

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra primární a preprimární pedagogiky

Diplomová práce
Bc. Jana Tomašiová

**Emoce ženy v průběhu gravidity, porodu a kojení – informovanost matek dětí
předškolního věku**

Olomouc 2013

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

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a užila jen uvedených pramenů a literatury.

V Brně, dne 12. 3. 2013

.....

Děkuji PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a za velmi vstřícný a laskavý přístup.

Děkuji personálu gynekologicko-porodnického oddělení brněnské nemocnice za ochotu a pomoc při získávání praktických informací i za svolení k provádění výzkumu.

Obsah

Úvod	6
1 Základní charakteristika emocí.....	7
1.1 Emoce versus city	7
1.2 Klasifikace emocí.....	9
1.3 Determinační faktory emocí.....	10
1.4 Emoční inteligence.....	11
2 Gravidita	12
2.1 Příprava na rodičovství	13
2.1.1 Plánované početí	14
2.1.2 Neplánované početí.....	15
2.2 Těhotenství jako životní období	16
2.3 Psychická prožívání gravidních žen	18
2.3.1 Hormonální změny.....	20
3 Porod	23
3.1 Průběh porodu.....	24
3.1.1 První doba porodní.....	24
3.1.2 Druhá doba porodní.....	25
3.1.3 Třetí doba porodní.....	26
3.2 Bolest u porodu	27
3.3 Alternativní porodnictví	30

4	Období šestinedělí a kojení	33
4.1	Psychické změny v šestinedělí	34
4.2	Poporodní deprese.....	36
4.3	Kojení	39
5	Specifika vývoje dítěte předškolního věku	42
5.1	Dítě jako součást rodiny	43
5.2	Vývoj dětské osobnosti	44
6	Výzkum	46
6.1	Stanovení cílů a výzkumných otázek	46
6.2	Popis metody a vzorku	48
6.3	Hodnocení a výsledky šetření.....	50
6.4	Diskuze	78
	Závěr.....	83
	Seznam zkratk.....	86
	Seznam příloh	86
	Seznam pramenů a literatury	87

Anotace

Úvod

Narození dítěte je pro každou ženu nepřekonatelnou životní událostí, kterou však kromě velké radosti a pocitů štěstí doprovází i obrovské množství obav a nezodpovězených otázek.

Právě tyto otázky a nejistota mnohých žen mě vedly k zamyšlení se nad tímto tématem.

Dalším důvodem je i moje osobní zkušenost s touto problematikou. Již od útlého dětství jsem byla prakticky v každodenním kontaktu s porodním sálem, kde moje maminka pracovala a stále pracuje, proto mám k informacím týkajících se této problematiky snadný přístup a navíc jsem s ní již poměrně detailně seznámena.

Jedním z důvodů mého výběru je i obsáhlost tohoto tématu a jeho neustálá aktuálnost.

Dílčím cílem diplomové práce bude charakterizovat a vysvětlit některá životní období žen (období těhotenství, porodu a kojení), a to především z pohledu psychického prožívání žen.

Součástí diplomové práce bude i seznámení s dítětem jako členem rodiny i celé společnosti a také s některými vývojovými zvláštnostmi dítěte předškolního věku.

Cílem celé práce bude zjistit, zda byly ženy, prvorodičky, které k porodu přicházely před třemi až šesti lety, dostatečně a komplexně informovány o jednotlivých zmiňovaných obdobích. Informovanost o této problematice bude zároveň zjišťována i u současných prvorodiček. V závěru práce bude potom uvedeno srovnání informovanosti žen rodičích v současnosti a informovanosti žen rodičích před třemi až šesti lety.

Přínos diplomové práce spatřuji především ve zmonitorování stávající situace v oblasti informovanosti matek dětí předškolního věku o dané problematice ve srovnání s informovaností současných rodiček. Případná náprava nepostačující informovanosti bude doporučena na základě odborného vyhodnocení výzkumu a měla by sloužit k zajištění co možná nejklidnějšího a nejbezpečnějšího průběhu těchto významných životních etap.

Zároveň bude tato práce sloužit jako studijní materiál pro možné zájemce o tuto problematiku.

1 Základní charakteristika emocí

1.1 Emoce versus city

Mnozí autoři se domnívají, že pojmy „emoce“ a „cit“ jsou významově shodné. Např. F. Dorsch ve své knize *Psychologisches Wörterbuch* píše, že: „pojem citu se nedá definovat, nýbrž jen popsat, neboť city se nedají převést na nic jiného. Co vyjadřuje slovo cit v psychologické řeči, dá se proto nejlépe vyjádřit nominální definicí: city jsou zážitky jako např. radost, hněv, soucit, hnus atd. v tom se manifestují osobní postoje individua k obsahům jeho prožívání (vjemům, představám, myšlenkám), přičemž je ponejvíce významně akcentován pocit libosti nebo nelibosti, avšak nemusí to být charakteristické pro všechny city.“¹ Z toho je patrné, že tyto dva pojmy pokládá za prakticky shodné.

Naproti tomu R. S. Woodworth a D. Marquis uvádějí: „City jsou vědomé stavy různých druhů a intenzit, kdežto emoce jsou stavy vzrušení organismu individua. Oba autoři dále uvádějí: Každá emoce může být popsána v termínech pocitů, motorického vzorce odpovědi, organického stavu a druhu externí situace, která emoci vyvolává.“²

Pro tuto práci budeme považovat termín emoce a termín city za obsahově totožné.

Oblast emocí (citů) je jednou z nejdynamičtějších oblastí osobnosti. Je však zároveň nejhůře zkoumatelnou oblastí, protože prožívání je zcela individuální a odehrává se převážně uvnitř jedince. Z tohoto důvodu není možné emoce přesně popsat nebo pochopit emoce druhého člověka.

Ani většina odborníků se přesně neshoduje na definici emocí.

Například Průcha, Welterová a Mareš v *Pedagogickém slovníku* definují emoce jako: „Psychický stav pramenící ze subjektivního prožívání vztahu k něčemu či někomu (např. emoce lásky, nenávisti aj.). Může být v rozporu s racionálním hodnocením téhož vztahu či s objektivní skutečností.“³

„Emoce doprovázejí chování nebo jeho motivaci

Složky prožívání emocí jsou vědecky obtížně postižitelné.

¹ NAKONEČNÝ, 2000, s. 8

² NAKONEČNÝ, 2000, s. 9

³ PRŮCHA; WALTEROVÁ; MAREŠ, 1995, s. 61

Lze je podle vzniku rozdělit na:

- situační (kdy, kde, jak, za jakých doprovodných stavů je používáme),
- dimenzionální (složky štěstí podle V. Satury v dimenzích extáze – výkonu – ponoření se).⁴

Jiná literatura zase definuje emoce takto: „Emoce je komplexní stav vznikající v reakci na určité afektivně zabarvené zážitky. Intenzivní emoce obsahují přinejmenším šest složek. (...)

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

Ani jedna z uvedených složek není emocí sama o sobě. Emoce vznikají spolupůsobením všech z nich. Navíc jedna složka může působit na druhou.⁵

V knize Psychologie osobnosti P. Říčan píše: „Emocí rozumíme cit, který je její psychickou složkou, plus příslušné fyziologické dění a vnější chování. (Užívá se i termín *afekt*, který však má tu nevýhodu, že se jím někdy rozumí pouze prudká emoce.) Uznávají se čtyři základní vrozené emoce: vztek, strach, smutek a radost, případně i další. Jejich vrozenost nelze ovšem rozumět jejich přítomnost od narození.“⁶

Přehled psychologie od autorů Kerna, Mehla, Nolze, Petera, Wintespergera a kol. navíc uvádí: „William James prováděl před koncem minulého století výzkum emocí a domníval se, že nepláčeme proto, že jsme smutní, ale jsme smutní, protože pláčeme! Tento americký psycholog předpokládal, že emoce jsou samotné vnímané tělesné změny. (James-Langova teorie emocí. Christian Lange, dánský psycholog, došel k témuž pojetí jako James.) Bylo zjištěno, že v krvi osob, které právě pociťují strach, se hormon adrenalin vyskytuje ve

⁴ KERN; MEHL; NOLZ; PETER; WINTERSPERGER (a kol.), 1999, s. 81

⁵ ATKINSON, 2003, s. 389

⁶ ŘÍČAN, 2007, s. 101

větším množství, zatímco nadbytek hormonu noradrenalinu je typický pro zážitek hněvu. (Podle tohoto poznatku by byly tělesné děje podkladem a příčinou emocí.)“⁷

(...)

„Emoce je obecná aktivace plus dodatečná informace“⁸

1.2 Klasifikace emocí

Základní rozdělení emocí je na kladné a záporné. Jiné dělení citů rozlišuje city stenické, které podporují vychovatelnost a učení jedince, a city astenické, které zmiňovanou vychovatelnost a učení spíše brzdí či omezují. Tato rozdělení však nejsou ani zdaleka postačující, proto se klasifikací emocí zabývá dodnes mnoho odborníků.

Poměrně rozsáhlou klasifikaci emocí podal v roce 1965 německý filosof a psychiatr Karl Theodor Jaspers:

1. „Fenomenologické hledisko (druh bytí):
 - a) city s osobnostním přízvukem (můj smutek);
 - b) city s předmětným přízvukem (smutná krajina);
 - c) různé modality;
 - d) stavy bez obsahu.
2. Podle předmětů, na něž jsou city zaměřeny:
předmětem citů může být cokoli.
3. Podle původu:
city tělové, smyslové, duševní, duchovní.
4. Podle účelu, resp. Významu pro život individua:
 - a) city stenické (aktivizující);
 - b) city astenické (dezaktivující).
5. Partikulární a totální citové stavy:
tj. rozsah citu ve vědomí (pouhá citová akcentace či dominance citu, který vědomí „zaplavuje“.
6. Hledisko intenzity trvání:

⁷ KERN; MEHL; NOLZ; PETER; WINTERSPERGER (a kol.) 1999, s. 61-62

⁸ KERN; MEHL; NOLZ; PETER; WINTERSPERGER (a kol.) 1999, s. 61

city (krátkodobé s různou intenzitou), nálady (déletrvající city s různou intenzitou), afekty (krátkodobé, prudce se vybíjející city s velkou intenzitou), vášně (silné citové vztahy, dlouhodobé k určitému objektu nebo činnosti).

7. Hledisko jednoduchosti-složitosti:

pocity (jednoduché city), city (složitější obsahově).“⁹

Snad nejznámější dělení emocí hovoří o délce trvání a intenzitě. Jedná se o:

- Nálady – jsou to dlouhodobější psychické stavy, které nemívají příliš vysokou intenzitu
- Afekty – vyznačují se velmi vysokou intenzitou prožívání a obvykle krátkou dobou trvání
- Vášně – dlouhodobé emoční stavy s vysokou intenzitou prožívání

Jiné dělení emocí (citů) bývá uváděno například takto:

- a) Citové reakce
- b) Citové stavy
- c) Citové vztahy
- d) Vyšší city¹⁰

1.3 Determinační faktory emocí

Determinace je tzv. podmíněnost, nebo určení či vymezení určitého jevu, děje. Emoce determinují vnější i vnitřní podněty (determinanty), které na člověka neustále působí.

Mezi vnější determinanty lidské psychiky řadíme například prostředí, ve kterém se daná osoba pohybuje, v této práci bude oním prostředím především prostředí domova ženy a později prostředí porodnice či jiného porodnického zařízení. Dalšími vnějšími determinanty jsou sociální vlivy, které na ni z okolí působí, dále vliv rodiny, médií, události, které člověk prožil nebo právě prožívá atd.

Vnitřními determinanty rozumíme především základní potřeby každého člověka (viz obr. 1 Maslowova pyramida potřeb), dále momentální fyzický stav a v neposlední řadě i stav psychický.

