kolem 20. dne po porodu, pomalu progreduje a je nejhlubší 5. – 6. týden po porodu. Dominuje depresivní nálada, výrazná unavenost, nespavost, retence tekutin, padání vlasů, suchá kůže. (Burian in Roztočil, 1996)

Abstinenční psychické poruchy

Vznikají po odejmutí alkoholu a jiných drog vyvolávajících těžkou fyzickou závislost. Intenzita závisí na druhu drogy a celkové délce podávání. Rozvíjí se zpravidla po odejmutí drogy do 48 hodin, přičemž mezní hranicí je 10 dnů po přerušení aplikace. Klinický obraz: nespavost, nechutenství, bolesti hlavy, neklid nebo apatie. Později nastupují halucinace, především zrakové, bludy, deprese či neklid s agresivitou. Kdykoliv se mohou objevit epileptické záchvaty. (Burian in Roztočil, 1996)

Baby blues

Trvá nejdéle deset dní. Intenzita a délka *baby blues* je pak důležitým signálem pro pozdější rozvoj poporodní deprese. Mohou navazovat i úzkostné stavy a během prvních dvou týdnů života dítěte signalizují přechod do poporodní deprese. (Geisel, 2004)

„Poporodní blues je přechodná emoční porucha, která se typicky projeví 3-6 den po porodu a trvá obvykle několik hodin až 1–2 dny. Vyskytuje se u 50–70 % rodiček”. (Burian in Roztočil, 1996, str. 132)

Tento stav je spojen s pocity smutku, neschopnosti vnímat nebo projevovat lásku k novorozenci. Podle odborníků je tento vývoj převážně biologického původu a po dvou týdnech po porodu odezní. (Melichár, 2011)

Klinický obraz: subdeprese, plačtivost, nespavost, může dojít k podrážděné náladě. Postihuje ženy bez rozdílu, zda rodily doma nebo v nemocnici, a postihuje i všechny kultury. (Burian in Roztočil, 1996)

Baby blues je méně závažná forma poporodní deprese, je ale důležité jí věnovat pozornost. Mnoho žen se cítí zmateně, bojují se smutkem a o dítěti často nechtějí ani mluvit. Ale mluvit o emocích a změnách psychiky, které žena prožívá, je jedním z nejlepších způsobů, jak se vypořádat s baby blues. Přibližně 70-80% všech nových matek zažívá nějaké negativní pocity a nálady po narození dítěte. Příznaky se vyskytují přibližně 4-5 dnů po porodu.

Příznaky baby blues:

- pláč bez zjevného důvodu
- netrpělivost
- popudlivost
- roztěkanost
- úzkost
- únava
- insomnie (když dítě spí)
- smutek
- změny nálad
- špatné soustředění

Přesná příčina baby blues ale není zatím známá. Ovšem odborníci se domnívají, že za to mohou hormonální změny, které nastanou v průběhu těhotenství a po narození dítěte. Tyto hormonální změny mohou vyvolat chemické změny v mozku, které vedou k depresi. Příznaky se objevují obvykle několik minut, až několik hodin každý den. Tyto příznaky by měly zmizet do 14 dnů po porodu. (www.babyblues.org, 2014)

Poporodní (nepsychotická) deprese

„Objevuje se cca 3. týden po porodu. Starost o dítě, únava z nevyspání, starost o partnera a chod domácnosti, pochybnosti o svém vzhledu současně s omezením dřívějších aktivit, především společenských, vedou k opětovnému depresivnímu ladění. U predisponovaných osob se stav může progredovat v suicidální, bohužel nezřídka úspěšné, pokusy. Incidence je odhadována na 1: 10 000 porodům.“ (Binder, 2011, str. 245)

Klinický obraz: depresivní nálada, zvýšená podrážděnost, časté somatické stesky bez organického podkladu. Klinicky je málo závažná, ale může narušovat roli matky, funkce v rodině a trvá 3 – 6 měsíců. Od rodiček se lze dozvědět, že měly problémy ve vztahu k rodičům v dětství, mají současné problémy manželské a pocítují nedostatečnou podporu od ostatních. Manželská disharmonie je nejsilnějším vyvolávajícím momentem poporodní nepsychotické deprese. (Burian in Roztočil, 1996)

Může začít hned po porodu, v průběhu se mění. *„Poporodní deprese může vznikat různými cestami, avšak zdá se, že společným jmenovatelem je vždy určitá forma deficitu lásky a následná hormonální nerovnováha.“* (Geisel, 2004, str. 192)

Poporodní deprese představuje závažnou a potencionálně život ohrožující psychickou nemoc. Vyskytuje se v kterémkoli období po ukončení těhotenství – od potratu, přes mimoděložní těhotenství, po spontánní nebo operativní porod. Již samotné těhotenství a porod je obrovský zásah do organismu, mění se aktivita hormonů. V kombinaci se stresem je pak žena náchylnější ke vzniku některého typu deprese. Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím dělí psychiatrie na mírné, závažné, jiné a nespecifikované. Ženy jsou obecně náchylnější k depresím než muži. Poporodní deprese může navazovat na poporodní blues, nebo se může vyskytnout bez předchozích emocionálních výkyvů, za 4-12 týdnů až několik měsíců po porodu. (Jedličková, 2008)

Stavy vyčerpanosti

Duševní a fyzické vyčerpání jsou často příznaky poporodní deprese. K tomu se ještě přidává nekoncentrovanost a neschopnost se rozhodnout. Symptomatické jsou i další jevy, jako zhoršení paměti, snížená sebedůvěra, nezájem o sex a také aktivity, které dříve přinášely potěšení.

Napětí a úzkostné stavy

Matka může prožívat strach, obavy, starosti, nebo dokonce návaly paniky, pociťovat bolesti v hrudi, trpět poruchami dýchání nebo bolestmi hlavy.

Nespavost

Matka je vyčerpaná, ale nemůže usnout.

Podrážděnost a zmatené myšlenky

Může se začít projevovat iracionálně nebo přehnaně kriticky. Můžeme zde očekávat náhlé emocionální výkyvy. (Geisel, 2004)

V prvních dnech po porodu bývá nedělka velmi unavená. Někdy se obává, zda svou životní roli zvládnou. Vedle radosti z dítěte mívají i stavy nejistoty a skleslosti, bez příčiny bývají plativé. Otec dítěte by měl být pro partnerku velkou oporou. (Trča, 2004)

Nejsilnější druhy depresí přicházejí brzy po porodu, ty méně intenzivní začínají od dvou týdnů do jednoho roku poté. Projevují se hlavně nadměrnou únavou až vyčerpaností, zároveň nespavostí, podrážděností, sebevýčitkami, úzkostí, pocity nejistoty a strachu. Někdy se mohou vyskytovat i fobické příznaky. Postupně se deprese může prohlubovat do různé hloubky. (Jedličková, 2008)

Pocit deprese se může objevit i několik dnů po porodu, ale i několik týdnů později. Obvykle se dostaví v okamžiku návratu matky z porodnice, kde o ni bylo postaráno. Najednou musí převzít veškerou péči o své dítě a celou domácnost. Je třeba v úvahu brát i hormonální změny v době porodu, které psychiku ženy také pravděpodobně do jisté míry naruší. (Spock, 1992)

Cítí-li se matka špatně a má pocit, že jejímu partnerovi je to lhostejné, je třeba zvážit obě strany problému. Na jedné straně každý člověk, který je v depresi, je přesvědčen, že se k němu ostatní chovají méně přátelsky. Ale pro otce je zase přirozené, že se cítí odstrčen, když se jeho žena a domácnost točí výhradně kolem dítěte. Matka nesmí zapomínat na svého partnera. A měla by se ho snažit zapojit do péče o miminko. (Spock, 1992)

Celá řada žen trpí postpartální depresí - PPD. Občas se používá i termín PND postnatální deprese. Z hlediska přesnosti je vhodnější pojem PPD, protože post partum znamená „poslehnut“ a vztahuje se k matce, zatím co post natal znamená „po narození“ a týká se spíše dítěte. Duševní strádání matek je stále častěji důvodem k znepokojení. Během těhotenství se hromadí pochybnosti o tom, zda vše dopadne dobře. Přehnané zjišťování a perfekcionalismus vyvolává, že těhotenství neprožívají ve vyrovnaném stavu. O postnatální depresi se až nyní odborníci začínají zajímat. Jsou zveřejňovány studie a jejich výsledky, vycházejí knihy pro ženy postižené depresí. Autoři knih se snaží symptomy odtabuizovat, rozpoznat a vysvětlit, jak pacientům poskytnout účinnou pomoc. (Spock, 1992)

Poporodní (puerperální, laktační) psychóza

„Deprese mohou vyústit až v poporodní psychózy, nesprávně nazývané jako laktační. Jedná se o závažné psychotické onemocnění, ohrožující život matky i dítěte, nelišící se od obdobných nemocí v jiných obdobích života.“ (Jedličková, 2008, str. 87)

Laktační psychóza neboli poporodní psychóza je psychické onemocnění, které může postihnout ženu druhý až čtvrtý týden po porodu. Je to vážná duševní porucha, kdy může matka ohrozit sebe anebo své dítě. Léčba trvá několik týdnů nebo měsíců, záleží na tom, jak je nemoc rychle podchycena. K této nemoci mají větší sklon ženy, které už měly někdy psychické problémy. (www.laktacnipsychoza.cz, 2015)

Poporodní psychózy se vyskytují během 14 dnů, s vrcholem 2. a 3. den, ale také měsíc po porodu. V příštím šestinedělí z 20% recidivují. Nutnost je léčba v psychiatrickém zařízení. Základem jsou pak antidepresiva ve vysokých dávkách, z čehož vyplývá nutnost i zastavení laktace. Podle stavu matky lze vždy umožnit pod dohledem částečný kontakt s dítětem. (Jedličková, 2008)

„Název laktační psychózy je dáván do souvislosti s laktací, protože počátek onemocnění se časově kryje s nástupem laktace. Příčina není jednoznačně objasněna, svou roli bude hrát pokles hladiny estrogenů. Nedělka není orientována časem ani prostorem, suicidální sklony nejsou vyznačeny. Nevědomky však může ublížit sobě i svému dítěti. Porucha se léčí psychofarmaky.“ (Binder, 2011, str. 245)

Výskyt: poporodní deprese se vyskytuje od jednoho případu na 500 porodů. Riziko relapsu při následujícím otěhotnění je 1 : 7 až 1 : 3. Klinický obraz: začátek je obvykle náhlý. Převládají manický nebo úzkostně depresivní syndrom jsou provázeny přechodnými epizodami bludů, záměny či nepoznání osob, sluchové halucinace nebo i agresivita. Jsou to stavy noční úzkosti. S poruchami spánku, neklidem, dochází k odmítání jídla a nedodržování osobní hygieny. Matky si stěžují na únavu, neschopnost citu k dítěti, nerozhodnost, nevykonnost, přibývá sebeobviňování, nemluvnost. K postupnému uzdravení dochází cca do 3 měsíců. V důsledku psychotické symptomatologie je závažně ohrožena rodička dokonalou sebevraždou, může také dojít k vraždě, eventuálně k zabití dítěte. (Burian in Roztočil, 1996)

Vyvolávána **hormonálními změnami** a psychickou i fyzickou zátěží při porodu. Spočívá v depresivních stavech i v neschopnosti navázat vztah k miminku. Vzniká přibližně u 1% žen. Během této doby se používají medikamenty, popřípadě psychoterapie. Je nutné, aby se o dítě během této fáze, která může trvat i několik měsíců postaral někdo jiný. (Regenrmelová, 2010)

Burian (In Roztočil, 1996. str. 134) definuje rizikové faktory vzniku poporodní psychózy:

- *První porod*
- *Prodělaná poporodní psychóza v anamnéze*
- *Maniodepresivní nebo schizoafektivní psychóza v anamnéze bez vazby na dřívější porod a výskyt maniodepresivity v rodinné anamnéze*

U mnoha žen se laktační psychóza objeví neočekávaně. U jiných žen je zřejmé, že mají vysoké riziko. Pokud měly diagnózu bipolární poruchy nebo schizoafektivní poruchu, je pravděpodobnost vysoká. V rizikové skupině také mohou být ženy, pokud mají diagnózu schizofrenie nebo jiné psychotické onemocnění. Mají-li matku nebo sestru, která měla laktační psychózu, může být riziko ještě vyšší. (www.babyyourbaby.org, 2015)

4 Psychosociální aspekty

Z výsledků průzkumu spokojenosti s perinatální péčí u žen, které porodily v letech 2005-2012 v českých porodnicích, vyplývá, že jsou stále nedostatky v porodnictví. Týkají se především nedostatečného zapojování rodiček do zapojování rodiček do rozhodování, omezeného poskytování informací a nerespektování přání žen ohledně jejich porodu. Mezi nejslabší stránky patří i nedostatečná psychická podpora žen v průběhu porodu i v postpartálním období. Podle kritérií metodiky užívané v projektu *Kvalita očima pacient*, nedosáhlo hodnocení českých porodnic standardu dobré péče v žádných sledovaných složkách. Spokojenost žen s péčí v porodnici je sledována v oblastech: vstřícnost a empatie zdravotníků, kontrola rodičky a její podíl na rozhodování, podávání informací a respekt v přístupu zdravotníků k rodičkám. Pozornost je dále věnována rozdílům ve spokojenosti u prvorodiček a vícerodiček, žen po přirozeném porodu a po císařském řezu, žen s nižším a vyšším vzděláním. Spolu s rostoucím množstvím dostupných informací o různých porodních alternativách stoupá i počet žen, které mají konkrétní představy a očekávání o průběhu svého porodu. Ačkoli v našem zdravotnictví do jisté míry stále přetrvává pasivní role pacientky a následují instrukce zdravotnického personálu. Zdravotnická zařízení přitom musejí počítat s tím, že do budoucna se nároky jejich klientů budou ještě zvyšovat. V oblasti zdravotnictví je na tento trend třeba reagovat celkovou změnou v přístupu k rodičkám, posílení jejich postavení v systému porodnické péče.