⁹ NAKONEČNÝ, 2000, s. 63

¹⁰ NAKONEČNÝ, 2000

Dalším determinačním činitelem bývá i vlastní aktivita člověka. To v praxi znamená, že každý člověk má právo se sám rozhodovat o některých základních věcech, např. s kým tráví čas, co jí, jak dlouho spí, komu nebo čemu věnuje svůj volný čas atp. Do této oblasti můžeme zařadit rovněž i některé vlastnosti a povahové rysy člověka, jakými může být například nebojácnost, důvěřivost, zvědavost, statečnost, lenost,...¹¹

1.4 Emoční inteligence

Emoční inteligence je souborem několika schopností:

- „Znalost vlastních emocí: „vědomé rozpoznání citu v okamžiku jeho vzniku“, neboť uvědomování si svých citů je „nezbytné pro sebeporozumění a hlubší pochopení psychologie“; umožňuje to lepší rozhodování, např. koho si vzít za manžela nebo manželku.
- Zvládání emocí: je to schopnost „nakládat se svými city tak, aby odpovídaly situaci“, např. „zklidnit vlastní rozčilení, setřást ze sebe dnes tak běžné pocity úzkosti, sklíčenosti či podráždění“, je to schopnost vyvíjející se ze sebeuvědomování.
- Schopnost sám sebe motivovat: je to snaha zapojovat city do našich snah tak, aby vedly k získávání vědění, k tvořivosti a k úspěšné činnosti vůbec, což je spojeno se schopností odkládat uspokojení, ale také s potlačováním zbrklosti a dalšími schopnostmi.
- Vnímavost k emocím jiných lidí: také tato schopnost, označovaná jako empatie (vcítění), se rozvíjí s rostoucím „emočním sebeuvědoměním“, umožňuje poznávat to, co si druhí přejí.
- „umění mezilidských vztahů“: jde vlastně o rozvíjení a uplatňování empatie, neboť uspokojivé mezilidské vztahy závisí do značné míry na tom, zda je člověk „schopen vcítit se do emocí ostatních a přizpůsobit tomu svoje jednání“.¹²

Ve zkratce lze říci, že mluvíme-li o emoční inteligenci, jedná se o umění porozumění a přiznání si vlastních citů, o schopnost regulovat své city, nechat se „něčím“ oslovit, umět se naladit na jiné lidi a především umět s nimi bezkonfliktně žít ve společnosti.

¹¹ NAKONEČNÝ, 2000

¹² NAKONEČNÝ, 2000, s. 191-192

V obecné rovině můžeme emoční inteligenci nazvat vývojem citů od egoismu k altruismu, který je chápán jako tzv. emocionální zralost.¹³

¹³ NAKONEČNÝ, 2000

2 Gravidita

Gravidita neboli těhotenství či gestace je obdobím od početí do narození jedince. Pro mnohé ženy znamená naprostou změnu dosavadního života, nebo přinejmenším životního stylu. Je obdobím čekáním na dítě, a zároveň obdobím přípravy na roli rodiče.

„Emoční radar plodu je tak citlivý, že zachycuje i jemnější záchvěvy mateřských citů.“¹⁴ Každé dítě je již během prenatálního vývoje schopno citu a obvykle velmi silně vnímá a prožívá pocity matky. Je proto vhodné, aby se matka v těhotenství příliš nestresovala, nebyly na ni kladeny vysoké nároky a byla jí po celou dobu poskytována emoční podpora. Na základě vývoje plodu po dobu gravidity si dítě utváří vlastní sebeobraz, začíná sebe samo vnímat. Pokud matka v těhotenství prožívá převážně negativní emoce, může to na dítěti a především pak na jeho psychice zanechat vážné trvalé následky, které se později projeví chováním a povahou jedince a je velmi těžké je změnit. Například pocity méněcennosti, podřadnost, agresivity či nejistoty velmi často pramení už z prenatálního vývoje dítěte. Naopak pozitivní emoce, jako je radost, těšení se na dítě, pocity bezpečí a jistoty nebo štěstí zanechávají v dítěti příjemné pocity a dítě je po narození projevuje navenek jako sebejistotu, ohleduplnost, vstřícnost a lásku k sobě samému i k okolí.¹⁵

Období těhotenství je také označováno vzhledem k dítěti obdobím tzv. prenatálním. V tomto období se začínají vytvářet jednotlivé orgány, díky kterým by na konci těhotenství měl být plod schopen samostatného života. Měl by tedy zvládnout přijímat potravu, měl by mít vyvinuté základní reflexy – sací, polykací, vylučovací, jeho krevní oběh by se měl krátce po porodu osamostatnit a dítě by bezprostředně po porodu mělo samostatně začít dýchat. K vývoji jednotlivých orgánů významně přispívá životospráva matky.

V průběhu gravidity navštěvuje každá zodpovědná žena těhotenskou poradnu, která je obvykle součástí ordinace ženského lékaře, ke kterému žena běžně přichází. Po dobu celého těhotenství lékař kontroluje vývoj plodu, jeho stav a v neposlední řadě i stav matky. Používá k tomu různá měření a laboratorní vyšetření, např. krevní testy, odběr plodové vody, testy moči, pravidelné vážení a měření velikosti dělohy a růstu dítěte, dále ultrazvuková vyšetření a poslouchání srdečních ozvů dítěte.

„Těhotná je též označována jako gravidní žena nebo prostě gravida. Žena těhotná poprvé je primigravida, podruhé sekundigravida, dále tercigravida, kvartigravida atd. Poprvé těhotná

¹⁴ VERNY in MATĚJČEK, 1999, s. 16

¹⁵ Srovnej MATĚJČEK, 1999, s. 15 - 16

žena ve věku nad 30 let je z porodnického hlediska označována jako stará primigravida, rodí-li poprvé v tomto věku, pak je označována jako stará prvorodička (primipara).¹⁶

Literatura rozděluje těhotenství na tři části – trimestry. Jeden trimestr přitom odpovídá zhruba třem kalendářním měsícům. Celé těhotenství pak trvá přibližně devět kalendářních měsíců neboli deset lunárních měsíců.¹⁷

2. 1 Příprava na rodičovství

Během těhotenství je nejdůležitějším úkolem ženy připravit se a zaujmout roli matky. Tato úloha obvykle změní celý dosavadní život ženy, popřípadě i celého páru. Přijmout úlohu rodiče znamená především začít přijímat zodpovědnost nejen za sebe, případně za partnera, ale také za dítě.

Příprava na rodičovství spočívá nejen v materiální rovině, kdy je důležité pro dítě připravit bezpečné a zároveň podnětné prostředí pro jeho vývoj, ale také je důležitá i psychická příprava rodičů na příchod dítěte. Tato příprava by měla spočívat především ve zkušenostech se zvládáním stresových situací, ve vzájemné komunikaci s partnerem, s rodinou i s dítětem a v neposlední řadě také ve schopnosti relaxace a odpočinku všech členů rodiny. Tyto „dovednosti“ mohou být pro novopečené rodiče klíčové a mohou zároveň zajistit pohodu a klid v domácnosti i v zátěžových či nezvyklých situacích, kterých bude po narození dítěte velmi mnoho.

Existuje velké množství nejrozličnějších kurzů a seminářů pro nastávající rodiče a každý si tak může vybrat takový kurz, který nejlépe odpovídá jeho potřebám. Některé mohou být zaměřeny na zvládání stresu, jiné na rozvoj sebeovládání, či na osvojování některých konkrétních rodičovských dovedností, jako je např. koupání miminka, jeho krmení, přebalování a podobně. Ve většině těchto kurzů se však rodiče seznamují pouze s technikami. Vlastní zkušenosti a prožitky s vlastním dítětem mohou být, a obvykle bývají, odlišné. I tento fakt je třeba před nastoupením do jakéhokoliv kurzu vzít na vědomí.

Podle právních norem je narozené dítě nejčastěji v péči rodičů, kteří se tímto ujímají povinnosti pečovat o dítě, naplňovat jeho potřeby, vychovávat je a poskytovat mu vzdělání. Mimo základní biologické potřeby (viz obrázek č. 1 Maslowovova pyramida potřeb) je však

¹⁶ MACKŮ; MACKŮ, 1998, s. 31

¹⁷ MACKŮ, MACKŮ, 1998

nezbytné poskytovat dítěti i dostatek citů a zprostředkovávat mu své vlastní zkušenosti, dovednosti a návyky.¹⁸

2. 1. 1 Plánované početí

O plánovaném početí hovoříme v případě, že matka nebo v ideálním případě oba rodiče, s početím dítěte souhlasí, počítají s jeho narozením a tedy i s přijetím do rodiny a jsou na něj připraveni.

Plánované početí bývá provázáno také určitými přípravami. Matka například připravuje své tělo na plod takovým způsobem, aby dítě nebylo poškozeno. To v praxi znamená téměř vždy změnu dosavadního životního stylu, režimu dne i jídelníčku. Otec dítěte by se měl naopak snažit být ženě oporou, podporovat ji a především se o ni i o dítě zajímat. Zájem obou rodičů bývá velkou motivací k početí dítěte.

V současné době se často hovoří o plánovaném rodičovství v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce. Díky dnes již poměrně velkému množství nejrozličnějších antikoncepčních metod je snazší a spolehlivější otěhotnět až tehdy, pokud si to žena přeje. Mnoho párů v dnešní době chce mít nejprve dostatečné sociální zázemí, jisté pracovní místo nejlépe pro oba potenciální rodiče, dostatek naspořených financí a především své vlastní bydlení, do kterého své dítě přivedou. Je to dáno do velké míry i tím, že současná společnost je přeplněná stresem, ať již z důvodu „uspěchané doby“, finanční či citové nejistoty, příliš vysokých nároků na každého člena společnosti.

Ze zdravotního hlediska však není dobré s prvním těhotenstvím dlouho otálet. Především u žen platí pravidlo, že čím dříve otěhotní, tím vyšší bude pravděpodobnost zdravého vývoje plodu a snazšího porodu.

„Nejvhodnější bývá věk mezi 20. a 25. rokem. V tu dobu těhotenství většinou probíhá s nejnižším výskytem nepravidelností a porody mívají nejlehčí průběh.“¹⁹

Druhým nejvhodnějším, a dnes také nejčastějším, obdobím pro otěhotnění je věk ženy mezi 25. a 30. rokem. „v tu dobu dnes přichází na porodnická oddělení k prvnímu porodu 41% ze všech rodiček. Zasluhou odborných preventivních prohlídek v poradnách pro těhotné a lékařského vedení porodů probíhá těhotenství i porod těchto žen stejně příznivě jako u žen z věkové skupiny 20-24 let.

¹⁸ ČERMÁKOVÁ, 2008

¹⁹ TRČA, 2009, s. 13

Zlom nastává ve věku 35 roků. Těhotenství žen starších 35 let bývá provázeno větším výskytem nepravidelností a vzrůstá také nebezpečí poškození plodu během jeho nitroděložního vývoje.

Vyšší věk mužů se na výskytu vývojových vad plodu výrazněji neprojevuje.²⁰

Také pravděpodobnost toho, že se ženě vůbec podaří otěhotnět, se s přibývajícím věkem snižuje. U 30leté ženy na 30%, 35leté na 11% a 40leté na 3%.²¹

2. 1. 2 Neplánované početí

O neplánovaném početí hovoříme v případě, že žena s otěhotněním nepočítá, otěhotní i přes použití některé z antikoncepčních metod, nebo si neuvědomuje či nepřipouští následky nechráněného pohlavního styku.

V současnosti je nejčastější příčinou již zmiňované selhání antikoncepce.

Velkým rizikem neplánovaného početí je bezesporu tzv. neukázněný životní styl matky, který dítě ohrožuje nejvíce právě v prvních třech měsících po početí, kdy je plod nejnáchylnější na škodlivé působení vlivů z prostředí a tedy nejzranitelnější. Díky působení těchto vlivů se mohou objevit vážné zdravotní komplikace jak u matky, tak především u dítěte. V prvním trimestru vzniká velká většina vývojových vad plodu. Dítě může být poškozováno návykovými látkami, jakými bývají nejčastěji alkohol, tabák, či jiné silnější drogy. Dalším důležitým faktorem, který může plod poškozovat je přetěžování matky ať už fyzicky, či psychicky.

Neméně významná je pro matku a dítě i výživa a odpočinek. V dnešní době je velkým problémem pro většinu populace najít si čas na kvalitní stravování a věnování důkladné péče potravinám, které lidé konzumují. Právě nedostatek kvalitní stravy, vitamínů, bílkovin, vlákniny a mnoho dalšího, způsobuje u plodů nejrůznější druhy zdravotních problémů. Pokud matka nevěnuje svému jídelníčku již od počátku těhotenství důkladnou péči a pozornost, navíc konzumuje například i zvýšené množství alkoholu a jiných škodlivých látek, ohrožuje tím vážně zdravotní stav a někdy i život nejen svůj, ale i dítěte.

Dalším rizikem neplánovaného početí bývá velmi často i věk matky. Příliš mladé matky mívají většinou nedostatečné zázemí jak finanční, tak rodinné a také jim často scházejí mnohé

²⁰ TRČA, 2009, s. 13

²¹ Srovnej: MACKŮ; MACKŮ, 1998 s. 26

informace a této problematice. U starších matek bývá zase vysoké riziko vývojové vady, nejčastěji Downova syndromu.

Neplánované početí není totéž, co nechtěné dítě, přestože tyto dva pojmy spolu mohou velmi úzce souviset. Poměrně často se stává, že žena těhotenství sice neplánuje, ale když otěhotní, není to pro ni přítěží ani životním problémem. Navíc, pokud by početí, potažmo narození dítěte představovalo pro matku závažný problém, je v současnosti možné využít tzv. umělého přerušení těhotenství, tedy interrupce. Mnozí lidé však tento čin pokládají za nemorální či protináboženský, proto se raději rozhodnou dítě si ponechat. Rozhodnutí záleží vždy na rodičích, respektive na matce. Lékař do tohoto rozhodování obvykle zasahuje pouze v případě, kdy je u dítěte prokázána nebo velmi pravděpodobná nějaká vývojová vada. I tak však rozhodnutí o ukončení těhotenství zůstává na ženě.

Každé dítě pociťuje emoce své matky, učí se je rozlišovat, a proto i vycítí, když je matka nechce, popřípadě odmítá. U nechtěných dětí se zpravidla stává mnohem častěji, že jsou samovolně potraceny. Velmi pravděpodobně je to tím, že matka k dítěti nevyvíjí žádné, nebo vyvíjí pouze negativní citové vazby.²²

Může se stát, že nepříznivá životní situace nedovoluje matce, aby si své dítě ponechala. Mnohé ženy se však i přesto rozhodnou dítě odnést a po porodu jej svěřit buď do předem vybrané rodiny, (náhradní rodinu vybírá dle mnoha kritérií sociální odbor péče o rodinu), nebo je dítě svěřeno do péče sociálních ústavů (kojenecké ústavy, později dětské domovy a jiné). Existuje také možnost tzv. pěstounské péče, kdy je dítě svěřeno náhradní rodině, avšak biologická matka má právo za určitých podmínek a se souhlasem soudu a náhradních rodičů, po zlepšení stávající situace, své dítě převzít zpět do své péče.²³

2. 2 Těhotenství jako životní období

Již od početí, respektive od jistoty těhotenství, (potvrzení lékařem), se matka začíná na příchod dítěte připravovat. Je nezbytně nutné, aby žena už tuto přípravu nezanedbávala a především aby jednala tak, aby dítě nebylo žádným způsobem poškozeno.

Během těhotenství žena prožívá celkovou změnu v organizmu, bývá často unavená, cítí se vyčerpaná, mívá větší chuť k jídlu a zároveň různé „bizarní chutě“, mnohdy ji trápí ranní nevolnosti, zažívací potíže, především je velmi častá zácpa, či problémy s nízkým krevním tlakem a s tím souvisejícími mdlobami. Velmi často se u žen objevují radikální změny nálad,

²² Srovnej: VAGNEROVÁ, 2007, s. 67

²³ VAGNEROVÁ, 2007

může se vyskytnout i úzkost, strach, pocit osamělosti a nepochopení a v důsledku toho i plačtivost, podrážděnost či zvýšená nervozita.

Stejně jako ostatní životní období, i období těhotenství přináší pro každou ženu mnoho změn. Mezi hlavní změny patří bezesporu změny fyzické. Žena postupně přibývá na váze, mění se její postava, výrazně se zvětšuje břicho. Je to především z důvodu zvětšování dělohy, v níž se dítě vyvíjí. Děloha během těhotenství zvětší svůj obsah z původních 2-3 ml na až 500ml na konci těhotenství, což je velmi viditelný a v pozdějších stádiích gravidity i hmatatelný rozdíl.²⁴

Zároveň dochází i k dalším nepříjemným změnám, jako jsou potíže s vysokým krevním tlakem a v důsledku toho vznikající nejrůznější nemoci či poruchy. Nejčastěji se jedná o otoky nohou, zadržování vody v těle, či těhotenskou cukrovku. Obvyklá je i zvýšená kazivost zubů, nespavost a v důsledku zvětšování dělohy i častější močení. Žena se tává stále méně pohyblivou, později až neohrabanou, bývá často unavená a podrážděná.

Pro mnohé ženy představuje těhotenství také estetický problém nejen po dobu samotného těhotenství, ale i po něm. Například se jedná o ženy, které jsou zvyklé o sebe pečovat, nebo o takové které si ke své práci z nejrůznějších důvodů potřebují zachovat atraktivní vzhled, případně o ženy, které zažívají nepochopení a neúctu partnera či o ty, které dbají na estetiku i z jakýchkoli jiných důvodů. Pro tyto ženy může být těhotenství velmi nepříjemným problémem, neboť těhotenství zanechává na každé ženě viditelné stopy. Mezi nejznámější a nejdiskutovanější patří tzv. strie – malé jizvičky na kůži, objevující se v důsledku rychlého roztahování kůže především v oblasti břicha a prsů. Mezi další tělesné změny lze zařadit pigmentovou čáru, která se objevuje u velkého množství žen v oblasti pupku. Dále se setkáváme s poškozením těla v důsledku porodu (poškození vnějších i vnitřních rodidel, popraskání žilek v obličeji, „strhaná tvář“,...). Přestože se pohlavní ústrojí ženy již nevrátí do původní podoby a nezíská zpět svoji původní pružnost, po nějaké době je opět plně funkční a na pohled jen s nepatrnými známkami poškození.

V důsledku těhotenství, porodu a kojení se setkáváme u žen ještě s mnoha dalšími „kosmetickými problémy“, ale ta bývají narozením a zdravím dítěte často vykoupeny a zapomenuty.²⁵

²⁴ Srovnej: PARÍZEK, 2009, dostupné z: <http://www.porodnice.cz/tehotenstvi/jsem-tehotna-zdrava/zmeny-organismu-tehotne/tehotenske-zmeny-na-rodidlech> 7.2. 2013

²⁵ CHMEL, 2004

2. 3 Psychická prožívání gravidních žen

Neméně významné jako změny fyzické jsou však pro každou ženu i změny psychické. Přestože je těhotenství považováno za zcela přirozené období v životě každé ženy, může se stát, že žena toto období nezvládá natolik dobře, jak její okolí očekává. Je to především tím, že současná společnost klade na ženy velmi vysoké nároky. Ženy by měly být dobrými manželkami, hospodyněmi, zaměstnankyněmi, mnohdy i studentkami a samozřejmě i dobrými matkami. Ne každá žena je však na roli matky připravena, nebo tuto roli dokonce ani přijímat nechce. Právě to je stále ještě v současnosti považováno za „chybu“. Pokud žena odmítá, nebo nemůže mít děti, bývá na ni zpravidla pohlíženo jako ne méněcennou.

Na druhou stranu je věnována jen velmi malá pozornost těhotným ženám a především pak psychickému prožívání a celkově pocitům žen v průběhu těhotenství a během celého mateřství. Většina neúspěchů v těhotenství je připisována obecně známým a někdy i lehce úsměvným hormonálním změnám v těhotenství. Málokdo si ale uvědomuje, že přechod z role ženy do role matky může u žen vyvolávat zcela oprávněné pocity strachu, nejistoty a především pochybností o sobě samé.

Po počáteční radosti z početí dítěte se obvykle dostavuje u většiny žen strach. Jedná se o strach z neznámého, o strach o dítě, o společenskou prestiž, o změnu životního stylu, změnu vztahů s okolím a v neposlední řadě i o strach o zdraví dítěte i své. Pokud žena nemá v tomto období dostatek podpory, pochopení a možností svěřit se, dostává se často do těžkých psychických stavů. Mnohdy se může i rozhodnout, že odmítne tuto změnu přijmout, a že nesebere dostatek odvahy k tomu, aby se stala matkou. V těchto chvílích je, (stejně jako v celém průběhu těhotenství a později i mateřství), nezbytné věnovat ženě dostatek pozornosti, vyjádřit jí svoji podporu a důvěru a utužovat její rozhodnutí a odhodlání stát se matkou. Ženě obvykle postačí i méně podpory a utužování ve svém rozhodnutí ve chvílích, kdy si uvědomuje přítomnost a život svého dítěte, což se stává při pocíťování pohybů dítěte, při pohledu na dítě pomocí ultrazvukových a jiných přístrojů a především bezprostředně po narození dítěte. V těchto chvílích žena začíná pocíťovat mateřské pudy a výrazně se u ní rozvíjí láska k dítěti.

Žena prožívá ve velmi krátké době velké množství velmi silných emocí a zvažuje snad nejdůležitější rozhodnutí svého života. Zodpovědnost za toho rozhodnutí zůstává vždy na ženě, v nejideálnějším případě na obou rodičích dítěte.

Po přijetí rozhodnutí mít vlastní dítě se může stát, že se ženě z nějakého důvodu nedaří delší dobu otěhotnět. Tento faktor pak po vytouženém otěhotnění významně ovlivní vztah

ženy k dítěti a především v období těhotenství se zvyšuje a prohlubuje strach ženy o sebe samou i o dítě. Jindy se zase stane, že žena otěhotní dříve, než plánovala, což bývá obvykle opět hodnoceno jako zvýšený rizikový faktor, žena se ocitá ve stresu a často i ve strachu z náhlých změn z očekávání společnosti i blízkého okolí.

Tyto a mnohé další situace mohou u mnohých žen vést i k psychickým poruchám, které v některých případech mohou být klasifikovány i jako neurózy či psychózy.

„Neurózy a psychózy v těhotenství

Tato onemocnění se mohou v těhotenství projevit u konstitučně a dědičně disponovaných žen vlivem dalších zevních i vnitřních vlivů. Vyvolávajícím momentem jsou poruchy adaptace na těhotenství, negativní vztah k těhotenství, strach, sociální obtíže a konflikty.

Psychická porucha se projeví výraznými změnami emocionality, úzkostnými stavy a obavami – fobiemi, hysteroidními reakcemi a změnami v chování, např. kleptomanií. Některé psychické poruchy patří k obrazu jiných chorob v těhotenství: k eklampsii, zánětu mozku, chorei.

Těžké těhotenské neurózy a psychózy vyžadují vyšetření a léčení psychiatrem. Porod má být veden v ústavu a rodička musí být pod neustálým dohledem, zejména pak nedělka, poněvadž u psychoneurotických žen se často vyvíjí poporodní psychóza (tzv. laktační psychóza) se sebevražednými tendencemi.²⁶

Každá část těhotenství je typická různými změnami, odlišnými psychickými problémy, obavami a často i změnami vztahu k dítěti. Žena si postupně zvyká na těhotenství, později na dítě a nakonec i na roli matky.

„

I. trimestr je obdobím přijetí těhotenství.

Žena se v prvních měsících nejprve s těhotenstvím vyrovnává – a platí to i pro ženy, které si těhotenství velice přály. Nastávající maminka si uvědomuje, že vstupuje do jiné fáze života, že hodně ze svého „já“ bude muset opustit, že se změní její vztah k partnerovi, k rodičům, kamarádům, případně již k narozenému dítěti.

První tři měsíce těhotenství se vyznačují určitou rozladěností, náladovostí – vše pramení z nejistoty „co bude?“. U těhotných žen po IVF (umělém oplodnění), po předchozích

²⁶ MACKŮ; MACKŮ, 1998, s. 206

potratech je v tomto období psychická zátěž ještě větší. Pramení ze strachu z možného potratu nebo z obav z předchozího negativního zážitku.

II. Trimestr je obdobím přijetí plodu.

Žena začne vnímat pohyby, cítí, že v ní dítě skutečně je. Nastává období vyladění, vnitřního klidu. Budoucí maminka se učí dítě vnímat, povídá si s ním, zpívá mu, přes břicho ho hladí a představuje si, co dělá a jak vypadá.

III. Trimestr je období přípravy na porod a mateřství.

Začínají se hlásit myšlenky na porod, zda ho žena zvládne, zda je schopna se vyrovnat s bolestí u porodu.

Objevují se otázky typu – Narodí se zdravé dítě, přes všechny testy, kterými jsem prošla? Mám strach z toho, že se mé dítě narodí mrtvé. Mám strach, že nezvládnou péči o dítě po narození. Bojím se, že selžu jako rodička, jako matka...²⁷

Velká většina žen mívá těsně před porodem obavy, nejen z průběhu porodu a konce těhotenství, ale také ji často trápí obavy o zdraví a vlastní vzezření dítěte.

„Tyto obavy se často projektují i do snů. Těhotné ženy v kurzech vyprávějí až hororové příběhy o tom, jak jejich dítě ve snu vypadalo, kolik mělo nohou, rukou, jaký mělo obličej, jakým divotvorným, neuvěřitelným způsobem přišlo na svět a jak se k němu po narození chovaly. Sny mohou někdy vyjadřovat pocity, se kterými se žena nedokáže vyrovnat.“²⁸

2.3.1 Hormonální změny

Hormony jsou látky, které ovlivňují chemické reakce v organismu. Existuje několik druhů hormonů. Některé zajišťují růst organismu, jiné jsou vyplavovány ve stresových či emočně laděných situacích, další zajišťují vývoj a funkci pohlavních orgánů, rozklad látek v těle, produkci jiných látek lidským tělem atp. V této práci se však zaměříme pouze na hormony ženského těla a jejich produkci a funkci během období gravidity, porodu a kojení. Mezi základní ženské hormony patří především estrogeny, které ovlivňují menstruační cyklus, a jejich hladina se v závislosti na menstruačním cyklu neustále mění. Dalším, neméně důležitým ženským hormonem, je progesteron, který zajišťuje rozmnožování, podílí se na odvádění vody z těla a mimo jiné i na tvorbě tělu vlastních omamných látek, například opiátů.