Výsledky poukazovaly i na nižší spokojenost žen u porodnických oddělení šestinedělí, předpokládalo se, že hodnocení těchto oddělení může být zkresleno baby bluesem, jejíž příznaky se objevují druhý až třetí den po porodu a typicky vrcholí pátý den. Výzkum navíc ukazuje, že v prvních dnech po porodu mají ženy tendenci péči v porodnici naopak spíše nadhodnocovat – do jejich hodnocení se promítá úleva, že mají porod za sebou, a radost z narozeného dítěte.

Důvodem nižší spokojenosti s péčí na gynekologicko-porodnických odděleních může být to, že rodící ženy prochází náročným obdobím po stránce psychologické. S ohledem na prezentované výsledky lze formulovat některé doporučení. Nejdříve je třeba posílit postavení rodičky v systému péče a nechat ženě maximální volnost o tom jak bude porod probíhat. Dále je nutné vyvarovat se rutinních zásahů bez předchozích upozornění, vysvětlení a souhlasu žen.

Doporučit je třeba dále to, aby zdravotníci brali větší ohledy na stud rodících žen. Znamená to minimalizovat množství osob, které ženu vyšetřují na intimních místech,

zajistit, aby na porodní sál neměly přístup osoby, které se přímo na porodu nepodílejí, umožnit přítomnost mediků pouze za předpokladu předem domluveného souhlasu rodičky. Větší důraz by měl být kladen i na soukromí žen v průběhu první doby porodní. Více ohleduplnosti je třeba projevovat k aktuálnímu stavu rodičky. Vhodné je například zajistit potřebnou administrativu již v rámci těhotenské poradny v dané porodnici, aby žena nemusela vyplňovat formuláře během kontrakcí, což se v současné době děje. Dalším příkladem nevstřícně nastavených organizačních pravidel je i fixní stanovení časů pro koupání novorozence či přenášení dětí separovaných od svých matek ke kojení podle přesně stanovených intervalů.

Nespokojenost žen se týkala i odborného slangu, které lékaři často používají, ale i důslednější podávání informací. To se týkalo jak v průběhu porodu, tak i v poporodním období, nespokojenost žen se však netýkala jen toho, že dostávaly málo informací, ale i toho že informace, které od zdravotníků obdržely, byly nejednotné a často pro ženu i nesrozumitelné. Ženy si často stěžovaly i na navzájem si odporující a často zastaralé informace související s kojením (nejčastěji od starších sester šestinedělí). Mnoho lékařů i porodních asistentek dosud nepovažuje komunikaci s pacientem a schopnost získat si jeho důvěru za nedílnou součást výkonu svého povolání. Pro mnoho zdravotníků se profesionalita pravděpodobně překrývá s přístupem oproštěných od emocí. Tento způsob jednání však může zároveň představovat obranu před náročným, dlouhodobě vyčerpávajícím emočním obdobím. Stále tedy přetrvává trend, že zdravotník zaměřuje svoji pozornost více na somatickou a technickou stránku věci než komunikaci se ženou, které věnuje minimální pozornost.

Zlepšení vyžadují i některé další aspekty péče, je to např. vzhled a vybavení pokojů v některých porodnicích, dostupnost relaxačních pomůcek pro první dobu porodní, čistota sprch, toalet a především strava. Prvorodičky procházejí náročným procesem adaptace na mateřskou roli a mohou se v této roli cítit nejisté, separace od dítěte v poporodním období může tento problém ještě prohloubit. Celkovou spokojenost žen s péčí v porodnici nemá vliv ani tak vzhled a vybavení pokojů, jako spíše dobrá komunikace, vstřícnost personálu, podávání informací. Možnost sdílet pokoj s jinými rodičkami navíc některé ženy preferují před soukromí na nadstandartním pokoji. Zvláště pak prvorodičky oceňují rady od zkušenějších matek. Mnohé ženy také vítají, že nejsou na oddělení šestinedělí izolovány a mají si s kým popovídat. Větší psychickou i praktickou podporu potřebují prvorodičky, i proto že mají často problémy se zahájením kojení, ačkoli i z řad vícerodiček se ozývaly

hlasy, že jim zdravotníci neposkytli dostatečnou pomoc při obtížích s kojením, protože se domnívali, že jde o problém výhradně prvorodiček.

Výrazně hůře hodnotily porodnickou péči i ženy po císařském řezu, těmto ženám je třeba věnovat také zvýšenou pozornost. Ženy rodící císařským řezem (zvláště jedná-li se o akutní výkon), prožívají často větší úzkost a stres. Potřebují více ohledů a podpory ze strany zdravotnického personálu. Co se týče poporodní péče, u žen po císařském řezu je třeba řešit problém pozdního a nedostatečného kontaktu s novorozeným dítětem. Po císařském řezu jsou většinou ženy hospitalizovány na jednotce intenzivní péče a jejich děti na novorozeneckém oddělení. V důsledku toho se může rozvinout poporodní smutek u matky asynchronie ve vztahu matka-dítě takto praxe může vést rovněž ke komplikacím při zahájení kojení.

Rozhodující je i přístup a chování zdravotníků, především jejich vstřícnost, empatie a ochota. Za vstřícné a empatické označila zdravotníky jen polovina žen, druhá polovina vyhodnotila jejich přístup jako nadřazený a lhostejný. Obecně jsou ženy spíše spokojeny s chováním porodních asistentek než lékařů. Porodní asistentky byly hodnoceny jako vstřícnější, empatičtější a ochotnější, poskytovaly ženám více emoční podpory. Ženy k porodním asistentkám měly větší úctu a respekt. Přístup porodních asistentek byl dále hodnocen jako osobnější a více partnerský. Příznivější hodnocení porodních asistentek však může být způsobeno i současnou organizací péče jakožto týmové práce. Poskytování podpory rodiče v průběhu porodu je spíše úkolem porodních asistentek, které s rodičkami tráví více času než lékaři. Lékaři rozhodují o způsobu vedení porodu v případě komplikací.

Obecně pak byly více ženy spokojenější v menších porodnicích, než ve fakultních nemocnicích. Nefakultní nemocnice byly ve srovnání s fakultními porodnicemi hodnoceny příznivěji ve všech dimenzích péče. U nefakultních nemocnic byla zjištěna větší spokojenost se vstřícností a empatií porodních asistentek na porodnickém oddělení. Zdravotníci zde přistupovali k ženám více individuálněji a partnersky, rodičky měly větší autonomii o rozhodování, dostávaly více informací a byly spokojenější s dostupností zdravotníků rovněž s fyzickým pohodlím a službami.

Navzdory tomu, že spokojenost žen s českými porodnicemi relativně nízká, a to zejména pokud jde o přístup a chování zdravotníků a zapojení rodiček do rozhodování. Je zřejmé, že klíčem ke zlepšení této situace v první řadě změna v postojích zdravotníků k rodičkám, které by měly být považovány za klientky a rovnocenné partnery a jejich aktivní přístup k porodu by neměl být vnímán jako nežádoucí. Nutné je zabezpečit i

odpovídající podmínky při poskytování zdravotní péče obecně, včetně odpovídající ekonomické a organizační základny. (Takács, Seidlerová, 2012)

Těhotenství a porod patří mezi vrcholné a neopakovatelné zážitky v životě ženy. Je známo, že dobrý psychický stav těhotné a rodící ženy se pozitivně podílí na fyziologickém průběhu těhotenství a porodu. Provázanost poporodního procesu s emocemi a prožíváním je velmi složitá. V první řadě do procesu vstupuje osobnost rodící matky, její tendence určitým způsobem reagovat a prožívat sociální interakce. Žena vždy vyhodnotí prostřední, v němž rodí, zda je bezpečné nebo nikoli. Cítí-li žena po porodu bezpečí, mohou se optimálně vyplavovat hormony, které poporodní proces spouštějí a podporují. Naopak při pocitu ohrožení dochází k vyplavování stresových hormonů. Pocity úzkosti a ohrožení v průběhu porodu mohou vést až k ohrožení plodu. Rodička potřebuje intenzivně cítit, že její chování a rozhodnutí mají vliv na to, co se s ní děje. Také častá separace novorozence od matky v českém porodnictví rutinně daná ošetřováním obou odděleně, z psychologického hlediska toto zásadně negativně ovlivňuje navázání vztahu mezi matkou a dítětem a ohrožuje to zahájení laktace.

Rodící žena nutně potřebuje mít kontrolu nejen na tím, co se děje při porodu s jejím tělem, ale také nad tím, co se děje s jejím dítětem. Dle pozorování odborníků z oblasti klinické psychologie se u nás při narození dítěte stále upřednostňují klasické zdravotnické postupy vedoucí k separaci dítěte od matky před psychologickými potřebami matky a dítěte. Vytváření pozitivního vztahu mezi zdravotníkem a pacientem patří k základům profesního zrání personálu. Správný psychologický přístup v péči o ženu v oblasti předporodní, porodní a poporodní péče pomáhá všem zvládnout novou náročnou životní situaci. Ženy se připravují na novou sociální roli, roli matky. Základem vzájemné spolupráce a zdárného průběhu toho procesu je vzájemná důvěra, ohleduplné, taktní a odborné jednání, vhodná komunikace zaměřená na dostatek informací, snižování strachu a úzkosti, pocitů nejistoty a emocionální lability. Správný přístup a respekt k pacientům zůstává stále z jednou z nejdůležitějších složek v chování zdravotníků. (www.osu.cz, 2014)

5 Výzkumná část

Výzkumná část diplomové práce se zabývá emocionálním prožíváním u žen pár týdnů po porodu. Jako výzkumnou metodu jsme zvolily kvantitativní metodu – dotazník. Hlavním cílem naší práce bylo porovnat emocionální prožívání prvorodiček a druhorodiček po porodu. Dotazník pro obě dvě skupiny žen byl totožný. Sběr dat proběhl od září do listopadu 2014.

5.1 Metodologie výzkumu

Pro získání informací v praktické části byla užita metoda dotazníku. Dotazník je soustava předem pečlivě připravených a formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) písemně odpovídá. (Chrátka, 2007)

Dle Gavory (2000) je dotazník jeden z nejpoužívanějších výzkumných metod a díky ní lze získat v krátkém čase informace od většího počtu respondentů. Dotazník má jasnou strukturu.

Dotazník (příloha č. 1) se skládá z 19 otázek. V úvodu dotazníku jsou uvedeny pokyny pro vyplnění. Ženy jsou dotazovány na porod, na emoce po porodu, zda byly spokojené s personálem v nemocnici a také zda jim někdo pomáhal starat se o dítě.

Složení otázek: 19 otázek výběrového typu (a, b, c ...) s možností vypsání jiné odpovědi – polouzavřené otázky. Ke sběru dat byla využita metoda sněhové koule, proto návratnost dotazníků byla 100%. Celkem tedy bylo rozdáno 250 dotazníků. Data byla zpracována v programu MS Office Excel. Pomocí tohoto programu byly vyhodnoceny výsledky a vytvořeny tabulky a grafy, které jsou prezentovány v následující kapitole.