²⁷ ČERMÁKOVÁ, 2008, s. 39

²⁸ ČERMÁKOVÁ, 2008, s. 39

Poslední skupinu ženských hormonů tvoří testosterony a androsterony, které, přestože jsou nazývány mužskými hormony, objevují se i v ženském těle a zabezpečují touhu po sexualitě a navíc významně ovlivňují ženskou psychiku. Různé druhy hormonů jsou více či méně produkovány v odlišném množství po celou dobu těhotenství, během porodu i po něm.

„V prvních týdnech těhotenství nepoklesne hladina hormonů progesteronu a estrogeneru, jak je to obvyklé ve druhé polovině menstruačního cyklu, nýbrž dále stoupá na vysokou úroveň, na které zůstane během celých devíti měsíců.“²⁹

Během těhotenství vytváří nejvíce hormonů placenta, která obklopuje a zároveň vyživuje dítě, navíc pravidelně zásobuje plod těmito „těhotenskými hormony“.

„Hormonální rovnováha během těhotenství je jedinečná: protože i-když mnoho žláz produkuje podstatně vyšší množství hormonů, nemají stejné účinky jako u ženy, která není těhotná.

Velké množství estrogenů je nutné k tomu, aby byl zvýšen objem krve, aby se připravily prsy a mnoho dalšího. Tato vysoká hladina estrogenů také vyvolává podstatně zvýšené vylučování angiotensinu II, který normálně zvyšuje krevní tlak. Kupodivu přesto těhotné ženy nemívají vysoký tlak, ba právě naopak, většinou trpí hypotonií (příliš nízkým tlakem). Pokud se u nich ovšem nevyvine odolnost, může velice rychle dojít k vykojení metabolismu (gestoze), k edémům (hromadění vody), náhlému abnormálnímu zvýšení tělesné váhy, zvýšenému vylučování bílkovin močí a silnému zvýšení krevního tlaku, k preklampsii, kterou je třeba co nejrychleji léčit, protože představuje akutní ohrožení života matky i dítěte. Těhotenství znamená nejen změnu ve vylučování pohlavních hormonů, nýbrž v této době se mění celý endokrinní systém. Například vylučování velkého množství placentálních hormonů znamená mnohem krásnější a mladistvější pleť, ale i její pigmentaci („těhotenské pruhy“). Zvýšená hladina progesteronu zvětšuje množství krve, a tak změkčuje tkáň, především dásně.“³⁰

Hormony pomáhají ženám i v průběhu samotného porodu. Důležitým hormonem, který je při porodu automaticky vyplavován do krve, je adrenalin. Díky adrenalinu se zvyšuje aktivita člověka, jeho krevní tlak i srdeční činnost. Spojením těchto změn dochází k porodní aktivitě ženy – rodičky, která tak s jejich pomocí je schopna porodit ve druhé době porodní své dítě. Zároveň adrenalin působí i na dítě, které je díky němu schopno přizpůsobovat se porodním

²⁹VOLLMER, 1999, s. 45

³⁰ VOLLMER, 1999, s. 45 - 46

změnám. Naopak vyplavování adrenalinu v první době porodní je pro matku i dítě škodlivé, neboť, omezují tvorbu hormonů oxytocinu a endorfinu, které pomáhají matce překonávat prvotní záporné pocity u porodu, probouzí u ní lásku k dítěti a působí také jako tělu přirozené opiáty.

Dalším úkolem oxytocinu je i tvorba mateřského mléka, zajišťuje proces kojení, a tedy umožňuje výživu dítěte. Navíc během porodu vyvolává děložní stahy a posiluje tak přirozený průběh porodu.

Endorfin je zase nazýván hormonem radosti, protože díky jeho schopnosti snižovat bolestivost a působit jako opiát vyvolává v těle matky pocity úlevy a štěstí. Zároveň zajišťuje láskyplné chování matky k dítěti a vyvolává u ní vřelý cit.

Prolaktin, jako jeden z mnoha dalších hormonů působí jako stimulant při tvorbě mateřského mléka v prsech matky.³¹

Po porodu dochází k velmi prudkému poklesu hormonů v těle matky. Příčinou tohoto jevu je porod čili odloučení placenty, která, jak je již uvedeno výše, je v těhotenství největším zdrojem a “dodavatelem“ hormonů pro matku a dítě. V důsledku náhlého poklesu hormonů dochází u matky zároveň k prudkým a náhlým změnám emocí, velmi často se objevují poporodní deprese, ať už jakéhokoliv rozsahu.

„Úhrnem lze říci, že pohlavní hormony jako estrogeny, progesteron (respektive gestageny) a androgeny mají v organismu ženy rozmanité funkce, které daleko přesahují rozmnožovací funkci. Kromě primárních a sekundárních pohlavních znaků (pochva, děloha, vaječníky, vejcovody a prsa) působí na pokožku, kosti, cévy, centrální nervový systém, na mozkové funkce, na psychiku a další cílové orgány. Podle cílového orgánu mohou tyto hormony podporovat růst, ale také mu zabraňovat. Tyto vlivy jsou na různých cílových orgánech zprostředkovány přes receptory. Pokud receptor chybí, nemůže příslušný hormon rozvíjet své působení.“³²

³¹ Srovnej ČERMÁKOVÁ, 2008, s. 96

³² VOLLMER, 1999, s. 55

3 Porod

Dalším velmi obávaným a náročným obdobím je období porodu. Matka i dítě jsou vždy pod velkým stresem jednak ze samotného průběhu porodu, jednak ze závěru porodu a také panují velké obavy o zdraví a mnohdy i o život matky i dítěte.

„Rodící žena je nazývána rodičkou – prvorodičkou (primiparou), druhorodičkou (sekundiparou), třetirodičkou (terciparou) atd., těhotná rodící popáté a více je mnohorodička.“³³ V této práci se však zabýváme pouze prvorodičkami, neboť jejich emoce bývají oproti vícerodičkám silnější. Prvorodičky zažívají přípravu na dítě a celkově na rodičovství poprvé, proto jejich prožitky a strach bývají od vícerodiček zcela odlišné.

Během porodu žena prožívá velmi silné emoce. Zpočátku převažuje strach a silná nervozita, často se objevují i úzkostné stavy.

Jakmile porod pokročí, žena obvykle propadá panice, přestává se ovládat, může pociťovat i beznaděj, bezmocnost a zažívat též pocity méněcennosti a vlastní neschopnosti. Tento pocit neschopnosti je pak často přesměrován na blízké okolí, které se snaží rodící ženě pomáhat a postupně přechází v obviňování druhých lidí.

Všechny tyto zmiňované emoce jsou však zapomenuty a přehlušeny pocity štěstí, velmi silných citových prožitků a návalů projevů lásky k dítěti ve chvíli, kdy je již porozeno a přiloženo k matce.

Pokud je u porodu přítomen i otec, zažívá i on velmi silné emoce různých druhů. Zpočátku stejně jako u ženy, dominuje strach. Mužův strach se na rozdíl od ženina strachu velmi liší. Zatímco žena se bojí bolesti, obává se o zdraví dítěte a o to, zda u porodu jako rodička uspěje a zda bude úspěšná i jako matka, otec má strach především o ženu. V dané chvíli nemá, a nemůže mít, vyvinutý tak silný vztah k dítěti jako matka, proto jeho strach je převážně o zdraví ženy. Muži také obvykle neuvažují v krizových situacích tolik nad budoucností, proto i obavy o to, zda budou správnými otci, jsou pro ně u porodu téměř vždy předčasné.³⁴

³³ MACKŮ; MACKŮ, 1998, s. 31

³⁴ MACKŮ, 1998

3.1 Průběh porodu

„Každý porod probíhá ve třech fázích. Říká se jim „porodní doby“. První fáze se jmenuje „otevírací doba“, druhá se jmenuje „vypuzovací fáze“, třetí fázi pojmenovali porodníci již před několika staletími „doba k lůžku“ (rozumí se plodové lůžko).“³⁵

I přes jasné členění porodu a poměrně přesné časové vymezení jeho trvání se občas stává, že se některý porod těmto „pravidlům“ vymyká. Všechny tři porodní doby se však během porodu musí uskutečnit a to v určeném pořadí.

Ať již porod probíhá přesně podle vymezených norem, nebo se nějakým způsobem liší, je pro každou ženu porod dítěte zcela jedinečným a neopakovatelným prožitkem, který se již neopakuje a to ani při druhém, třetím či dalším porodu téže ženy.

Porod je fyziologický proces, který ovlivňuje velmi mnoho faktorů, mimo jiné i psychika ženy, postoj společnosti k porodům, nebo ke zdravotnictví vůbec, starší dítě matky, partnerské vztahy atp. žádný z těchto faktorů nebude patrně při dalším porodu shodný s prvním porodem. Právě proto nelze očekávat shodnost dvou porodů. Navíc pokud se jedná o víceroďičku, bývá již na porod a na vše s ním spojené víceméně připravená a ví, co může očekávat. Z fyziologického hlediska bývá porod dalšího dítěte snazší a rychlejší, neboť porodní cesty už jsou od prvního dítěte na porod připraveny.³⁶

3.1.1 První doba porodní

První doba porodní je také nazývána dobou otevírací, neboť právě při jejím průběhu se začínají porodní cesty otevírat. Obvyklé trvání této doby je 6 – 12 hodin. Záleží na fyzické kondici rodičky, na jejím psychickém stavu a především na tom, zda se jedná o prvorodičku, či o ženu, která již dříve rodila. U prvorodiček tato fáze trvá obvykle déle, než u víceroďiček.³⁷

První doba porodní může začít dvěma způsoby:

- Odtokem plodové vody
- Pravidelnými kontrakcemi – děložními stahy.

Děložní stahy se často objevují i před samotným začátkem první doby porodní, avšak bývají nepravidelné a za krátký čas přestávají. Takovýmto stahům se říká „poslíčci“ a

³⁵ TRČA, 2009, s. 107

³⁶ TRČA, 2009

³⁷ Srovnej: MACKŮ; MACKŮ, 1998, s. 236

signalizují blížící se porod. Když se poslíčci objeví, není třeba navštěvovat porodnici ani lékaře. Jedná se o přirozený jev, který za čas sám odezní. Poslíčci pro ženu bývají značnou psychickou zátěží, neboť se poprvé setkává s bolestmi a s neznámými jevy. Na druhou stranu jsou však poslíčci pozitivní zkušeností a připomenutím života a aktivity dítěte. Žena zakouší bolestivé stahy a začíná se na tuto bolest, kterou u porodu pocítí, postupně připravovat.

V první době porodní dominuje u ženy především strach a silné obavy, zda všechno zvládne, strach z bolesti a z neznámého. První doba porodní je dobou přípravy na vlastní porod. Rodička bývá převezena do porodnice, či na místo, kde si přeje porodit, (některé ženy se rozhodnou porodit na doma, na různých klinikách či soukromých institucích, viz kapitola Alternativní porody). Po příchodu na porodní oddělení je žena vyšetřena, jsou sepsány všechny důležité dokumenty, tzv. porodopis, v němž budoucí maminka podepisuje souhlas s vedením porodu, souhlas s hospitalizací, pokud má zájem, podepisuje souhlas s porodem do vody a v tuto chvíli je možné předložit také vlastní porodní plán (viz níže). Zároveň žena předkládá i občanský průkaz, kartičku zdravotní pojišťovny a těhotenskou průkazku.

Rodiče dítěte by se měli před příchodem dítěte na svět společně dohodnout na jménu a především příjmení dítěte. Pokud jsou rodiče dítěte manželé, předkládají v porodnici oddací list. Pokud oddáni nejsou, předkládá žena svůj, případně i partnerův rodný list a k tomu navíc oznámení o příjmení dítěte, které musí být potvrzeno oběma rodiči na matrice. V tom případě se mohou rodiče dohodnout a vybrat si, jaké příjmení pro své dítě chtějí. V současné době se často stává, že si žena nepřeje uvádět otce dítěte. V takovém případě dítě dostává automaticky příjmení po matce.

Konec první doby porodní je udáván tzv. otevřením, či zánikem branky, čímž zároveň začíná druhá doba porodní.³⁸

3.1.2 Druhá doba porodní

„Druhá doba porodní začíná úplným rozvinutím branky a končí porodem plodu. U prvorodiček trvá asi 1 až 1 1/2 hodiny, u vícero diček 20 až 30 minut. Děložní stahy jsou častější, silnější a déle trvají. Přívlástek „vypuzovací“ vypovídá, že v této době je plod vypuzován porodními cestami.“³⁹

³⁸ MACKŮ, 1998

³⁹ MACKŮ; MACKŮ, 1998, s. 237

Psychika ženy se v těchto chvílích dostává do naprosto extrémních stavů. Žena prožívá velmi silnou paniku, často nevnímá okolí, nechce poslouchat rady a doporučení porodní asistentky a zcela se uzavírá. Po prvotním odmítání však nakonec dochází k překonání těchto obtíží a mnohdy i sebe sama a žena začíná vnímat a spolupracovat. Porodní asistentka však musí vydávat rychlé a jednoznačné pokyny, mluvit na rodičku klidným hlasem, pomalu, jasně a stručně. Důležité je připomínání blížícího se konce bolestí a utrpení, správné vedení dýchání a tlačení, aby nedocházelo ke komplikacím. Velmi vhodné je připomenutí zdraví miminka a také toho, že jediný, kdo nyní může miminku pomoci je právě rodička.