5.2 Popis vzorku

Při výběru respondentů, bylo vzhledem k tématu diplomové práce stanoveno hlavní kritérium, zda se jedná o prvorodičky nebo druhorodičky. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 250 respondentek. Jednalo se o prvorodičky a druhorodičky. Výzkumu

se tedy zúčastnilo 100 primipar a 150 multipar.

5.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka: Budou častěji primipary prožívat negativní emoce než multipary?

Výzkumná otázka č. 1: Budou častěji multipary neprovdané než primipary?

Výzkumná otázka č. 2: Rodí se častěji děti plánované a chtěné primiparám než multiparám?

Výzkumná otázka č. 3: Jsou u kojení více úspěšnější multipary než primipary?

Výzkumná otázka č. 4: Vyskytují se častěji komplikace u porodu u primipar než u multipar?

Výzkumná otázka č. 5: Mají častěji doprovod u porodu primipary než multipary?

Výzkumná otázka č. 6: Ztrácejí koncentraci častěji primipary než multipary?

Výzkumná otázka č. 7: Jsou častěji spokojené se zdravotní péčí multipary než primipary?

Výzkumná otázka č. 8: Pociťovaly více negativní emoce primipary než multipary?

Výzkumná otázka č. 9: Jaké příčiny negativních emocí se objevují nejčastěji u multipar než primipar?

5.4 Analýza dotazníkového šetření

V této části budou analyzována a vyhodnocena všechna data získaná dotazníkem.

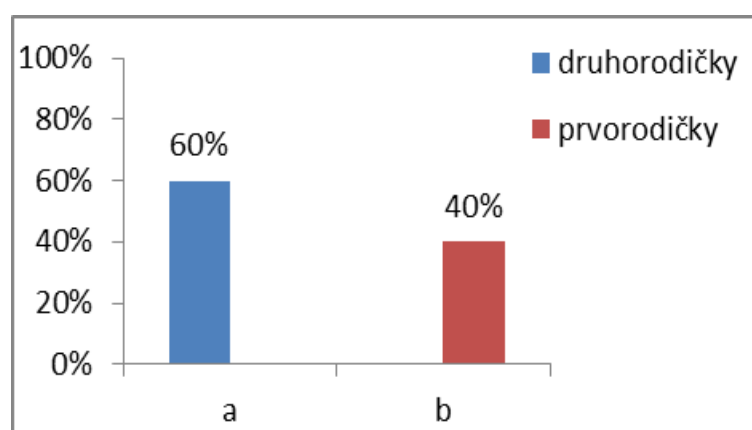
Otázka č. 1

Zaškrtněte, zda jste:

- a) Prvorodička
- b) Druhorodička

Otázka č. 1	Odpověď	Počet	% podíl
	a	150	60%
	b	100	40%

Tabulka č. 1



Graf č. 1

První otázkou v dotazníku jsem chtěla rozlišit primipary a multipary. Z daného vzorku matek a výše uvedeného grafu je zřejmá převážná část multipar. Výzkumné šetření bylo provedeno u 100 primipar a 150 multipar. Ve výšečovém grafu s dílčími pruhy jsou znázorněny multipary (ženy, které rodily více dětí) a primipary (ženy, které mají jen jedno dítě). Celkem se výzkumného šetření účastnilo 250 rodiček.

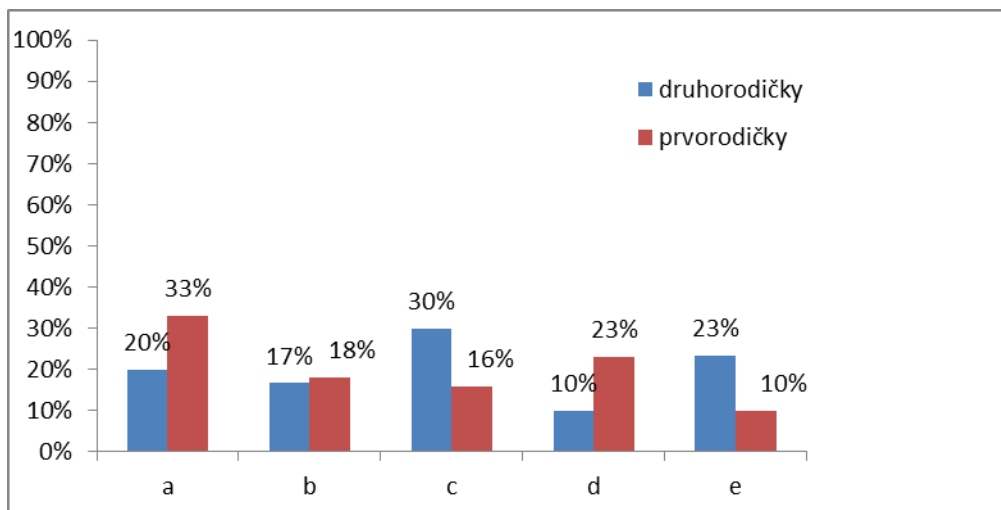
Otázka č. 2.

Jak dlouho máte po porodu posledního dítěte?

- a) 12 měsíců
- b) 2 roky
- c) 5 let
- d) 10 let
- e) jiné

Otázka č. 2	Odpověď	Počet druhorodičky	% podíl	Počet prvorodičky	% podíl
	a	30	20%	33	33%
	b	25	17%	18	18%
	c	45	30%	16	16%
	d	15	10%	23	23%
	e	35	23%	10	10%

Tabulka č. 2



Graf č. 2

Z výzkumného šetření vyplývá, že 12 měsíců po porodu posledního dítěte je 33% prvorodiček a 20% druhorodiček. Dva roky od porodu má 18% prvorodiček a 17% druhorodiček, rozdíl je tu minimální. Deset let od porodu má 23% prvorodiček a 10% druhorodiček. Jiné roky uvedly prvorodičky 10% a druhorodičky 23%.

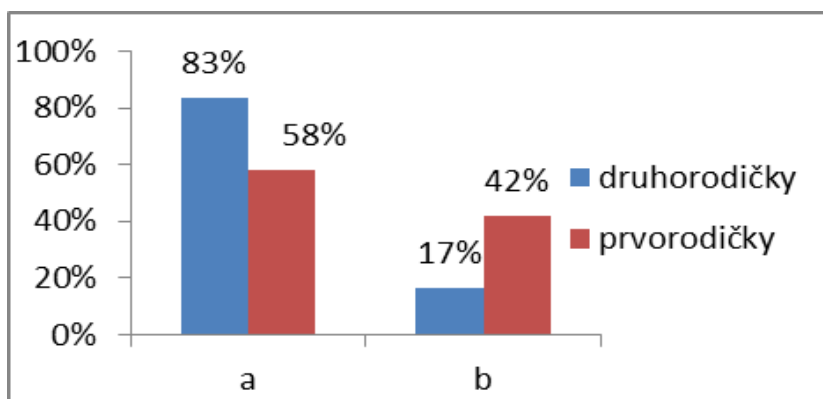
Otázka č. 3

Jaký je váš životní stav?

- a) žiji s partnerem
- b) žiji bez partnera

Otázka č. 3	Odpověď	Počet druhorodičky	% podíl	Počet prvorodičky	% podíl
	a	125	83%	58	58%
	b	25	17%	42	42%

Tabulka č. 3



Graf č. 3

U otázky číslo tři byly ženy tázány na svůj rodinný stav, zda žije více rodiček s partnerem, nebo bez partnera. V dnešní době můžeme pozorovat více žen, které vychovávají dítě samy. Tato otázka byla zařazena do dotazníku, neboť si myslím, že prožívání po porodu významně ovlivňuje to, zda má žena emoční podporu. Z grafu vyplívá, že s partnerem žije více druhorodiček a to 83%. Prvorodiček bylo 58%. Bez partnera žije více prvorodiček (42%) než vícerodiček (17%).

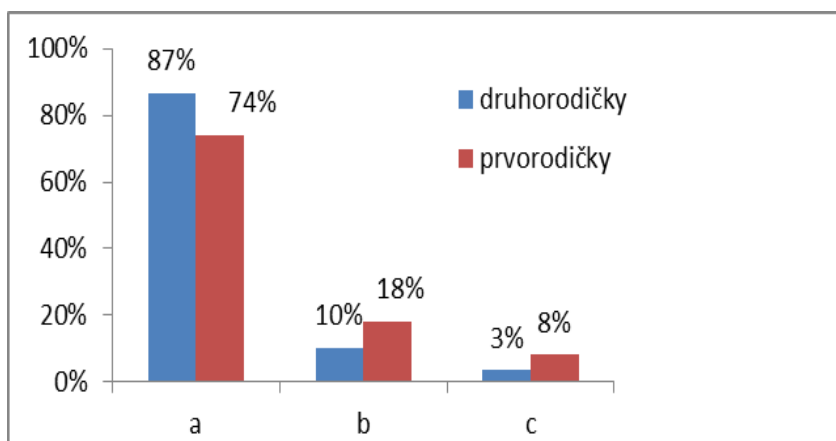
Otázka č. 4

Mateřství bylo:

- a) plánované a chtěné
- b) neplánované a chtěné
- c) neplánované a nechtěné

Otázka č. 4	Odpověď	Počet druhorodičky	% podíl	Počet prvorodičky	% podíl
	a	130	87%	74	74%
	b	15	10%	18	18%
	c	5	3%	8	8%

Tabulka č. 4



Graf č. 4

V grafu č. 4 jsou nepatrné rozdíly mezi prvorodičkami a druhorodičkami. Prvorodičky plánovaly těhotenství v 74% a vícerozičky v 87%. Neplánované těhotenství mělo více prvorodiček, a to 18%, oproti druhorodičkám - 10%. Neplánované a nechtěné těhotenství bylo více u prvorodiček - 8%, což mohlo být způsobeno například věkem matky nebo nepříznivou životní situací matky. U víceroziček to byla jen 3%.

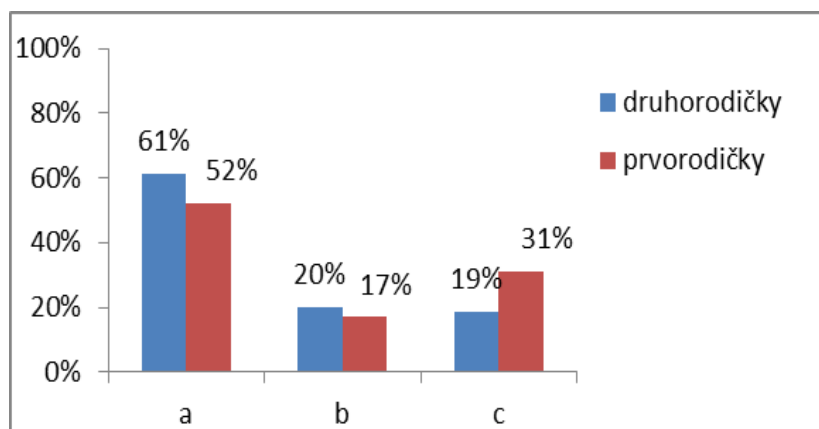
Otázka č. 5

Jak probíhalo těhotenství:

- a) bez problému, byla jsem klidná, vyrovnaná, na miminko jsem se těšila
- b) mé těhotenství bylo rizikové
- c) asistovaná reprodukce

Otázka č. 5	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	92	61%	52	52%
	b	30	20%	17	17%
	c	28	19%	31	31%

Tabulka č. 5



Graf č. 5

Pátá otázka mapovala průběh těhotenství. Bezproblémové těhotenství mělo 52% prvorodiček a 61% druhorodiček.

Rizikové těhotenství prožívalo 17% prvorodiček a 20% druhorodiček, zde nebyly velké rozdíly.

Asistovanou reprodukci podstoupilo 31% prvorodiček, zatímco druhorodiček bylo jen 19%.