Velkou oporou může být při prožívání porodu i partner, který bude nastávající maminku podporovat, povzbuzovat ji a chválit, bude o ni pečovat a bude jí nablízku. Ovšem ne každý muž je v takto vypjaté situaci schopen se ovládat a zároveň ženu podporovat. Mnoho mužů pociťuje pocity viny a vlastní neschopnosti ženě pomoci, jsou z toho potom nervózní a spíše než by ženě pomáhali, jí ještě přidělávají starosti. Totéž platí i o mužích, kteří nesnesou pohled na krev, nebo kterým je nepříjemný i pobyt ve zdravotnickém zařízení.

Zdaleka největší emoce bývají projevovány na konci druhé doby porodní, kdy je porozený novorozenec přiložen k matce. Tyto okamžiky bývají velmi často označovány jako největší životní zážitky, pocity největšího štěstí, uspokojení a radosti. Žena sice ještě může pociťovat bolesti, ale obvykle je již nevnímá, bývá zcela oddána svému dítěti. Stejně tak i muž, pokud je přítomen u porodu, bývá v této chvíli dojat, je velmi obvyklé, že se často i rozpláče a pociťuje v této chvíli ke své ženě velký obdiv a lásku. Mnohdy se stává, že otec neví, jak se v tuto chvíli zachovat, jak jednat. Zároveň bývá otci nabídnuto přestřížení pupeční šňůry, což má v sobě značnou symboliku oddělení dítěte od matky. I tento okamžik je pro otce velmi emotivní a často nezapomenutelný.⁴⁰

3.1.3 Třetí doba porodní

Název „Doba k lůžku“, který je v odborné terminologii shodný s názvem „Třetí doba porodní“ se dnes již téměř nepoužívá, přestože je velmi výmluvný. Jedná se o dobu bezprostředně po narození dítěte, kdy ještě probíhá porod placenty, čili tzv. plodového lůžka, kdy žena už tolik nevnímá bolest a především odpočívá. Bývají také sešívána případná

⁴⁰ ČERMÁKOVÁ, 2008

porodní poranění, kontroluje se krvácení a dítě je obvykle osušeno, ošetřeno a ponecháno u matky.⁴¹

Je možné, že matka v této chvíli neprojevuje větší zájem o dítě, ale není to tím, že by dítě nechtěla, nebo že by se jí nelíbilo. Matka je v tuto chvíli velice vyčerpaná a nemá dostatek síly na péči o dítě ani na projevování emocí.

První okamžiky matky s dítětem však bývají těmi nejcennějšími ve vývoji jejich vztahu.

Otec zůstává s matkou a s dítětem, v případě potřeby matce pomáhá s péčí o dítě, nebo jí dle její potřeby a přání poskytuje podporu, případně fotografuje či komunikuje s personálem.⁴²

3.2 Bolest u porodu

Bolest je zcela přirozenou součástí porodu.

„Pro mnoho žen je bolest při porodu šokem, i když prodělají lekce přípravy na porod“⁴³

Před porodem, během něj a velmi krátce po něm pociťuje rodička bolesti převážně v podbřišku, později přechází i do vnitřních a zevních rodidel. Bolesti vznikají děložními stahy, napětím vazů a také tlakem hlavičky na pánev a pánevní nervy.

„Stahy jsou nejbolestivěji vnímány na konci první porodní doby. Ve druhé porodní době přistupují bolestivé pocity vyvolané roztahování měkkých porodních cest. Rozdíl ve vnímání bolesti za porodu ve srovnání se snášením bolesti při jiných chorobách tkví v odlišném psychoemocionálním zázemí. Stupeň vnímání je individuální, závisí na vnímavosti ženy a na průběhu porodu. Bolestivé pocity doprovázející porod byly odedávna považovány za neodmyslitelný průvodní jev porodu.(...) V učebnicích porodnictví ještě ve třicátých letech tohoto století bylo uváděno, že bolest při porodu je jedinou známou přirozenou bolestí, dokonce jí byl přikládán význam pro regulaci děložní činnosti. Tato stanoviska dokresluje skutečnost, že ve většině evropských jazyků je pro děložní stahy užíváno názvu „porodní bolest“.⁴⁴

Může se stát, že porodní bolesti překonají pro ženu únosnou hranici. V takovém případě žena přestává spolupracovat, ne zcela výjimečně omdlává a tím se výrazně ohrožuje a zpomaluje průběh porodu. V takové situaci, kdy žena jich nechce nebo není schopna dítě

⁴¹ Srovnej: MACKŮ; MACKŮ, 1998, s. 241

⁴² ČERMÁKOVÁ, 2008

⁴³ NICOLSON, 2001, s. 61

⁴⁴ MACKŮ; MACKŮ, 1998, s. 245 - 246

vlastní silou vytlačit, je nutné přistoupit s náhradním opatřením. Patří mezi ně například tzv. klešťový porod, porod tlakovým zvonem, nebo pokud je to ještě možné, porod císařským řezem.

Císařský řez je vlastně operace, při které je žena částečně nebo zcela uspána. Nepocítuje při tomto zákroku bolest, nebývá poškozováno vnější pohlavní ústrojí. Protože se však jedná o operaci, zvyšuje se, na rozdíl od přirozeného porodu, riziko ohrožení života především matky. Navíc celková nebo i částečná narkóza je často označována jako stav, který v určitých případech i mimo těhotenství může ohrozit život pacienta.

Vzhledem k velkému strachu z bolesti a také ke špatným schopnostem společnosti zvládání bolesti, je však i přes velká rizika a nepřirozenost tohoto zákroku, stále častěji vyhledáván zmiňovaný porod císařským řezem.

Kromě císařského řezu jsou v současnosti velmi hojně užívána i nejrůznější anestetika a analgetika, která snižují u rodících žen bolest. Tyto látky by však neměly být zneužívány a měly by být použity pouze v případech, kdy žena bolest opravdu nezvládá a ohrožuje svým chování zdraví svoje i zdraví dítěte. Při zbytečném použití těchto látek dochází často ke zbytečnému zkracování a urychlování porodu, což opět může být pro matku i dítě ohrožující. Mnoho žen ale i přes toto riziko nejrůznější medicínské preparáty vyžaduje a odmítá se smířit s faktem, že porod opravdu bolí, přestože každá žena má schopnost tuto bolest překonat, stejně jako tomu bylo dříve, dokud ještě tyto preparáty neexistovaly.

„Úspěchy vědy a techniky vedou na jedné straně k usnadnění života, na druhé straně k pohodlnosti, k neochotě překonávat překážky. Postupně došlo k vyčlenění porodu ze života a prostředí rodiny, k odtažení se od přírody. Souvisí to také se změnou pracovní náplně (hodně se omezila fyzická práce), se změnami stravovacích návyků.

Nemalý podíl na tom má také rozvoj informačních systémů – média prezentují porody různých osobností nebo nezvyklé porody jako senzaci. Stále více nás ovlivňuje obecná potřeba zviditelnit se – a na druhé straně snaha dojít ocenění ze strany partnera a okolí – za snadný porod, porod, který neobtěžuje okolí a nepoutá na sebe pozornost. Na uvedený postoj k porodu jako k něčemu nepřirozenému má vliv také předávání negativních prožitků porodu od matky k dceři.

Je tu ale i vliv medicíny s jejími často nepotřebnými zákroky: zkracování délky porodu, omezování rodičky v jejím přirozeném chování a v průběhu porodu (vleže na zádech nebo na boku) a znemožňování pohybu. A samozřejmě také nadměrné užívání léků – při jakýchkoli

potížích dnes žena překonává nelibé pocity (bolest hlavy, menstruační bolesti) tím, že sáhne po tabletce. Proč potom po ní nesáhnout také při porodu?“⁴⁵

Dříve byly porody natolik přirozené, že jim byla věnována jen zcela minimální, nebo i žádná, pozornost. Ženy především primitivnějších národů mnohdy musely zvládat porod během své každodenní práce. Ani po porodu jim nebyl poskytnut prostor pro odpočinek či pro nějakou rekonvalescenci. Matky se musely o své dítě ihned samy postarat, zabezpečit je a pokračovat v práci. Často byla k porodu přivolána „porodní bába“, která ženě pomáhala a radila s průběhem porodu. Muži nebývali u porodu dítěte přítomni. Jednalo se pouze o ženskou záležitost, avšak zcela přirozenou a normální.

„V posledních měsících těhotenství se často setkáváme se strachem žen z porodu a porodních bolestí. Špatná psychologická příprava žen na porod pak mnohdy vede k požadavku pacientek na porod císařským řezem. Strach z bolesti a obava o zdárný průběh porodu zvyšuje předporodní stres, který pak negativně působí na pocity rodičky, snižuje práh bolesti a zvyšuje její úzkost. Vhodná předporodní příprava a dostatečná informovanost žen toto riziko snižuje.“⁴⁶

Je prokázáno, že přítomnost třetí osoby u porodu výrazně snižuje potřebu medikamentů během porodu. Pokud má žena ve své blízkosti osobu, které důvěřuje, se kterou se navzájem dobře znají, může jí tato osoba výrazně pomoci při překonávání porodních bolestí. Žena totiž během těžkých chvil při porodu potřebuje nejen odborný medicínský přístup a speciální techniku, ale nejvíce jí pomáhá právě pochopení, povzbuzení a podpora okolí. Pokud je žena psychicky v dobrém stavu, probíhá i celý porodní proces daleko rychleji, snáze a bezpečněji.

Strach z bolesti a z celého porodu porodní bolesti jen zhoršuje. Díky pocitům strachu se zvyšuje napětí ve svalech a ty pak nejsou schopny aktivně pracovat, je omezeno zásobení plodu i matky kyslíkem a zvyšuje se tvorba hormonu adrenalinu, který v první době porodní porod brzdí a způsobuje zvýšenou citlivost na prožívání porodních bolestí.⁴⁷

Tlumení porodních bolestí lze provádět jak medicínsky, tak i přirozeně. Může se jednat například o vhodná dechová cvičení, úlevové polohy, tlakové masáže, pohyb, sprchování, pobyt v teplé vodě, teplo, nebo naopak chlazení, akupresura, relaxační techniky, atp.⁴⁸ Donedávna tyto postupy nebyly možné, rodička byla připoutána k lůžku a nemohla se

⁴⁵ ČERMÁKOVÁ, 2008, s. 92 - 93

⁴⁶ JANÁČKOVÁ.; WEISS, 2008, s. 116

⁴⁷ ČERMÁKOVÁ, 2008, s. 94

⁴⁸ KOPŘIVOVÁ, 2005, s. 28 - 30

svobodně pohybovat, což pouze zvyšovalo její bolest. Na druhou stranu mohl ale lékařský personál snáze zasahovat do porodu a lépe jeho průběh kontrolovat. Praktičnost těchto postupů však ani zdaleka nepřinesla porodnictví tolik, co přirozenost a především vyrovnaná psychika rodící ženy, proto se od těchto postupů dnes již upouští.⁴⁹

3.3 Alternativní porodnictví

V současné době je velmi moderní vymýšlet a využívat nejrůznějších alternativních přístupů, které pronikají prakticky do všech oblastí lidského života. Jednou z mnoha „zasažených“ oblastí je mimo jiné i zdravotnictví. Málokdo ale rozumí veškerým nabízeným variantám a je ochoten vzít na sebe veškerá rizika spojená s případným neúspěchem či selháním zvoleného alternativního postupu.

Tak právě vznikají často diskutované problémy s tzv. nedostatečnou a pochybnou péčí lékařů a celého zdravotnického personálu. Přitom informace, které se k pacientům, (a v některých případech i ke zdravotnickým pracovníkům), dostanou, bývají často zkreslené, neúplné a především subjektivně vykládané. Pacienti vědí, že je mnoho různých možností, ale nedokážou je díky nedostatku informací dostatečně zvážit a především přijmout odpovědnost za možné potíže a následky své vlastní volby.

Alternativní porodnictví je však vlastně pouze návratem k dřívějším přístupům k porodu. Dříve byl totiž porod považován za běžnou součást života. Alternativní porod by měl probíhat v takovém prostředí, kde se žena cítí dobře, nejlépe tedy tam, kde to žena dobře zná a kde se cítí bezpečně. Prostor, kde žena rodí je však možné i porodu přizpůsobit. Tedy je možné, aby žena rodila v porodnici, kterou sice tolik nezná, ale která se přizpůsobuje jejím přáním a požadavkům. Především se jedná o přístup zdravotnického personálu a o začlenění některých alternativních prvků či dokonce vlastního porodního plánu rodičky.

„Alternativní porod je takový porod, který probíhá jiným, než běžným klasickým způsobem. Pod pojmem klasické porodnictví rozumíme aktivní zasahování lékaře do průběhu porodního děje. Alternativní neboli přirozený průběh porodu vychází ze schopnosti matky porodit své vlastní dítě. Zdravotnický personál je od toho, aby ženě pomohl, ulehčil, aby ji podpořil a povzbudil, nikoliv však od toho, aby jí diktoval, co má dělat, jak se má položit, že má být potichu apod. Lékař a porodní asistentka respektují intuitivní chování rodičky, která má volnost pohybu. Snaží se minimálně zasahovat a nerušit intimní prostředí rodičky,

⁴⁹ KOPŘIVOVÁ, 2005

případně rodičovského páru. Vychází vstříc jejím či jejich přáním a požadavkům, což podporuje pozitivní emoce a usnadňuje ženě porodit bez stresu a strachu.“⁵⁰

Mezi prvky alternativního porodnictví patří taková materiální a osobní či osobnostní opatření, která pomáhají rodičce zvládat porod a jeho průběh co nejpříjemnějším a především nejpřirozenějším způsobem. Často se jedná o omezení nepříjemných a stresujících pocitů nejen matky, ale i dítěte.

V současnosti je nejčastěji využívaným alternativním prvkem přítomnost další osoby u porodu. Přestože je v současnosti již tato možnost považována za zcela přirozenou a normální, vychází z alternativní medicíny. Obvykle bývá touto osobou otec dítěte, či nějaká jiná rodičce blízká osoba. Poměrně častá je i přítomnost tzv. duly. Dula je soukromou osobou, která může být přítomna u porodu především jako psychická podpora matky, popřípadě jí poskytuje pomoc jako je například podávání chladivých obkladů, otírání potu, ovlažování rtů nebo různé masáže. Není kompetentní k vedení porodu, nepřebírá zodpovědnost za péči o matku ani dítě v průběhu porodu. Každá žena, pokud má zájem, může dula před porodem kontaktovat, seznámit se s ní a podle přání rodičky jí může pomoci například sestavit vlastní porodní plán. Dula potom obvykle doprovází ženu při porodu, ať už se jedná o porod v porodnici, doma, či v jiném prostředí.

Ať už se jedná o přítomnost otce, duly, či jiné osoby, musí být tato osoba předem informována o tom, co ji v následujících chvílích čeká, o možných komplikacích a o možnostech pomoci při porodu. Obvykle tato pomoc spočívá především v emoční podpoře rodičky, případně asistence na úrovni komunikace a poskytování pomoci dle přání ženy. Před samotným začátkem porodu je zároveň nutné, aby doprovod podepsal souhlas s přítomností u porodu a tedy i s dodržováním všech stanovených opatření a pravidel. Jedná se zpravidla o základní hygienická opatření nebo o stanovení možností míry zasahování do porodu. Zároveň je nutné poskytnout zdravotnickému zařízení některé osobní informace a velmi důležité je i prohlášení o bezinfekčnosti, aby nedošlo k ohrožení zdraví ženy či dítěte.

Poměrně velké množství žen využívá porod do vody, ke kterému jsou v porodnicích umístěny tzv. porodní vany. Tuto metodu mimo jiní zveřejnil francouzský porodník Michael Odent, který byl velkým příznivcem alternativního porodnictví. Odent kladl důraz především na omezení bolestivosti porodu, potlačení medicínských preparátů, které by mohly poškodit matku i dítě a také na prvotní prožitky dítěte v těsném spojení s matkou. Porod do vody je pro dítě přirozenější než běžný porod, neboť dítě bezprostředně po narození neprožívá tak velký

⁵⁰HLAVÁČKOVÁ, 2008, dostupný z: http://www.cestazeny.sk/zbornik_seminar_20081025.

teplotní šok, navíc voda, která dítě obklopuje, je pro něj také prostředím velmi podobným mateřskému tělu a plodové vodě, ve které se dosud vyvíjelo.⁵¹

Dalšími prvky alternativního porodnictví jsou například porodnický vak, žebřiny, závěs, porodní stolička, porodní balon, atd.

Některé ženy si vybírají k porodu určitou hudbu, kterou jim personál nemocnice pomocí techniky během porodu nechá přehrávat. Dalšími nestandardními prvky je například zatemnění místnosti, aby dítě neprožívalo šok nejen teplotní, ale i světelný. Toto opatření však může být pro matku i dítě zároveň nebezpečné. Díky nedostatečnému osvětlení není umožněno porodní asistentce či lékaři dostatečně sledovat průběh porodu a může tedy snáze dojít ke zdravotním komplikacím.

Dalším alternativním prvkem, který je dnes už běžně používán, je přikládání dítěte k matce bezprostředně po narození, obvykle ještě před přestřížením pupeční šňůry. Zastáncem tohoto postupu byl i známý francouzský porodník Frederick Leboyer, který velmi kritizoval stresující vlivy, které během porodu působí na dítě i na rodičku. Uvedl to i ve své publikaci „Porod bez násilí“, ve které zároveň navrhl, aby ženy rodily v menších tichých místnostech s jemným osvětlením, což pro ženu i dítě nepředstavuje tak velkou změnu prostředí, neosobní přístup personálu a je pro ženu i dítě daleko méně stresující. Pupeční šňůru doporučoval přestřihávat až potom, co přestane tepat. To však bylo mnoha odborníky kritizováno, kvůli průtoku krve zpět do placenty a s tím spojenými riziky.⁵²

⁵¹ Srovnej: MACKŮ; MACKŮ, 1998, s. 250 - 251

⁵² Srovnej: MACKŮ; MACKŮ, 1998, s. 251

4. Období šestinedělí a kojení

Žena, která je po porodu, je nazývána „šestinedělkou“ nebo také „nedělkou“.

Šestinedělí je obdobím zhruba šesti týdnů po porodu. V této době se ženské tělo začíná postupně navracet do stavu, v jakém bylo před začátkem těhotenství. Samozřejmě tyto změny probíhají i po ukončení šestinedělí, avšak právě v tomto období bývají zásadní a nejradikálnější.

Zásadní změny probíhají mimo psychické oblasti i v oblasti fyzické a to nejvíce v tělesných orgánech, které nějakým způsobem zajišťovali růst, vývoj, výživu a později i porod dítěte. Jedná se především o hojivé procesy porodních cest a jejich poranění, dále o změny v děloze, která se postupně zavínuje, zmenšuje a vrací se do původní polohy. Během zavínování dělohy probíhají i očistné procesy, díky kterým jsou z dělohy a porodních cest vyplavovány tzv. očistky. Během šestinedělí je celé pohlavní ústrojí velmi náchylné k infekcím a doporučuje se proto velmi častá a důkladná hygiena. Po každém použití toalety je vhodné se například sprchovat, nepoužívat žádné parfemované přípravky a nechávat dostatek prostoru pro proudění vzduchu k zevním rodidlům i k prsům.

Během období šestinedělí je důležitý i dostatek vhodného pohybu, především pak gymnastiky k posilování pánevního dna, možné jsou i procházky nebo jednoduché protahovací cviky. Zásadně se nedoporučují velké sportovní výkony či nadměrná fyzická námaha, neboť matka je po dlouhém období těhotenství i po porodu vyčerpaná a její tělo by nemuselo zvýšenou námahu dobře zvládat.

Zároveň je nezbytné i v tomto období dodržovat správnou životosprávu. V žádném případě není vhodné užívat jakékoliv návykové látky, jakými jsou nejčastěji alkohol či tabákové výrobky. Tyto látky mohou totiž mimo jiné i zastavit tvorbu mateřského mléka. Veškeré látky, která žena přijme, přecházejí skrze mateřské mléko do těla dítěte a mohou je vážně a nezvratně poškodit. Proto i strava, kterou matka po porodu přijímá, by měla být bohatá na vitamíny a minerály, měla by být vyvážená a kvalitní. Mimo prvních tří měsíců těhotenství je období šestinedělí nejzranitelnějším obdobím pro matku i dítě, zvláště pak pro jejich zdravotní stav.

Vzhledem k velmi častým a bolestivým porodním poraněním, mezi které může v některých případech patřit i vyřeznutí části tlustého střeva a tím způsobený vznik hemoroidů, je třeba brát při stravování šestinedělky ohled i na rizika spojená s těmito možnými problémy. Strava by měla tedy obsahovat velké množství vlákniny a měla by být

„hladká“, aby nedocházelo k poškození konečníku.⁵³ Velmi častým problémem u žen po porodu je i zácpa, která trápí většinu žen. I k těmto potížím je nutné přihlížet při sestavování jídelníčku pro šestinedělky a snažit se připravovat jídla tak, aby nebyly matce přidělovány další nepříjemné prožitky. Zároveň je třeba se vyhybat potravinám, které způsobují nadýmání a plynatost, průjmy atd. tyto problémy mohou být opět přenášeny mateřským mlékem do těla dítěte.

Po návratu z porodnice je vždy zapotřebí, aby žena dostatečně odpočívala a relaxovala. Je toho zapotřebí nejen kvůli psychické pohodě, ale také pro zajištění fyzické kondice a návratu sil, které těhotenstvím a porodem matka ztratila.⁵⁴

„Nejdůležitější částí denního programu je kojení. Je závislé na tvorbě mateřského mléka.“⁵⁵

4.1 Psychické změny v šestinedělí

Porodem placenty dochází k odloučení orgánu, který v posledních devíti měsících zásobil tělo extrémním množstvím hormonů. Právě díky odloučení placenty zaniká v krátké chvíli tento zdroj hormonů, což výrazně ovlivňuje vnitřní prostředí ženy.

Navíc prodělaný extrémně emotivní zážitek zanechává na ženě a především pak na její psychice velmi výrazné následky.

Během prvních čtyř až pěti dnů po porodu bývá obvykle žena i s dítětem v porodnickém zařízení, kde je o ně oba ve všech směrech postaráno. Je jim oběma zajištěna trvalá odborná zdravotnická péče, dále jim je zajišťována vhodná strava, teplo, bezpečí, čistota prostředí a také personál, který je připraven mamince s péčí o dítě pomáhat a poskytovat odborné rady. Žena se tedy nemusí starat o domácnost, nemusí mít větší obavy o to, zda se o miminko stará správně, nemusí uvažovat nad stravou a nemusí ji ani obstarávat, atd. Po příchodu z porodnice se vše změní. Dítě pocítuje změnu prostředí, ztrácí pocit bezpečí a dává to najevo hlasitým pláčem. Je proto nezbytné, aby matka věnovala dítěti dostatek svojí pozornosti a péče a aby se alespoň z počátku o domácnost a její chod staral někdo jiný. V ideálním případě to bývá manžel, tedy tatínek. Dopomoci však může i ženina matka, či jiná příbuzná. Tato osoba by mimo materiálního zabezpečení a úklidu domácnosti měla zabezpečovat i psychiku ženy,

⁵³ Srovnej KOPŘIVOVÁ, 2005, s. 51

⁵⁴ KOPŘIVOVÁ, 2005

⁵⁵ TRČA, 2009, s. 134

kteřá může být v důsledku momentálních i prožitých změn značně narušena. Důležitá je emoční podpora a vyjádření podpory novopečené mamince.