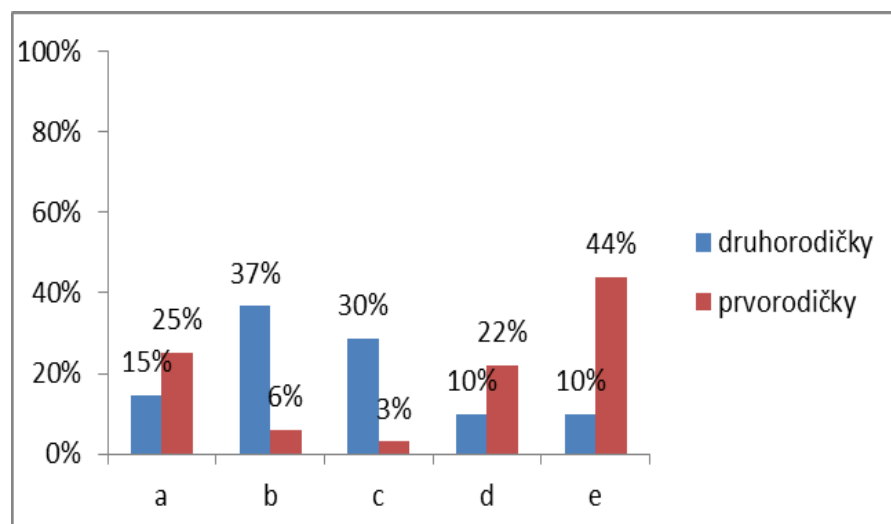
Otázka č. 6

U svého posledního porodu jsem kojila:

- a) vůbec
- b) jen v šestinedělí
- c) do po půl roku
- d) do roku
- e) více než rok

Otázka č. 6	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	22	15%	25	25%
	b	55	37%	6	6%
	c	43	29%	3	3%
	d	15	10%	22	22%
	e	15	10%	44	44%

Tabulka č. 6



Graf č. 6

Z výzkumného šetření vyplývá, že prvorodičky nekojily vůbec v 15% oproti druhorodičkám, kterých bylo z celkového počtu 25%. Jen v šestinedělí kojilo více druhorodiček, a to 37%, prvorodiček jen 6%, zde je vidět velký rozdíl. Do půl roku kojilo

více druhorodiček 30% a prvorodiček jen 3%. Do roku kojilo více prvorodiček 22%, druhorodiček pouze 10 %. Více než rok zde, je velký rozdíl v počtu prvorodiček kojilo 44% a druhorodiček jen 10%. Více než rok kojilo 44% prvorodiček, zatímco druhorodiček pouhých 10% zde je největší rozdíl.

Otázka č. 7

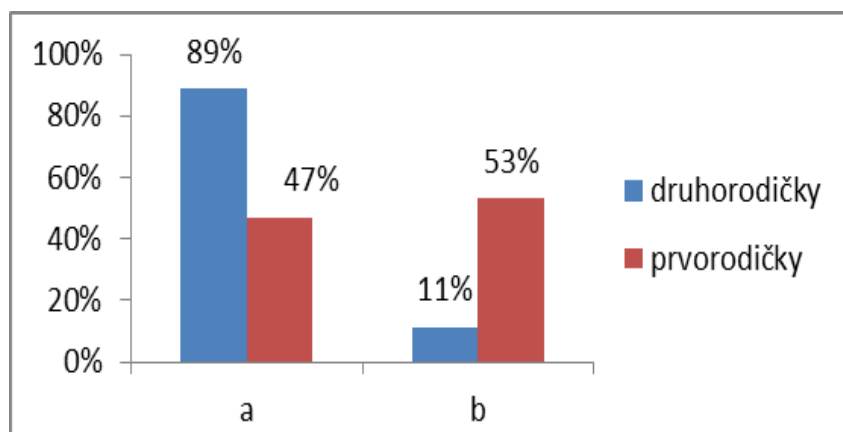
Pociťovala jste během těhotenství negativní emoce?

a) ano

b) Ne

Otázka č. 7	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	133	89%	47	47%
	b	17	11%	53	53%

Tabulka č. 7



Graf č. 7

Otázka č. 7 byla zaměřena na negativní emoce žen během těhotenství. Z grafu je zřejmé, že negativní emoce více pociťovaly druhorodičky (89%) než prvorodičky (47%). U prvorodiček se negativní emoce vyskytovaly v menší míře, podíl činí 53%, u druhorodiček je to 11%. Výsledky jsou překvapivé. Co způsobuje, že druhorodičky prožívají více negativní emoce než prvorodičky? Na ženu působí mnoho faktorů, jedním z nich může být náročná péče o starší dítě. Rozdíl také může být v nezkušenosti prvorodiček, které si péči o dítě mohou idealizovat.

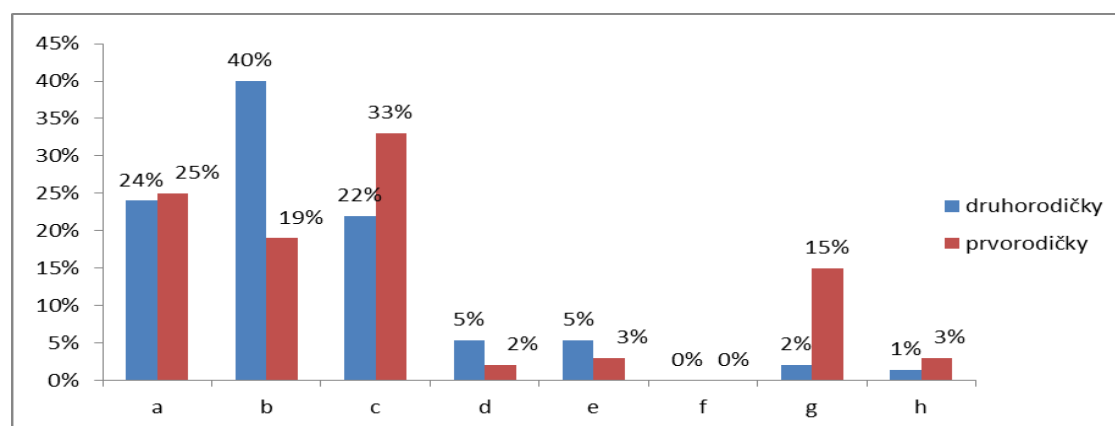
Otázka č. 8

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

- a) Přirozený porod bez medikace
- b) Přirozený porod s pomocí analgetik
- c) Císařský řez
- d) Porod s epidurální anestezií
- e) Alternativní porod (porod do vody, na porodní vak, na porodní stoličce)
- f) Porod doma
- g) Porod protrahovaný (delší než 15 hodin)
- h) S použitím vakuumextraktoru nebo kleští

Otázka č. 8	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	36	24%	25	25%
	b	60	40%	19	19%
	c	33	22%	33	33%
	d	8	5%	2	2%
	e	8	5%	3	3%
	f	0	0%	0	0%
	g	3	2%	15	15%
	h	2	1%	3	3%

Tabulka č. 8



Graf č. 8

Otázka č. 8 zjišťovala, jakou formou probíhal porod. Jako první odpověď, kterou mohly rodičky zaškrtnout, byl přirozený porod bez medikace. Tuto variantu v dotazníku zvolilo 25% prvorodiček a 24% druhorodiček. Další možnost, tj. přirozený porod pomocí analgetik, zvolilo 19% prvorodiček, druhorodičky tuto možnost vybraly podstatně více - 40%. Pomocí císařského řezu rodilo 33% prvorodiček a druhorodiček 30%. Porod s epidurální anestezií mělo 2% prvorodiček a druhorodiček 5%. Alternativní porody zvolilo 3% prvorodiček a 5% druhorodiček. Porod doma nezvolila žádná žena. Porod protražovaný (delší jak 15 hodin) mělo 15% prvorodiček, druhorodiček 2%. S použitím vakupresoru nebo kleští probíhal porod u 2% prvorodiček a 1% druhorodiček. Z grafu je patrné, že nejvíce žen prvorodiček mělo porod za pomoci císařského řezu, zde by se dalo diskutovat, proč zrovna prvorodičky měly tento způsob porodu. Poslední dobou si ženy tento způsob porodu záměrně vybírají, jako hlavní důvod uvádějí strach z bolesti u přirozeného porodu. Druhorodičky byly nejvíce zastoupeny u odpovědi, že porod probíhal přirozenou formou za pomoci analgetik. Zde může hrát roli fakt, že ženy, které rodily své první dítě, zakusily porodní bolesti, proto při dalším porodu se těmto bolestem chtěly vyhnout. Dnešní medicína nabízí ženám různé druhy porodu i to, jak ženám co nejvíce ulehčit, aby přivedly na svět svého potomka.

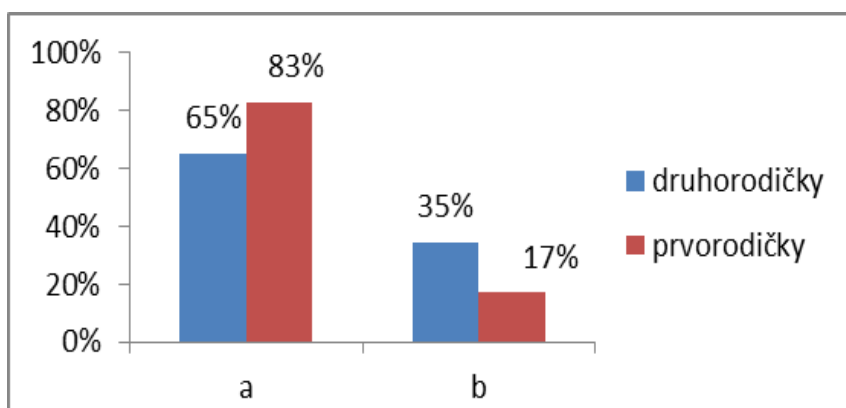
Otázka č. 9

Byl s Vámi někdo u porodu?

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 9	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	98	65%	83	83%
	b	52	35%	17	17%

Tabulka č. 9



Graf č. 9

Otázka č. 9 zjišťuje, zda byl někdo s ženami přítomen u porodu. 83% prvorodiček mělo u porodu blízkou osobu, v případě druhorodiček to je 65%. Ženy, které rodily samy - prvorodiček bylo 17% a druhorodiček 35%. Je patrné, že ženy, které rodí první dítě, potřebují u porodu podporu. Naopak ženy, které rodí své druhé dítě, mají již zkušenosti, a tak nevyžadují přítomnost druhé osoby u porodu.

Otázka č. 10

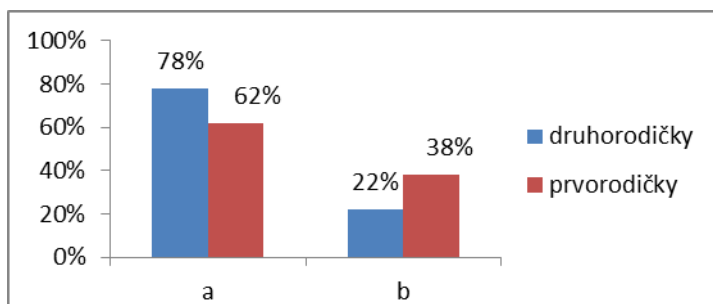
Ztratila jste v průběhu porodu koncentraci?

a) ano

b) ne

Otázka č. 10	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	117	78%	62	62%
	b	33	22%	38	38%

Tabulka č. 10



Graf č. 10

Otázka č. 10 zjišťuje, zda ženy při porodu ztratily koncentraci. 62% prvorodiček koncentraci ztratilo, druhorodiček 78%. Bez ztráty koncentrace porod proběhl u 38% prvorodiček a u 22% druhorodiček. Důvodů, proč ženy ztratily koncentraci při porodu, může být mnoho. Velkou roli zde sehrávají zajisté hormony.

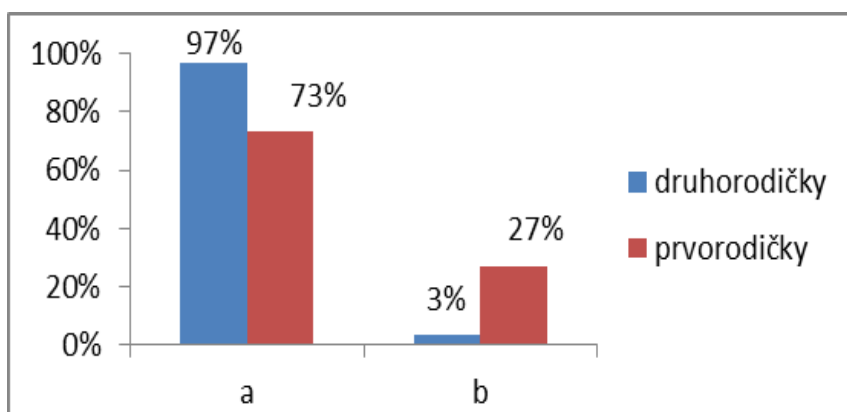
Otázka č. 11

Jaké byly Vaše pocity těsně po porodu (první hodina po narození dítěte)

- a) pozitivní
- b) negativní

Otázka č. 11	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	145	97%	73	73%
	b	5	3%	27	27%

Tabulka č. 11



Graf č. 11

Otázka č. 11 zjišťuje, jaké byly pocity žen těsně po porodu. Z grafu můžeme vyvodit, že ženy měly po porodu všeobecně pozitivní pocity. Jak prvorodičky, tak i druhorodičky byly spokojeny. U prvorodiček byl nepatrný rozdíl. Prvorodičky byly spokojeny v 73% a druhorodičky v 97%. Na vnímání první hodiny po porodu má výrazný vliv chování personálu v nemocnici. Jako negativní označilo svoje pocity po porodu 27% prvorodiček a pouze 3% druhorodiček.