Velkou podporou mohou být v těchto chvílích ženy, které mají stejné problémy. Například maminky, které mají stejně nebo podobně staré děti, si v této době mohou navzájem poskytovat velkou oporu a ujišťovat se v tom, že jejich problémy nejsou jen nedůležité maličkosti, ale že mají skutečnou váhu, a především, že na tyto problémy není žena sama. Společně sdílené a prožívané starosti i radosti, předávání zkušeností, rozhovory o dětech i o sobě samých jsou pro téměř každou ženu osvobozující a udržují ji ve společnosti. Přestože blízké osoby, kterými jsou například členové širší rodiny či dlouholeté kamarádky mohou sice nabídnout pomoc i v tomto směru, ale i přes veškerou snahu je neustálé povídání o dítěti a jeho denně se opakujících činnostech, začne časem nudit. Není to způsobeno nezájmem o matku, ale pokud daná osoba neprožívá v blízké době totéž, nechápe a ani chápat nemůže neustálé zaujetí matky dítětem a „malichernými problémy“, které v souvislosti s dítětem matku trápí. Na druhou stranu není matka „nenormální“, že se stále jen zajímá o dítě a s ním spojené starosti. Toto chování je naprosto běžné, naopak by bylo nevhodné a alarmující, kdyby se matka o dítě nezajímala a dítě pro ni neznamenaloby nejdůležitější objekt zájmu. Toto období však je jen přechodné. Po čase matka získá nad těmito problémy nadhled a postupně začne upřednostňovat i jiné typy rozhovorů, než pouze ty o dítěti. Vráti se tak do svého místa ve společnosti, začlení se zpět, ale již nikdy nebude stejná jako dřív, neboť prodělala snad největší změnu svého života, stala se matkou.⁵⁶

Role matky, na kterou se žena během těhotenství připravuje, a kterou si v období po narození dítěte osvojuje, je dalším důvodem možných psychických problémů. Touto problematikou se zabývá poměrně mnoho autorů a je jí věnováno nesčetné množství publikací. Například v knize Marie Vagnerové je uvedeno:

„Role matky je sociálně vysoce ceněna, má značnou prestiž. Na druhé straně má společnost ve vztahu k matkám dosti vysoká, v něčem až nerealistická očekávání. Standardní pojetí dobré matky zahrnuje představu, že matka má být ve své roli jednoznačně šťastná a její dítě, i péče o ně, ji má naplňovat pouze pozitivními city. Ve skutečnosti je to často jiné, mateřství přináší i problémy. Péče o malé dítě není spojena jen s pozitivními zážitky, ale může být prožívána jako stereotyp, může být unavující a frustrující. Idealizující očekávání společnosti neodpovídá reálným možnostem. Tento rozpor vede ke zklamání, vyvolává pocity

⁵⁶ TRČA, 2009

vinu nebo stimuluje hledání jiného viníka a celkově zvyšuje tendenci reagovat nějakým obranným mechanismem.“⁵⁷

I přes velmi silný citový vztah k dítěti mohou u žen převažovat negativní emoce, jako především strach, obavy, nejistota a úzkost. Takovéto stavy doprovází velkou většinu žen a říká se jim poporodní deprese (viz. níže).⁵⁸

4.2 Poporodní deprese

„Zdá se, že termín poporodní deprese se používá pro emoční a psychiatrické obtíže po porodu nespecificky jako „vše postihující“ diagnóza. Avšak širší forem deprese, kterou zahrnuje, je zřejmě velmi odlišná ve svých projevech a tudíž zřejmě i ve svých příčinách.“⁵⁹

V důsledku hormonálních, tělesných i psychických změn se velmi často stává, že žena v poporodním období, respektive v období šestinedělí prožívá tzv. ubrečené dny, které v některých případech mohou přecházet i v poporodní deprese. Ženy často pláčou, aniž by znaly příčinu pláče, přestože jsou šťastné, mají dobré rodinné zázemí, spolupracujícího a ohleduplného partnera, zdravé dítě. Tento jev je zcela normální a přirozený. Z velké části je to způsobeno právě vlivem hormonálních změn, ale také změnou dosavadního způsobu života a přijetím rodičovské role, uvědomováním si svého již narozeného dítěte. Tyto psychické změny jsou velmi běžné a několik dní po porodu je prožívá více přibližně jedna třetina až 90% všech žen - matek.⁶⁰

Další příčinou poporodních depresí může být i neschopnost přijetí dítěte za své. Mnohé matky si uvědomují, že narozené dítě je jejich dítětem, ale často nedokážou tento fakt přijmout a ztotožnit se s ním. V extrémních případech těžkých poporodních depresí se může stát, že matka se ke svému dítěti nehlásí, odmítá je, nebo se jej dokonce pokouší nějakým způsobem zbavit. Objevují se i případy útoků na děti, jejich týrání, nebo pokusy o zabití.

Nežřídka se stává, že žena k sobě samé, především ke svému tělu, nebo ke svému neovladatelnému chování, pociťuje po porodu nepřekonatelný odpor a může se pokusit ublížit i sama sobě. Pokusy o sebevraždy nejsou ve statistikách výzkumů poporodních depresí také ničím výjimečným.

⁵⁷ GJURIČOVÁ in VAGNEROVÁ, 2007, s. 227

⁵⁸ VAGNEROVÁ, 2007

⁵⁹ NICOLSON, 2001, s. 34

⁶⁰ Srovnej NICOLSON, 2001, s. 8

V těchto extrémních případech je vždy nezbytná akutní a dlouhodobá lékařská (obvykle psychiatrická) péče a soustavná léčba.

Ať už se jedná o extrémní, tedy rozvinutou poporodní depresi, nebo jde „jen“ o plačtivé dny, ženy si většinou neuvědomují, že se potýkají právě s poporodními depresemi. Považují tento svůj stav za důsledek porodu a s tím spojených změn a myslí si, že je jejich povinností tento stav překonat a začít se co nejdříve chovat obvyklým způsobem. Může se však stát, že se ženám nedaří ihned tyto stavy překonat, a proto mnohé z nich propadají zoufalství, zaměřují se na svoji vlastní „neschopnost překonat se“ a tím svůj stav ještě zhoršují.

„Některé mladé maminky bývají v prvních dnech po porodu unavené tělesně i duševně. Uvědomují si, že do každodenního života přistupuje péče o dítě a obávají se, že svou novou roli nezvládnou. Vedle radosti z narozeného děťátka mívají i stavy nejistoty a skleslosti. Bývají bez příčiny plačtivé.“⁶¹

Přestože je v ženě už od doby těhotenství vyvinutý velmi silný vztah k dítěti, někdy je pro ženy změna způsobená narozením dítěte natolik velká, že nedokážou svůj vztah k dítěti navenek projevovat. V ženě-matce jsou city k dítěti hluboce zakořeněny již od pradávna, nejsou nijak nařizovány, kontrolovány či ovlivňovány. Jedná se o tzv. mateřský pud, nebo také mateřský instinkt. Některé ženy může po narození dítěte rozvinutí a uvědomění si tohoto instinktu velmi zaskočit a v podstatě změnit její přístup k dítěti, k celému okolí i k vlastním hodnotovým prioritám.

V současnosti bývají děti ihned po narození přikládány k matce a zůstávají u ní, vyjma nezbytných vyšetření, už trvale. Tomuto procesu se říká „Rooming in“ a je velmi podporován především pro rozvíjení vztahu matky k dítěti i dítěte k matce. Pro některé ženy po porodu je však neustálá přítomnost dítěte obtěžující. Mnoho matek především po těžších porodech není dnes schopno se o své dítě ihned po narození starat, potřebují odpočinek a klid po porodu a pláč dítěte je v této době po porodu znervózňuje a ruší. Ve společnosti je však upřednostňováno společné soužití matky a dítěte ihned po porodu a různými odborníky je za každou cenu doporučováno. Matky, které požádají o pomoc, nebo na čas o odloučení od dítěte často samy sebe vnímají jako neschopné a mívají výčitky svědomí, že své dítě „odložily“. Cítí se obvykle jako sobecké bytosti, které před potřebami dítěte a společnosti upřednostňují své potřeby a svá přání.⁶² Na tomto postupu však není nic špatného. Je totiž potřeba, aby matka na péči o své dítě nabrala dostatek sil, které nejlépe nabere dostatkem spánku a odpočinku. Jakmile se mamince udělá lépe a dostatečně se zotaví, může se zase o své miminko

⁶¹ TRČA, 2009, s. 133

⁶² Srovnej NICOLSON, 2001, s. 65

samostatně starat a věnovat mu veškerou svoji lásku a péči. Miminko krátkou dobu odloučení bez problémů a bez následků zvládne.

„Pro kliniky ze všech souvisejících oborů je velmi důležité, zda ženy známky a příznaky PPD projevují. Avšak toto z odborné literatury není vždy jasné. Termín PPD volně v sobě zahrnuje různé „stavy“. Oakleyová (1979) toto označila jako: a) přecitlivělost, která představuje plačtivost a úzkost v období 2-10 dnů po porodu, což se obvykle považuje za přechodné (Pitt, 1968; Harris, 1981; Kendell a kol., 1984; York, 1990); b) depresi a úzkost z příchodu s dítětem domů, která trvá jeden nebo dva týdny (Cox a kol., 1983); c) depresivní „nálady“, kdy se během asi tří měsíců po porodu střídají dobré a špatné dny (Oakley, 1980); d) klinickou depresi, která je trvalejší a zahrnuje i další příznaky jako je ztráta chuti k jídlu a poruchy spánku (Hopkins a kol., 1984; Dalton, 1989).“⁶³

Lze říci, že poporodní deprese je něco jako vnitřní rozpor v pocitech a prožitcích ženy, která se snaží vyrovnat se svojí novou životní rolí, přijmout ji a plně se jí věnovat. Přestože mnohé ženy se na své dítě velmi těší, pociťují k němu silný vztah a snaží se mu věnovat veškerou pozornost a náležitou péči, nejsou mnohdy schopné vnitřně tento fakt přijmout a vyrovnat se s ním. Na jedné straně si uvědomují přítomnost dítěte, na stranu druhou si neuvědomují a nepřipouštějí, že dítě je skutečně jejich, a že ony jsou jeho matkami.

V takových případech hraje velkou roli podpora rodiny a blízkých osob. Měli by ženě nabídnout především možnost o svých pocitech mluvit, projevit jí účast a mít s ní trpělivost. Není vhodné v těchto chvílích pocity a prožitky ženy bagatelizovat, zlehčovat nebo je nějakým způsobem přecházet. Žena musí vidět zájem ze strany okolí, musí se cítit být pochopená a vědět, že na své problémy není sama a také, že žen s těmito potížemi je velmi mnoho, že není jediná, kdo něco takového pociťuje.

Dalším problémem, který podporuje poporodní deprese je pocit ztráty času a pocit zmaru. Žena je zpočátku obvykle natolik zaměstnána péčí o dítě, že jí na nic jiného nezbyvá čas. Mnoho žen mívá pocit, že celý den jen dítě kojí, přebalují, převlékají je, umývají, uspávají, perou mu a žehlí, poklízí a na nic jiného už jim nezbyvá čas. Obvykle trvá i několik týdnů než si dítě zvykne na domácí prostředí, zklidní se a je schopno i při bdělém stavu zůstat chvíli o samotě. Také matka si za tu dobu zvykne na dítě a jeho potřeby, zautomatizuje některé rutinní práce a naučí se svůj čas určitým způsobem uspořádat a rozdělit mezi sebe a dítě, případně i domácnost a manžela.⁶⁴

⁶³ NICOLSON, 2001, s. 33

⁶⁴ NICOLSON, 2001

„Vědecké chápání poporodní deprese se vyvíjelo během posledních dvaceti let prostřednictvím objasňování toho, jak často a za jakých okolností ji některé ženy prožívají. Avšak nejruznější diskuze, které v současné vědecké literatuře přetrvávají, dávají malý prostor vlastním výpovědím žen o tom, proč se cítí právě tak, jak se cítí. Zdá se, že chybí prostředky a ochota zkoumat složitost života žen, když se jim narodí dítě. Přejít do mateřství nemůže být nikdy událostí, kterou lze nějakým způsobem standardizovat, protože život každého člověka je jiný. Nicméně se zdá, že výzkumníci v této oblasti se obávají diskuzí o výkladu poporodní deprese v jejím každodenním kontextu.“⁶⁵

4.3 Kojení

Kojení je proces, při kterém dítě dostává potřebnou výživu, zároveň získává pocit bezpečí a vytváří si základní sociální vazby.

Výživa, kterou dítě při kojení dostává, se nazývá mateřské mléko. Mateřské mléko je podle dlouhodobých zkušeností a průzkumů tím nejlepším druhem potravy, kterou může dítě přijímat. Obsahuje totiž mimo jiné všechny protilátky, které si dítě krátce po porodu není ještě schopno samo vytvářet a zabezpečuje tak dítěti imunitu. Další výhodou mateřského mléka je jeho teplota a čerstvost. Mateřské mléko není třeba jakkoli upravovat či ohřívat. Jeho teplota i chuť jsou pro dítě příjemné a přirozené. Další výhodou mateřského mléka je jeho neustálá čerstvost. Mateřské mléko se vytváří postupně, a čím více je ho odebíráno, tím více se ho vytváří.

Mateřské mléko se vytváří již před porodem dítěte, avšak až po porodu se díky hormonu prolaktinu jeho tvorba výrazně zvyšuje. Zvyšování tvorby mateřského mléka je také způsobeno sáním dítěte. Zároveň hormon oxytocin, který je vyplavován například drážděním bradavek, umocňuje tvorbu mléka a jeho odtékání.

Několik prvních dní po porodu odchází pouze tzv. mlezivo neboli kolostrum. Jedná se o hustší jemně nažloutlou tekutinu, která obsahuje velké množství bílkovin, minerálních látek a má zároveň i vyšší energetickou hodnotu. Po zhruba dvou až čtyřech dnech přichází tvorba pravého mateřského mléka.⁶⁶

⁶⁵ NICOLSON, 2001, s. 39

⁶⁶ POLOKOVÁ, 2011

Žena obvykle pocítuje velmi silné napětí, někdy až bolest v prsou. Zvyšuje se také citlivost prsou a prsy se postupně „nalévají“ mlékem a tedy se viditelně zvětšují. Při kojení se nikdy prsy zcela nevyprázdňují, protože tvorba mateřského mléka je neustálá.