Otázka č. 12

Která osob Vám byla emoční oporou po porodu?

partner

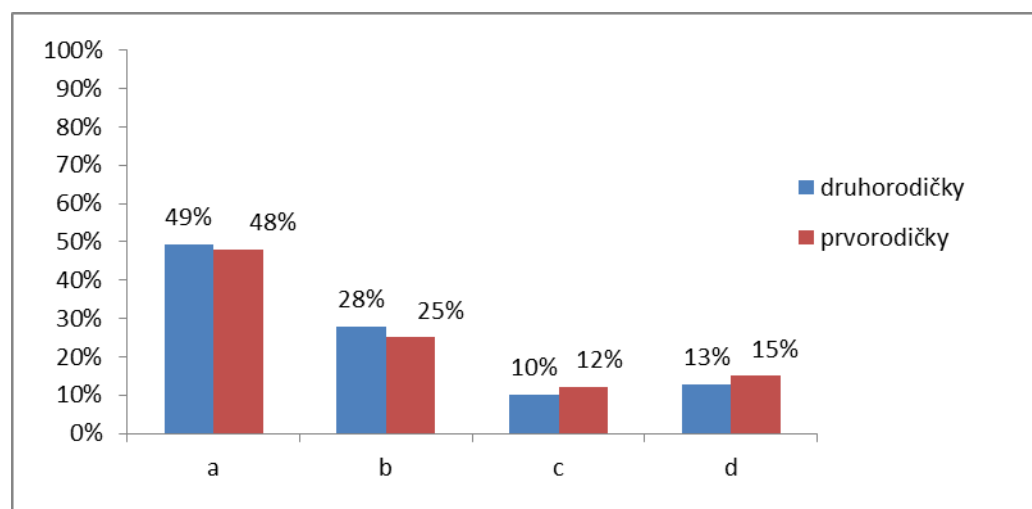
matka

kamarádka

jiná osoba (která)

Otázka č. 12	Odpověď	Počet	% podíl	Počet	% podíl
	a	74	49%	48	48%
	b	42	28%	25	25%
	c	15	10%	12	12%
	d	19	13%	15	15%

Tabulka č. 12



Graf č. 12

Otázka č. 12 zjišťuje, kdo byl největší citovou oporou pro ženy po porodu. Jako největší citovou oporu ženy uváděly partnera, a to jak prvorodičky, tak druhorodičky. Pro 25% prvorodiček a 28% druhorodiček znamenala významnou emoční podporu matka. Emoční podporu kamarádky preferovalo 12% prvorodiček a 10% druhorodiček. Dá se totiž předpokládat, že kamarádky, které byly pro ženy emoční oporou, měly již dítě, a tak ženám mohly předávat své zkušenosti. Ženy, měly možnost zvolit variantu d a zde vypsát konkrétní osobu, která v nabízených možnostech uvedena nebyla. Toho prvorodiček 15% a druhorodiček - 13%. Uváděly například: tchýni, sestru rodičky, porodní asistentku, ale uváděly i to, že nikdo blízký nebyl přítomen s nimi u porodu.

Otázka č. 13

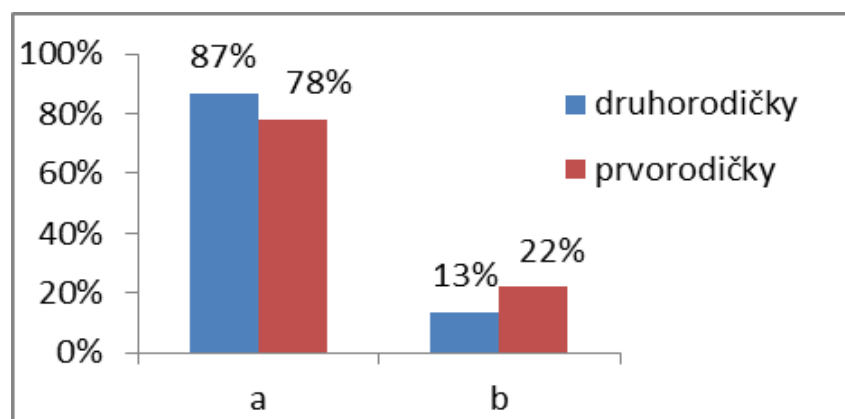
Byla jste spokojena s chováním zdravotnického personálu v průběhu porodu a na oddělení šestinedělí?

ano

ne

Otázka č. 13	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	130	87%	78	78%
	b	20	13%	22	22%

Tabulka č. 13



Graf č. 13

Otázka č. 13 ukazuje spokojenost žen po porodu s chováním zdravotnického personálu na oddělení šestinedělí. V grafu je vidět obecně spokojenost žen. 78% prvorodiček a 87% druhorodiček bylo spokojených. Nespokojenost s personálem vyjádřilo 22 % prvorodiček a 13 % druhorodiček. Příčiny nespokojenosti mohou být různé. U druhorodiček můžeme předpokládat, že ženy, které rodily své první dítě, si vybraly k porodu svého druhého potomka tu samou nemocnici jako předtím. Zastávám názor, že žena, která má po porodu je výrazně více citlivější na chování lidí okolo sebe.

Otázka č. 14

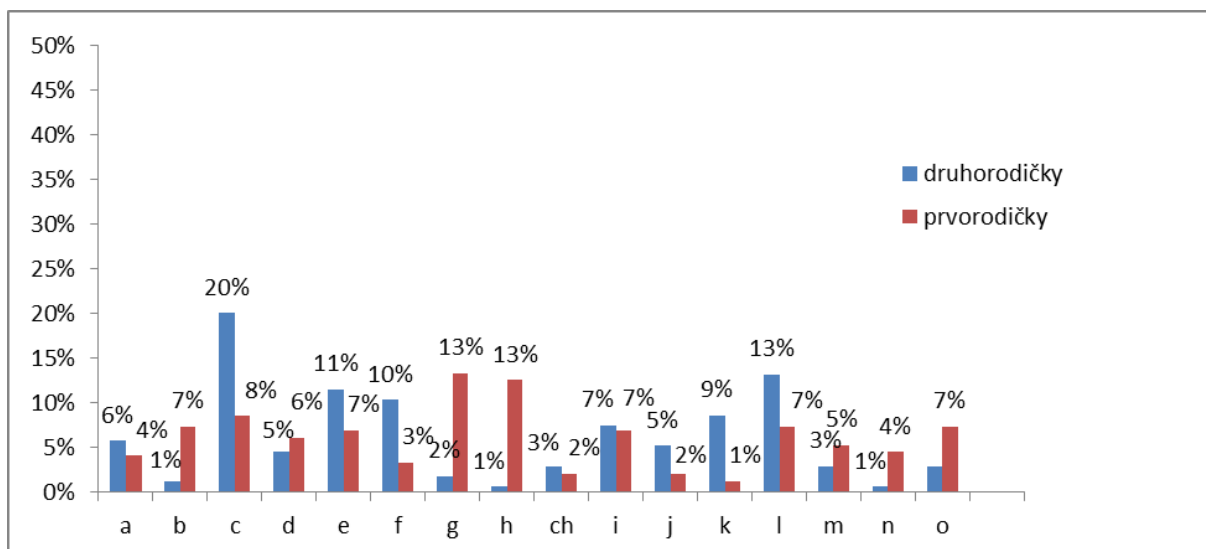
Pociťovala jste po porodu některý z těchto příznaků? (možnost zaškrtnout více odpovědí)

- a) Strach či úzkost
- b) Apatie
- c) Poruchy spánku (byla jsem unavená, ale nemohla jsem usnout)
- d) Sebepodceňování
- e) Podrážděnost
- f) Vztek
- g) Plačtivost
- h) Pocity selhání, nedostatečnosti
- ch) Obavy z budoucnosti
- i) Sociální izolace
- j) Nechutenství
- k) Deprese
- l) Ztráta zájmu o sebe
- m) Obavy z finanční závislosti
- n) Pocit naprostého selhání v roli matky
- o) Vyvolávání konfliktů (s partnerem, s členy rodiny)

Otázka č. 14	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	10	6%	10	4%
	b	2	1%	18	7%
	c	35	20%	21	8%
	d	8	5%	15	6%
	e	20	11%	17	7%
	f	18	10%	8	3%
	g	3	2%	33	13%
	h	1	1%	31	13%
	ch	5	3%	5	2%
	i	13	7%	17	7%
	j	9	5%	5	2%

k	15	9%	3	1%
l	23	13%	18	7%
m	5	3%	13	5%
n	1	1%	11	4%
o	5	3%	18	7%

Tabulka č. 14



Graf č. 14

Graf č. 14 nám ukazuje, jak ženy pociťovaly po porodu některé změny. U této otázky měly ženy možnost zaškrtnout více odpovědí. Strach či úzkost zažívalo po porodu 4% prvorodiček a 6% druhorodiček. Apatii pociťovaly prvorodičky v 7%, druhorodičky v 1%. Poruchy spánku už pociťovalo poměrně více žen, jen 8% prvorodiček oproti 20% druhorodiček. Podceňovalo se 6% prvorodiček a 5% druhorodiček. Celkové podráždění pociťovalo 7% prvorodiček, 11% druhorodiček. Vztek mělo 3% prvorodiček, druhorodiček 10%. Velký rozdíl byl u plačtivosti, kterou si prošlo 13% prvorodiček a jen 2% druhorodiček. I u pocitů selhání můžeme vidět rozdíly – prvorodiček bylo opět 13%, druhorodiček jen 1%. Obavy z budoucnosti (např. stabilita partnerského vztahu, nemoci, úrazy apod.) trápily 2% prvorodiček a 3% druhorodiček. Sociální izolaci pociťovaly stejně prvorodičky i druhorodičky 7%. Nechutenství mělo 2% prvorodiček, druhorodiček 5%. Depresemi trpělo 1% prvorodiček, druhorodiček 9%. Zájem o sebe ztratilo 7% prvorodiček, 13% druhorodiček. Obavy z finanční závislosti měly více prvorodičky, a to v 5%, druhorodiček byla 3%. Pocitům naprostého selhání propadlo 4% prvorodiček, druhorodiček jen 1%. 7% prvorodiček 3% druhorodiček vyvolávalo konflikty s partnerem,

popřípadě s ostatními členy rodiny. Tuto tabulku hodnotím jako nejpřekvapivější, protože u některých odpovědí jsem odhadovala spíše opačný výsledek.

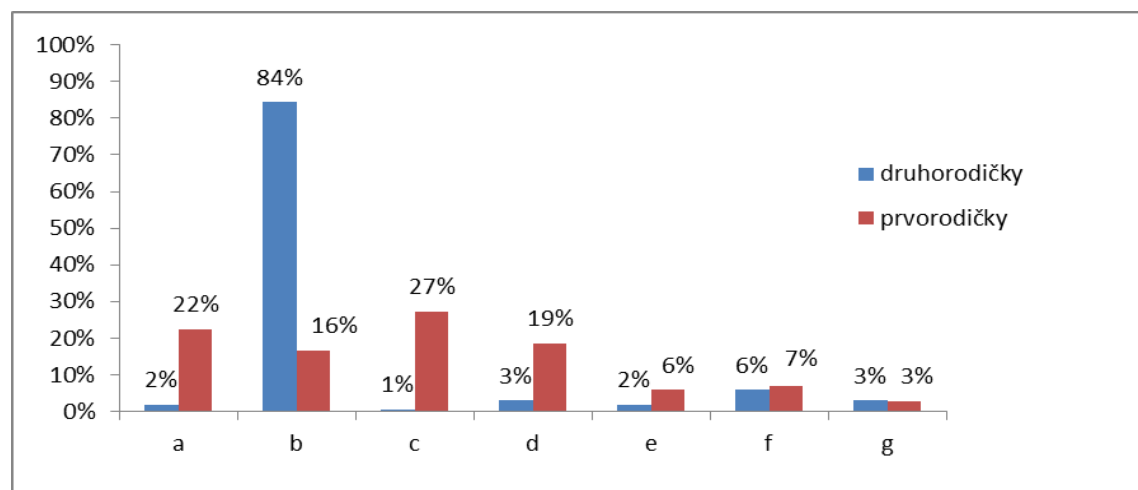
Otázka č. 15

Jaké měly příčiny tyto emoce?

- a) přijetí nové role
- b) nedostatek odpočinku
- c) nezkušenost
- d) konflikt v rodině (nepřiměřené rady prarodičů)
- e) opuštěnost
- f) extrémní plačtivost dítěte
- g) jiné (jaké)

Otázka č. 15	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	3	2%	42	22%
	b	145	84%	31	16%
	c	1	1%	51	27%
	d	5	3%	35	19%
	e	3	2%	11	6%
	f	10	6%	13	7%
	g	5	3%	5	3%

Tabulka č. 15



Graf č. 15

Vyhodnocením otázky č. 15 předcházela otázka č. 14. Graf č. 15 ukazuje, že nejvíce druhorodiček jako hlavní příčinu uvádělo nedostatek odpočinku, a to v 84%, u prvorodiček to bylo jen 16%. Naopak pro 27% prvorodiček představovala hlavní problém nezkušenost, toto ale hrálo roli pouze u 1% druhorodiček. Tento výsledek není ovšem překvapivý, neboť ženy druhorodičky nabyly zkušenosti již u prvního dítěte. Přijetí nové role udávaly ženy též rozlišeně 22% prvorodiček, druhorodiček jen 2%. Další možností byly konflikty v rodině, které mohly být způsobeny nepřiměřenými radami prarodičů, kteří mají obvykle jiný názor na výchovu dětí. Snaží se předávat své zkušenosti, ovšem ne to vždy ženy uvítají. Nejvíce tuto možnost uváděly prvorodičky, a to v 19%, u druhorodiček jen 3%. Dále z grafu vyplývá, že opuštěností trpělo 6% prvorodiček a 2% druhorodiček. Extrémní plačtivost dítěte trápila 7% prvorodiček a 6% druhorodiček. Ženy měly možnost zvolit variantu g a zde vypsát konkrétní problém, který v nabízených možnostech uveden nebyl. Toho využilo stejné množství prvorodiček i druhorodiček - 3%. Uváděly například: ztráta kontaktu s kamarádkami, které neměly děti, ztloustnutí nebo nedostatek času na vlastní zájmy.

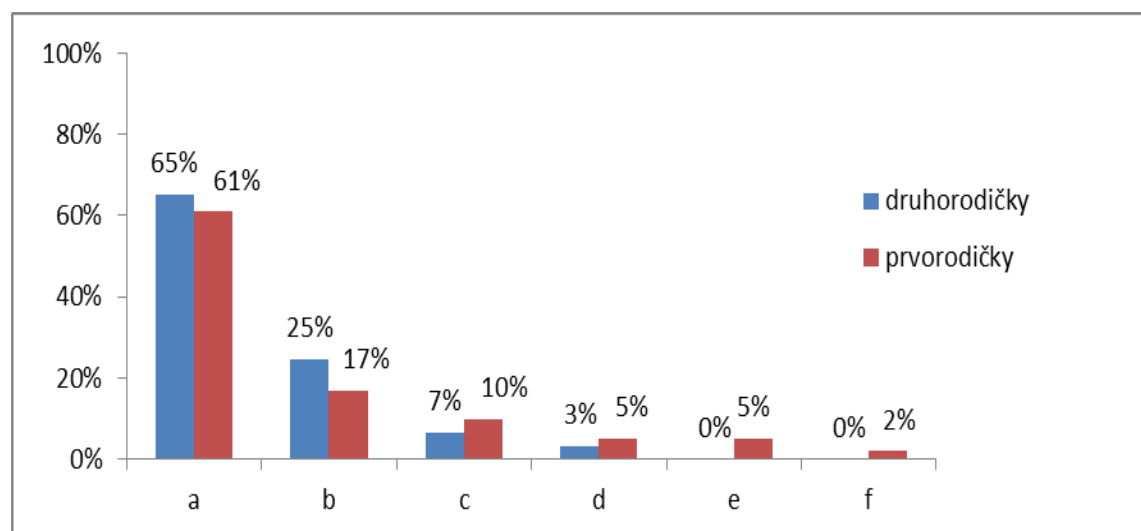
Otázka č. 16

Jak dlouho přetrvávaly negativní emoce u Vás?

- a) nebyly vůbec
- b) jen pár dní
- c) šestinedělí
- d) jeden měsíc
- e) víc než 1/2 rok
- f) 1 rok

Otázka č. 16	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	98	65%	61	61%
	b	37	25%	17	17%
	c	10	7%	10	10%
	d	5	3%	5	5%
	e	0	0%	5	5%
	f	0	0%	2	2%

Tabulka č. 16



Graf č. 16

Graf č. 16 nám ukazuje, jak dlouho přetrvávaly negativní emoce u žen. V obou případech, jak u prvorodiček (61%), tak i u druhorodiček (65%) se negativní emoce nevyskytly vůbec. Další možností bylo, že u žen přetrvávaly negativní emoce jen pár dní -

u prvorodiček 17%, u druhorodiček 25%. Předpokládala jsem, že případné negativní emoce přetrvávají zejména v období šestinedělí, výsledky dotazníkového šetření to však nepotvrdily. Šestinedělí jako období přetrvávajících negativních emocí uvedlo pouze 10% prvorodiček, druhorodiček pak 30%.

Otázka č. 17

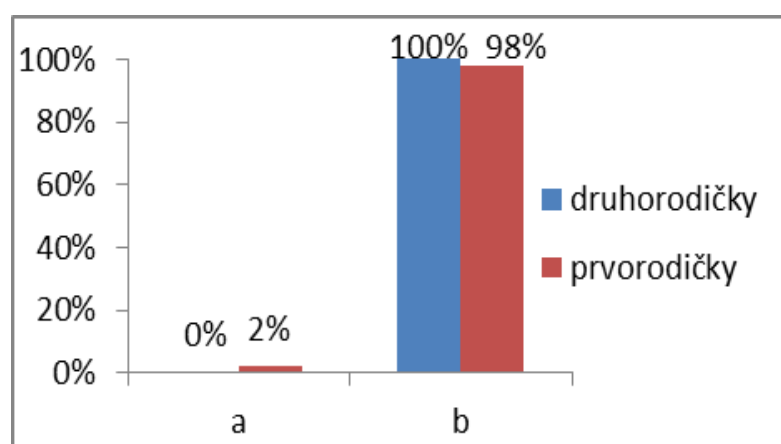
Vyhledala jste odbornou pomoc? (psycholog, psychiatr...)

a) ano

b) ne

Otázka č. 17	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	0	0%	2	2%
	b	150	100%	98	98%

Tabulka č. 17



Graf č. 17

Graf č. 17 nám ukazuje, zda ty ženy, které měly emocionální problémy po porodu, vyhledaly odbornou pomoc. Jen dvě prvorodičky, tj. 2%, vyhledaly odbornou pomoc. Jinak prvorodičky 98% i druhorodičky 100% odbornou pomoc nevyhledaly. Proč ženy nevyhledaly pomoc? Může to být způsobeno tím, že se postupně emocionální rozpoložení samo upravilo, nebo nikdo nepovažoval psychické problémy za tak závažné, aby žena vyhledala odbornou pomoc. Pokud příznaky nejsou tak zjevné, často je to pokládáno za normální, že žena je více plačtivá nebo výbušná.

Otázka č. 18

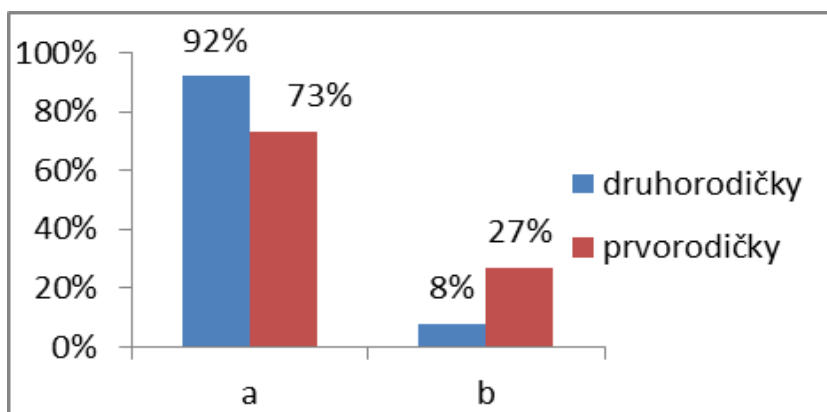
Pomáhal Vám někdo starat se o dítě?

a) ano

b) ne

Otázka č. 18	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	138	92%	73	73%
	b	12	8%	27	27%

Tabulka č. 18



Graf č. 18

Otázka č. 18 zjišťovala, zda ženám někdo pomáhal starat se o dítě. Tento fakt může pak ovlivňovat citové prožívání žen po porodu. Jak je vidět na grafu, více bylo pomáháno druhorodičkám, a to v 92%, zřejmě proto, že již měly starší dítě, kterému po narození dalšího potomka nemohly věnovat tolik pozornosti jako předtím. Prvorodičkám pak někdo pomáhal v 73%. Další převaha pak je u prvorodiček - 27%, kterým nikdo nepomáhal s péčí o dítě. Důvodem mohlo být, že neměly nikoho blízkého a byly tudíž odkázány jen samy na sebe, anebo chtěly své první dítě vychovávat po svém. Druhorodičkám pak nikdo nepomáhal v 8%.

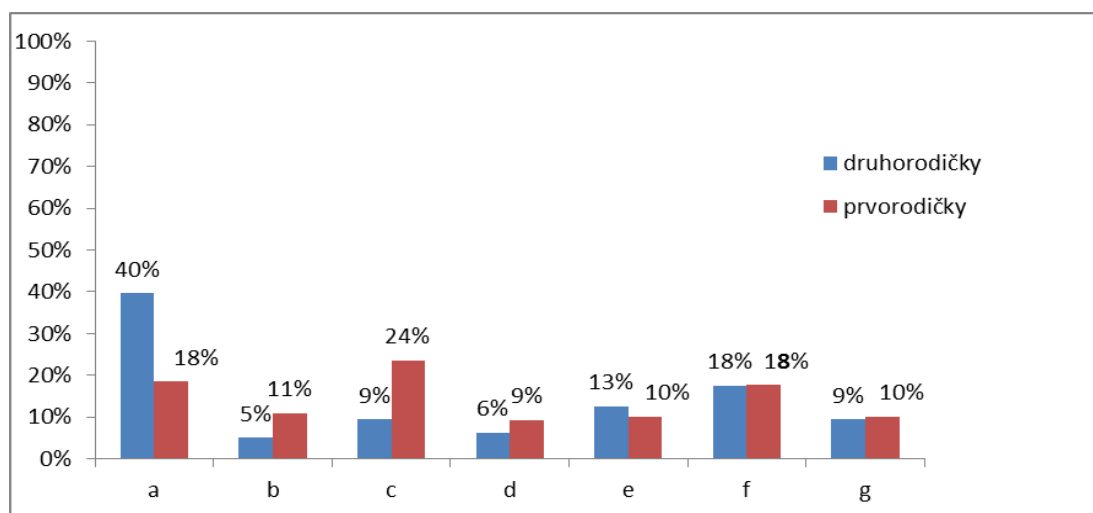
Otázka č. 19

Jak jste se vyrovnávala s novou sociální rolí matky? (možnost zaškrtnutí více odpovědí)

- a) Procházkou
- b) Chtěla jsem být sama
- c) Vyhledávala jsem společnost
- d) Uvědomuji si to až nyní, že něco nebylo v pořádku
- e) Sportováním
- f) Kulturou (poslech hudby, knihy)
- g) Jiným způsobem – jakým?

Otázka č. 19	Odpověď	Počet druhorodiček	% podíl	Počet prvorodiček	% podíl
	a	63	40%	22	18%
	b	8	5%	13	11%
	c	15	9%	28	24%
	d	10	6%	11	9%
	e	20	13%	12	10%
	f	28	18%	21	18%
	g	15	9%	12	10%

Tabulka č. 19



Graf č. 19

Otázka č. 19 zjišťovala, jak se ženy všeobecně vyrovnaly s rolí matky. První možnost zvolilo 18% prvorodiček, druhorodiček 40%. Další možností bylo, že ženy chtěly být samy, což u prvorodiček bylo 11% a u druhorodiček 5%. Žen prvorodiček, které vyhledávaly společnost, bylo 24%, druhorodiček 9%. Prvorodiček, které si dříve neuvědomovaly, že je něco v nepořádku, prvorodičky zatrhlo 9% druhorodičky 6%. Hodně žen se odreagovalo sportem - 10% prvorodiček, druhorodiček 13%. Další možnost, tedy kulturním vyžitím (poslech hudby, četba knih) označilo 18% prvorodiček a 18% druhorodiček. Jiným způsobem se odreagovalo 10% prvorodiček a druhorodiček 9%, uváděly například – práci, schůzky s ostatními kamarádkami, které měly děti.

5.5 Diskuze

V této kapitole budou vyhodnoceny výsledky výzkumného šetření zde je možné výzkumné otázky, potvrdit či vyvrátit. Celkový počet výzkumných otázek činní 9.

Výzkumná otázka č. 1: Jsou multipary častěji neprovdané než primipary?

Výzkumná otázka měla za cíl zjistit, jestli jsou multipary častěji neprovdané než primipary. K tomuto výzkumnému předpokladu se vztahovala z dotazníkového šetření otázka č. 3. Z grafického znázornění vyplívá, že v partnerském vztahu žijí častěji primipary (v 85%) než multipary (v 83%). Rozdíly jsou zde minimální.

Výzkumná otázka č. 2: Rodí se častěji děti plánované a chtěné primiparám, nebo multiparám?

K této výzkumné otázce se vztahuje otázka č. 4. Z grafického znázornění se děti chtěné a plánované častěji rodí multiparám 87%, než prvorodičkám 74%. Domníváme se, že je to právě proto, že už dítě doma mají a chtějí dítě druhé. Mateřství, které bylo neplánované a chtěné u primipar (18%) než multipar 10%. Dle našeho názoru to může být způsobeno tím, že ženy v dnešní době své děti často plánují až kolem 30 let, když poté přijdou do jiného stavu, přijmou novou roli jako fakt, že sice neplánovaly otěhotnět, ale na dítě se těší. Domníváme se, že primipary berou dítě jako nutnost, protože na mladé dívky a ženy je mnohdy vyvíjen nátlak, že každá žena musí být matkou. To bohužel často vede k tomu, že ženy mají pak problém s přijetím nové role, na kterou nejsou ještě připraveny. Multipary (3%) pak dítě nechtějí z důvodu např. vysokého věku nebo nemoci.

Výzkumná otázka č. 3: Jsou u kojení úspěšnější multipary nebo primipary?

Záměrem této otázky bylo zjistit zda, ženy multipary jsou úspěšnější při kojení oproti primiparám. K této výzkumné otázce se vztahovala otázka z dotazníkového šetření č. 6. Ženy primipary (44%) kojí déle než multipary (37%). Domníváme se, že ženy primipary považují kojení za jednu z nejlepších věcí, které dítěti mohou dát. Dítě získává potřebné živiny, které umělé výživy dítěti neposkytnou. U multipar může být kojení po šestinedělí už časově náročné, protože se musí věnovat druhému dítěti.

Výzkumná otázka č. 4: Vyskytují se častěji komplikace u porodu primiparám, nebo multiparám?

Z výzkumu se zjistilo, že primipary provází komplikace u porodu častěji než multipary. K výzkumné otázce se vztahuje otázka č. 8 z dotazníkového šetření. Primipary měly protahovaný porod v 15% případů, porod za pomoci kleští mělo 3% žen, oproti multipary protahovaný porod 2% a porod za pomoci kleští 1%. Bylo zjištěno, že častěji mají komplikace ženy, které rodí poprvé než ženy, které už porodily. U každého dalšího porodu se porodní doba se zkracuje.

Výzkumná otázka č. 5: Častěji mají doprovod u porodu primipary, nebo multipary?

Tato výzkumná otázka měla za cíl zjistit, zda byl někdo s ženami přítomen u porodu. K výzkumné otázce se vztahuje otázka č. 9. Primipary měly doprovod u porodu v 83% a multipary v 65 %. Častěji si ženy berou k porodu prvního dítěte partnera. Pravděpodobně se pak ženy se pak cítí bezpečněji a pocit neznáma a strachu tak lépe zvládají. Domníváme se, že u druhého porodu ženy vědí, co je čeká, proto mnohdy i partner nechce být přítomen z důvodu minulé zkušenosti. Přítomnost partnera u porodu není vždy jen kladnou záležitostí, muži mohou být své ženě někdy spíše i na obtíž, což může být případ i u multipar, které mohly vyhodnotit přítomnost partnera po porodu prvního dítěte.

Výzkumná otázka č. 6: Ztrácejí koncentraci u porodu častěji primipary, nebo multipary?

K zodpovězení této výzkumné otázky byly využity informace z dotazníkové položky č. 10. Primipary ztrácejí koncentraci v 62% a multipary v 78%. Ženy, které už rodily a vědí, co budou opět prožívat, ví, že i ta největší bolest odezní, a pak nastoupí již jen radost z narozeného dítěte. Přesto jsou více ve stresu a prožívají během porodu více negativních emocí. Z výzkumného šetření vyplývá, že častěji ztrácejí koncentraci multipary. Každá žena v průběhu porodu pocítuje stres. Tento výsledek z výzkumného šetření nás překvapil, domnívaly jsme se, že právě primipary budou více pocítovat negativní emoce.

Výzkumné otázka č. 7: Jsou častěji spokojené se zdravotní péčí multipary, nebo primipary?

K této výzkumné otázce se vztahuje dotazníková položka č. 13. Multipary (v 87%) byly více spokojeny se zdravotní péčí než primipary (78%). Domníváme se, že to může být způsobeno tím, že ženy, které již rodily své první dítě a byly spojeny s péčí, si vybraly tu samou nemocnici i k porodu druhého dítěte. Nespokojenost s péčí zdravotnického personálu uvedlo jen zanedbatelné množství dotazovaných žen.

Výzkumná otázka č. 8: Pociťovaly více negativní emoce primipary než multipary?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda negativní emoce po porodu více pociťují primipary nebo multipary. K zodpovězení této výzkumné otázky byly využity informace z dotazníkové položky č. 11. Primipary (27%) pociťovaly těsně po porodu negativní emoce více než multipary (3%). Negativní emoce během porodu mohou pociťovat i ženy, které se na dítě těšily, a dítě bylo plánované. Z dotazníkového šetření vyplývá, že ženy mají však více pozitivních emocí po porodu než negativních.

Výzkumná otázka č. 9: Jaké příčiny negativních emocí se objevují nejčastěji u multipar než primipar?

K zodpovězení této výzkumné otázky bylo využito informací z dotazníkové položky č. 14. Otázka zjišťuje, jaké příčiny negativních emocí se nejčastěji objevily u primipary. Ty uváděly v 33% plačtivost, 21% poruchy spánku a v 33% pocity selhání. Multipary uvedly jako nejčastější příčinu negativních emocí poruchy spánku 35%, ztrátu zájmu o sebe 23%, podrážděnost pociťovaly multipary v 20%. Důvodem rozdílnosti odpovědí může být například nezkušenost primipar. U multipar pak tento výsledek může být z důvodu, že ženy mají již doma dítě, o které se musí starat, a proto je péče o obě děti náročnější.

Závěr

Diplomová práce *Emocionální prožívání u žen pár týdnů po porodu* pojednávala nejen o emocionalitě ženy po porodu, ale zjišťovala, zda těhotenství bylo plánované nebo neplánované, i to jak, se žena cítila během porodu a zda jí někdo poskytoval emoční oporu.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda je emocionální prožívání u primipar a multipar odlišné. V celé práci bylo používáno označení žen jako: primipary - prvorodičky, druhorodičky - multipary. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 250 žen, dotazník byl zcela anonymní. Položky dotazníku byly předem dobře promyšleny, abychom zjistily všechny aspekty, které mohou ovlivnit emocionální prožívání ženy po porodu.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že emocionální prožívání primipar a multipar je odlišné, a že emocionální prožívání ženy po porodu ovlivňuje mnoho faktorů. Například zda je žena prvorodička nebo druhorodička to poté souvisí se zkušeností ženy z předchozího porodu, zda ženy měly partnera u porodu, přístup zdravotnického personálu.

Většina dotazovaných žen měla bezproblémové těhotenství. Z celkového počtu 250 žen měly jen 2 ženy (primipary) psychické problémy po porodu a vyhledaly odbornou pomoc. Zbylých 248 žen mělo to štěstí, že své těhotenství i období po porodu prožilo bez psychických problémů. Zvýšená citlivost u žen po porodu je častá a v určitých mezích i normální, dokonce i potřebná. Pro obě dvě skupiny žen jsou emoční podporou partneři. Většina primipar i multipar cítily po porodu pozitivní emoce. Objevovala se však emoční rozladěnost u obou skupin. U obou skupin měla emoční rozladěnost jiné znaky i řešení situace. Primipary řeší svoji situaci vyhledáváním společnosti, oproti tomu multipary se častěji věnují se rodině.

Poporodní deprese ovlivňuje kvalitu života nejen samotné ženy, ale i dítěte a společnosti, nelze ji tedy chápat jen jako problém psychiatrický, ale také sociální. Poruchy psychiky se mohou objevit po narození dítěte i u ženy, která do porodu žádné deprese neměla. Problém spočívá v tom, že neexistuje zřetelná hranice mezi tím, co je ještě v normě a co je už patologické.

Domníváme se, že prožívání každé ženy, ať už primipary či multipary, je velmi individuální. Mezi další faktory ovlivňující emociální prožívání ženy bude jistě patřit i vzdělání, sociální zázemí primární rodiny, povahové rysy a temperament ženy, strach z porodu a s tím související míra informovanosti. Velkým přínosem pro praxi by bylo

hlouběji zmapovat tuto tematiku, například pomocí případových studií, kde by bylo možné zohlednit i osobnostní a rodinné faktory ženy a vzájemně je porovnat.

Pevně doufáme, že výsledky našeho šetření budou přínosem pro odbornou veřejnost, jako jsou například zdravotníci pracovníci a pedagogové, i pro veřejnost laickou. Zjištěné informace mohou vést k větší informovanosti ženám, které očekávají narození potomka a těm, kteří se o problematiku emocionalitu ženy zajímají.

Resumé

Diplomová práce pojednávala o emocionálním prožívání žen pár týdnů po porodu. Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část byla rozdělena na tři kapitoly. První kapitola definuje emoce. Druhá kapitola nám dávala nástin těhotenství a průběh fyziologického porodu. Poslední kapitola vysvětluje poruchy psychiky.

V praktické části diplomové práce bylo provedeno výzkumné šetření- metoda dotazníkového šetření, kde byly sestaveny otázky týkající se emocí žen po porodu. Bylo i odpovězeno na výzkumné otázky, které byly stanoveny. Zjistila jsem, že záleží na mnoha faktorech a okolnostech, které ovlivňují emocionální prožívání žen po porodu.

Resume

The thesis dealt with the emotional experience of women a few weeks after birth. The work was divided into theoretical and practical part. The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter defines emotions. The second chapter we give an outline of pregnancy and during physiological childbirth. The last chapter explains Mental Disorders.

The practical part of the work was done research exploring - method of the questions test, which was prepared questions emotions of women after childbirth. It also answer the research questions that have been set. I found that it depends on many factors and condition affecting emotional experience of women after childbirth.

Seznam obrázků

Obrázek 1: Průběh emocí – emoční reakce mozku dle James- Langeovy teorie a podle Cannon- Bardovy teorie (Stuhlíková, 2002).....	9
---	---

Seznam tabulek

Tabulka 1 – K otázce č. 1	34
Tabulka 2 – K otázce č. 2	35
Tabulka 3 – K otázce č. 3	36
Tabulka 4 – K otázce č. 4	37
Tabulka 5 – K otázce č. 5	38
Tabulka 6 – K otázce č. 6	39
Tabulka 7 – K otázce č. 7	41
Tabulka 8 – K otázce č. 8	42
Tabulka 9 – K otázce č. 9	44
Tabulka 10 – K otázce č. 10	45
Tabulka 11 – K otázce č. 11	46
Tabulka 12 – K otázce č. 12	47
Tabulka 13 – K otázce č. 13	48
Tabulka 14 – K otázce č. 14	49
Tabulka 15 – K otázce č. 15	51
Tabulka 16 – K otázce č. 16	53
Tabulka 17 – K otázce č. 17	55
Tabulka 18 – K otázce č. 18	56
Tabulka 19 – K otázce č. 19	57

Seznam grafů

Graf 1 – K otázce č. 1	34
Graf 2 – K otázce č. 2	35
Graf 3 – K otázce č. 3	36
Graf 4 – K otázce č. 4	37
Graf 5 – K otázce č. 5	38
Graf 6 – K otázce č. 6	39
Graf 7 – K otázce č. 7	41
Graf 8 – K otázce č. 8	42
Graf 9 – K otázce č. 9	44
Graf 10 – K otázce č. 10	45
Graf 11 – K otázce č. 11	46
Graf 12 – K otázce č. 12	47
Graf 13 – K otázce č. 13	48
Graf 14 – K otázce č. 14	49
Graf 15 – K otázce č. 15	51
Graf 16 – K otázce č. 16	53
Graf 17 – K otázkám č. 17	55
Graf 18 – K otázkám č. 18	56
Graf 19 – K otázkám č. 19	57

Seznam zkratek

např. - například

s. - strana

apod. - a podobně

a kol. - a kolektiv

č. - číslo

atd. - a tak dále

Seznam příloh

Příloha č. 1 **Dotazník**

LITERATURA

- ATKINSON, R. L. 2003. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, ISNB 80-7178-640-3
- BINDER, T. a kolektiv. 2011. *Porodnictví*. 1. vyd. Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, ISNB 978-80-246-1907-1
- CAKIRPALOGLU, P. 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. 1. vyd. Grada Publishing, ISNB 978-80-247-4033-1
- ČAČKA, O. 1997. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. 1. vyd. Brno, ISNB 80-7239-107-0
- ČERMÁKOVÁ, B. 2008. *K porodu bez obav*. 1. vyd. Era Group, INSB 978-80-7366-114-4
- GEISEL, E. 2004. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha: Kosmas, ISNB 80-86356-32-9
- GOLEMAN, D. 2000. *Práce s emoční inteligencí*. 1.vyd. Praha: Columbus, ISBN 80-7249- 017-6.
- GREGORA, M. a kol. 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISNB 978-80-247-3081-3
- HARTL, P. 1996. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha, ISNB 80-901549-0-5
- HARTL, P. HARTLOVÁ, H. 2010. *Psychologický slovník*, 2. vyd. Portál, ISNB 978-80-7367-686-5
- CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Grada Publishing, ISNB 978-80-247-1369-4
- KASSIN, S. 2007. *Psychologie*. 1. vyd. Computer Press, ISNB 978-80-251-1716-3
- KELEMAN, S. 2005. *Anatomie emocí*. 1. vyd. Portál, ISNB 80-7178-836-8
- KENNERLEY, H. 1998. *Jak zvládat úzkostné stavy*. 1.vyd. Portál, ISNB 80-7178-2661
- KERN, H. a kolektiv. 1999. *Přehled psychologie*. 1. vyd. Portál, ISNB 978 - 80-262-0105-2
- KOUKOLÍK, F. 2005. *Mozek a jeho duše*. 3. vyd. Praha, Galén, ISBN 978-80-7262-314-3

- KUDELA, Milan. 2004. *Základy gynekologie a porodnictví*. 2. vyd. Olomouc, ISBN 978-80-2440-837-8
- LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, ISBN 978-802-4706-689.
- LENNART, N. 2007. *Těhotenství týden po týdnu*. 2. vyd. Praha, Svojtka & Co., ISBN 978-80-7352-887-4.
- MACHAČ, M., MACHAČOVÁ H., HOSKOVEC J. 1985. *Emoce a výkonnost*. 2. vyd. Praha, ISNB 14-498-88
- MYERS, D., 2004, *Psychology*. 7.vyd. New York, N.Y. : Worth Publishers, ISNB 0-7167-5251-4
- NAKONEČNÝ, M. 2011. *Psychologie*. 1. vyd. Praha Triton, ISNB 978-80-7387-443-8
- NAKONEČNÝ, M. 2009. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha Academia, ISNB 978-80-200-1680-5
- NAKONEČNÝ, M. 1998. *Základy psychologie*. 2. vyd. Academia, ISNB 80-200-0689-3
- PAŘÍZEK, A. 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Galén, ISNB 978-80-7262-653-3
- PIDRMAN, V. 2006. *Žena a poruchy nálady*. 1. vyd. Galén, ISNB 80-7262-462-8
- PLHÁKOVÁ, A. 2011. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha Academia, ISNB 978- 80- 200-1499-3
- PLHÁKOVÁ, A. 2003. *Učebnice obecné psychologie*, 1. vyd. Praha Academia, ISNB 80-200-1086-6
- ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. 1996. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1.vyd. Brno, ISNB 80-7013-230-2
- ROZTOČIL, Aleš. 2008. *Moderní porodnictví*. 1.vyd. Grada Publishing, ISBN 978-802-4719-412
- ŘÍČAN, P. 2009. *Psychologie*. 3.vyd. Portál, ISNB 978-80-7367-560-8
- SPOCK, B., 1992. *Vy a vaše dítě*, Victoria Publishing, a. s., ISNB 80-85605-25-2
- SCHULZE R., ROBERTS R., 2007. *Emoční inteligence*. 1. vyd. Praha: Portál, ISNB 978-80-7367-229-4

- TAKÁCS L., SEIDLEROVÁ J., a kol., 2012, 1.vyd. Univerzita Karlova v Praze, ISNB 978-80-7308-431-8
- TRČA, S. 2009. *Budeme mít děťátko*. 1.vyd., Grada Publishing, a.s., ISNB 978-80-247-2581-9
- TRČA, S. 2004. *Partner v těhotenství a při porodu*. 1.vyd. Grada Publishing, ISNB 80-247-0869-8
- STUHLÍKOVÁ, I. 2002. *Základy psychologie emocí*. 1.vyd. Praha: Portál, ISNB 978-80-7367-282-9
- VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Základy psychologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, ISNB 80-246-0841-3
- VOKURKA, M., HUGO, J. A KOL. 1995. 1. vyd. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, ISBN 80-85800-28-4
- WILDING CH., 2010. *Vliv emocí na osobní a profesní úspěch*. 1. vyd. Grada Publishing, , ISNB 978-80-247-2754-7

Internetové stránky:

- American Pregnancy Association, *Baby Blues*: [online]. [cit. 2015-11-3]. Dostupné z: <http://americanpregnancy.org/first-year-of-life/baby-blues/>
- Melichár, J.: *Baby blues*: [online]. [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/baby-blues/>
- Mental Health Association in Utah, *Emotional reactions and post partum depression*: [online]. [cit. 2015-01-7]. Dostupné z <http://www.babyyourbaby.org/pregnancy/after-pregnancy/emotional-reactions.php>
- Regenermelová, L. *Laktační psychóza*: [online]. [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: <http://laktacni-psychoza.zdrave.cz/laktacni-psychoza/>
- Šestinedělí, *Psychické změny*: [online]. [cit. 2015-08-7]. Dostupné z: <http://www.sestinedeli.cz/psychicke-zmeny/>
- Zacharová, E. *Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví*: [online]. [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/2593.pdf>

Časopis

- JEDLIČKOVÁ, M.. *Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekolocko-porodnického*, 2008, Praktická Gynekologie, 12 (2)

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde v současné době studuji obor Speciální pedagogika. V rámci svého studia právě zpracovávám Diplomovou práci s názvem „Emocionální prožívání u žen pár týdnů po porodu“. Ke splnění podmínek odevzdání diplomové práce je potřeba provést a zpracovat určitý výzkum.

Proto se obracím na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku, díky němuž bude možné tento výzkum provést.

Dotazník je zcela anonymní, Vaše odpovědi budou užity pouze za účelem zpracování diplomové práce. Neexistuje žádná „správná“ nebo „špatná“ odpověď, jedná se pouze o vaši zkušenost. U každé otázky můžete označit jednu nebo více odpovědí. Předem děkuji za Vaši spolupráci a přeji pěkný den

Bc. Pavlína Horká, tel. 737057600

1. Prosím zaškrtněte, jste- li :

- a. prvorodička
- b. druhorodička

2. Jak dlouho máte po porodu posledního dítěte?

12 měsíců

2 roky

5 let

10 let

Jiné

3. Jaký je váš životní stav

- a. žiji s partnerem

b. žiji bez partnera

4. Mateřství bylo:

plánované a chtěné

neplánované a chtěné

neplánované a nechtěné

5. Jak probíhalo těhotenství:

bez problému, byla jsem klidná, vyrovnaná na miminko jsem se těšila

mé těhotenství bylo rizikové

asistovaná reprodukce

6. U svého posledního porodu jsem kojila:

a. vůbec

b. jen v šestinedělí

c. do po půl roku

d. do roku

e. víc než rok

7. Pociťovala jste během těhotenství negativní emoce?

a. ano

b. Ne

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

Přirozený porod bez medikace

Přirozený porod s pomocí analgetik

Císařský řez

Porod s epidurální anestezií

Alternativní porod (porod do vody, na porodní vak, na porodní stoličce)

Porod doma

Porod protrahovaný (delší než 15 hodin)

S použitím vakuumextraktoru nebo kleští

9. Byl s Vámi někdo u porodu?

a. Ano

b. Ne

10. Ztratila jste v průběhu porodu koncentraci?

a. ano

b. ne

11. Jaké byly Vaše pocity těsně po porodu (první hodina po narození dítěte)

a. pozitivní

b. negativní

12. Která osob Vám byla emoční oporou po porodu?

partner

matka

kamarádka

jiná osoba (která)

13. Byla jste spokojena s chováním zdravotního personálu v průběhu porodu a na oddělení šestinedělí ?

ano

ne

14. Pociťovala jste po porodu některý z těchto příznaků? (možnost zaškrtnout více odpovědí)

Strach či úzkost

Apatie

Poruchy spánku (byla jsem unavená, ale nemohla jsem usnout)

Sebepodceňování

Podrážděnost

Vzteky

Plačtivost

Pocity selhání, nedostatečnosti

Obavy z budoucnosti

Sociální izolace

Nechutenství

Deprese

Ztráta zájmu o sebe

Obavy z finanční závislosti

Pocit naprostého selhání v roli matky

Vyvolávání konfliktů (s partnerem, s členy rodiny)

15. Jaké měly příčiny tyto emoce?

přijetí nové role

nedostatek odpočinku

nezkušenost

konflikt v rodině (nepřiměřené rady prarodičů)

opuštěnost

extrémní plačtivost dítěte

jiné (jaké)

16. Jak dlouho přetrvávaly negativní emoce u Vás?

nebyly vůbec

jen pár dní

šestinedělí

jeden měsíc

víc než 1/2 rok

1 rok

17. Vyhledala jste odbornou pomoc? (psycholog, psychiatr...)

ano

ne

18. Pomáhal Vám někdo starat se o dítě?

ano

ne

19. Jak jste se vyrovnávala s novou sociální rolí matky? (možnost zaškrtnutí více odpovědí)

a. Procházkou

b. Chtěla jsem být sama

c. Vyhledávala jsem společnost

d. Uvědomuji si to až nyní, že něco nebylo v pořádku

e. Sportováním

f. Kulturou (poslech hudby, knihy)

g. Jiným způsobem – jakým?

Děkuji Horká

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Pavlína Horká
Katedra:	Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Emocionální prožívání u žen pár týdnů po porodu.
Název v angličtině:	Emotional feelings by women a few weeks after birth.
Anotace práce:	Tématem diplomové práce je Emocionální prožívání u žen pár týdnů po porodu. Zkoumá prožívání prvorodiček a druhorodiček. Práce je věnována problematice těhotenství, porodu a poruchy psychiky žen po porodu. Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit bližší informace o emocích, těhotenství a poruch psychiky žen. A zda jsou nějaké rozdíly v těchto ohledech u primipar a multipar.
Klíčová slova:	emoce, těhotenství, porod, psychika žen po porodu, Baby blues, poporodní deprese
Anotace v angličtině:	Theme of thesis is The Emotional feelings for women a few weeks after birth. It examines the experience of primiparas and multiparous. The work is devoted to problems of pregnancy, childbirth and disorders of the psyche of women after childbirth. The main target of this thesis was to find out more information about emotions, pregnancy and disorders of the psyche of women. And if there are any differences in these respects by the first primiparas and multiparous.
Klíčová slova v angličtině:	emotions, pregnancy, childbirth,psyche by women after birth, Baby blues, postpartum depression after birth
Přílohy vázané v práci:	Dotazník
Rozsah práce:	83
Jazyk práce:	Český