Během kojení je třeba věnovat zvýšenou pozornost celkové hygieně a především pak péči o prsy. Možné zanesení infekce se z prsů dostává skrz mateřské mléko do dítěte a může tak dítěti způsobit zdravotní obtíže.

Mnohdy se stává, že je pro ženu kojení především v prvních dnech bolestivé a její bradavky jsou velmi citlivé. V dnešní době již existuje velké množství pomůcek a hojivých přípravků, které ženám pomáhají s podobnými problémy. Vždy je však potřeba dbát na to, aby látky, které se skrze mateřské mléko dostávají k dítěti, nebyly pro dítě žádným způsobem škodlivé nebo dokonce ohrožující.⁶⁷

Velmi důležitý je v období kojení vysoký příjem tekutin, protože část tekutin, které kojící žena přijme, je spotřebována na tvorbu mateřského mléka. Tekutiny jsou vhodné i pro podporu močení a jako prevence proti zácpě, tedy přispívají k celkové tělesné a potažmo i duševní pohodě kojící maminky.

Kojení však kromě výživy zabezpečuje i rozvíjení a posilování vztahu matky s dítětem. Během kojení by je neměl nikdo rušit, měla by to být chvíle určená pouze jim dvěma. Dítě si na matku zvyká, vnímá ji všemi smysly a učí se u ní zažívat pocit bezpečí a vytvářet tak k ní důvěru. Matka by při kojení měla svému dítěti věnovat veškerou pozornost, vnímat jeho pohyby a snažit se mu vycházet vstříc. Při kojení se tedy vytváří mezi matkou a dítětem velmi silné citové vazby, které mají potom svůj význam mnohdy po celý život.

„Říčan (1989) nazývá kojení základní školou sociálního kontaktu a má tedy kromě nezastupitelné úlohy pro výživu a imunitní výbavu ještě nezanedbatelný vliv na položení základů sociálního zakotvení a vztahů. Držení dítěte při kojení má svoji specifickou důležitost. Obličej matky a dítěte jsou v ideální vzdálenosti, dítě si při libých pocitech, které provázejí nasycení, fixuje lidskou tvář, vnímá blízkost člověka, jeho pevné a bezpečné držení. I dítě krmené náhradní výživou, i např. náhradními lidmi (otec, zdravotní sestra apod.) by mělo mít možnost prožívat stejnou uspokojující a bezpečnou blízkost, jako dítě kojené.“⁶⁸

Kojení by v žádném případě nemělo být na dítěti nějakým způsobem vynucováno a mělo by být zcela přirozenou součástí jeho života. Není tedy vhodné dítě pravidelně budít a přikládat je k prsu. Pokud bude mít dítě hlad, samo si o výživu „řekne“. Na matce potom je, aby signály dítěte dokázala rozlišit a porozumět jim. Kojení v pravidelných intervalech bývá

⁶⁷ ČERMÁKOVÁ, 2008

⁶⁸ KOŤÁTKOVÁ, 2008, s. 15 - 16

často stresující i pro matku, která očekává, že dítě bude mít o prs zájem zrovna ve chvíli, kterou mu matka určí, což dítě zpravidla odmítá.

Během kojení je, stejně jako během těhotenství či během celkového vývoje dítěte, dobré spoléhat především na zdravý rozum a vlastní zkušenosti s dítětem, nežli na to, co je psáno v různých knihách a doporučeních.⁶⁹

Kojení mimo jiné stimuluje orální aktivitu dítěte, která zajišťuje mnohdy první kontakt dítěte s okolním světem.

„Na počátku života jsou významné biologické potřeby. Pro dítě jsou důležité podněty, které souvisí s jídlem, teplem a celkovou tělesnou pohodou. Podle Freuda je základní receptivita vázaná na orální aktivitu, tj. sání a později kousání. Ta sice primárně souvisí s jídlem, ale může mít mnohem širší význam. Ústa jsou v kojeneckém věku důležitá i pro kontakt s okolím.“⁷⁰

Kojení by mělo být pro matku i dítě příjemným a spojujícím zážitkem. Pokud žena neprožívá vážné starosti a problémy, mělo by kojení sloužit i ke sbližování s dítětem. V tomto období u většiny žen převládají pocity štěstí. Pokud žena prožívá převážně záporné emoce, téměř vždy se to projeví i na dítěti i na jeho ochotě a schopnosti přijímat mateřské mléko přirozenou cestou. Stres je tedy přenášen ze ženy na dítě a dítě jej projevuje obvykle pláčem a neklidem, což opět může stresovat matku. I v tomto období by tedy mělo být o ženu – kojící matku řádně pečováno, neměla by být zbytečně vystavována stresovým situacím a měla by být v co možná nejlepší tělesné i duševní pohodě. Pokud tomu tak není, je jistě vhodné, navštívit odborníka, který v tomto směru ženě poradí a pomůže. Lékařská péče je v zájmu ženy, dítěte i jejich vztahu.⁷¹

⁶⁹ POLOKOVÁ, 2011

⁷⁰ VÁGNEROVÁ, 2007, s. 72

⁷¹ MATĚJČEK, 2005

5 Specifika vývoje dítěte předškolního věku

„Přestože je předškolní věk i jeho dělení omezováno určitým věkem a jistými specifikami, u každého dítěte záleží především na jeho individuálním vývoji. Každé dítě jedná v určitých situacích jinak, každé dítě je jinak vychovávané a má jinou povahu. Proto nelze se stoprocentní jistotou stanovit věkovou hranici předškolního věku ani jeho částí. Je však vhodné mít povědomí o jakýchsi normách vývoje a podle individuálních možností dítěte se jim přibližovat.

Předškolní věk je podle mnoha pramenů chápán jako různě dlouhé a různě ohraničené období vývoje dítěte. Například S. Koťátková⁷² uvádí, že předškolní věk lze komplexně chápat jako období od narození do šesti let věku dítěte. Oproti tomu Z. Matějček a M. Pokorná⁷³ vymezují předškolní období přesněji od tří do šesti let. V knize E. Šmelové⁷⁴, je předškolní pedagogika nazývána taktéž obdobím od tří do šesti let. Pedagogický slovník označuje předškolní věk jako: „Vývojové období dítěte od dovršení 3. roku věku po vstup do školy, tzn. do dovršení 6. roku života.“⁷⁵

(...)

Lze říci, že každé dítě se během předškolního období připravuje na vstup do základní školy, avšak předškolní věk není pouze touto přípravou.⁷⁶ Předškolní období v sobě zahrnuje soubor vědomostí, které se dítě během předškolního období dovídá a učí se s nimi pracovat a projevovat zájem o další informace; dále předškolní období zahrnuje soubor dovedností, s nimiž se dítě učí disponovat v praktickém životě; a v neposlední řadě toto období předznamenává tzv. žebříček hodnot, čili učí dítě vnímat, rozlišovat a utvářet vlastní postoje a hodnoty. To vše samozřejmě pomocí činností dítěti nejbližšími – hrami.⁷⁷

Během předškolního věku se dítě rozvíjí ve všech oblastech. Učí se objevovat, poznávat předměty i osoby ve svém okolí i v širší společnosti, učí se používat všechny své smysly, učí se používat a fixovat mateřský jazyk a řeč a učí se jeho prostřednictvím komunikovat s okolím. V neposlední řadě se dítě také učí manipulovat s druhými lidmi, a to ať už pozitivním, nebo negativním způsobem. Velmi zásadní vliv na vývoj dítěte mají rodiče.

⁷² KOŤÁTKOVÁ, 2008, s. 12

⁷³ MATĚJČEK; POKORNÁ, 1998, s. 6

⁷⁴ ŠMELOVÁ, 2008 s. 33

⁷⁵ PRŮCHA; WALTEROVÁ; MAREŠ, 1995, s. 175

⁷⁶ MATĚJČEK, 1999, s. 47

⁷⁷ LAZAROVÁ, 2011, s. 8 - 9

Obvykle však daleko větší váhu než slovní poučky a doporučení mívají konkrétní příklady ze strany rodičů nebo celé společnosti.⁷⁸

5.1 Dítě jako součást rodiny

Rodina představuje pro dítě prvotní sociální skupinu, dodává mu pocit jistoty a bezpečí. Rodina je zároveň nejmenší a základní jednotkou celé společnosti. Udává dítěti priority, učí rozlišovat správnost jednání a formuje osobnost dítěte.

Dnes je rodičům umožněno trávit dle vlastní volby dva až čtyři roky na tzv. rodičovské dovolené. Tato možnost je nabízena jak ženám, tak mužům. Osoba, která se rozhodne zůstat s dítětem na rodičovské dovolené, pobírá po vybranou dobu určitou výši rodičovského příspěvku. Často se však sama ocitá v sociální izolaci, což nebývá pro nikoho příjemné. Na druhou stranu tím však umožňuje klidný plnohodnotný vstup do života dítěte, které by v opačném případě muselo být umísťováno do rozličných zařízení.

„V prostředí rodiny může dítě přirozeně vyzrávat a v lidské společnosti se orientovat relativně beze spěchu, nervozity a tlaku, které by běžné pracovní povinnosti pečujícího rodiče provázely.“⁷⁹

V prvních letech života je dítě zcela odkázáno na rodinu. Ta mu zajišťuje péči, výživu, výchovu i citové zázemí. „V prvním měsíci života se dítě vyrovnávalo s nároky života na světě mimo ochranné stěny mateřského těla. Ve druhém měsíci je na světě jako doma. Už poznalo, že tu jsou „jeho lidé“, kteří spolehlivě reagují na signály jeho úzkosti a nepohody, že je tu mateřská náruč, která skýtá teplo, ochranu a všechno blaho světa, že u matky je zdroj potravy, o niž stačí jen se přihlásit.“⁸⁰

Postupně se dítě učí s okolím komunikovat, začíná používat úsměv, časem i další mimické prvky a nakonec řeč. Rozvoj řeči začíná přibližně kolem jednoho roku života a do konce předškolního období je prakticky zcela rozvinutá. Dítě se učí používat různé komunikační prostředky, ke komunikaci volí různé osoby, nebo i situace či předměty. Prvotní komunikace opět probíhá s matkou, později s rodinou. Teprve když si je dítě jisté komunikací v rodině, začíná spontánně komunikovat i se širším okolím.

⁷⁸ MATĚJČEK; POKORNÁ, 1998

⁷⁹ KOŤÁTKOVÁ, 2008, s 12

⁸⁰ MATĚJČEK, 1999, s. 20

Příchod dítěte velmi výrazně ovlivňuje vztah mezi partnery – rodiči. Pokud již rodiče mají starší dítě, mění se samozřejmě velmi významně i jejich vztah ke staršímu dítěti.

Pro partnera ženy, tedy obvykle otce dítěte, bývá mnohdy velmi složité vyrovnat se s příchodem dítěte, protože právě dítě velmi významně narušuje dosavadní návyky a celkový vztah páru. Už během těhotenství bývají na muže kladeny určité požadavky týkající se péče o ženu, pomoc a podporu, snášení nekontrolovatelných změn nálad a emočních výlevů ženy, její fyzické změny, příprava domova na příchod dítěte a podobně. Ani psychika budoucího otce nezůstává beze změny. Stejně jako se žena připravuje na roli matky, připravuje se muž na roli otce. Navíc se snaží být ženě oporou, což se mu mnohdy nedaří, protože přesně nerozumí jejím pocitům, kterým ale v tomto období nerozumí ani sama žena.

Po narození dítěte je postavení otce ještě horší. Žena tráví veškerý čas péčí o dítě, sama je často unavená, podrážděná nebo uplakaná a muž neví, proč se tak chová, nerozumí jejím pocitům. Než se tyto pocity a počáteční stres ustálí, obvykle to několik týdnů trvá. Dítě ale stále zůstane tím článkem rodiny, který oba partnery na jednu stranu spojuje a na druhou v mnohém rozděluje.

V každém případě dítě musí od samého začátku cítit, že je chtěné, a především, že je milováno.⁸¹

5.2 Vývoj dětské osobnosti

Každá osobnost se začíná vyvíjet už v prenatálním období. Po narození dítě prochází jednotlivými vývojovými fázemi, z nich každá má svá specifika a je pro vývoj celkové osobnosti člověka nesmírně důležitá.

Prvním obdobím je období novorozenecké. Trvá od narození zhruba do konce prvního měsíce života dítěte. Během tohoto období se dítě především snaží adaptovat na okolní prostředí a zvyká si na osoby, které jej obklopují, především na blízkou rodinu, tedy matku a otce.

Druhou poporodní etapou ve vývoji dítěte je období kojenecké. Toto období je ohraničeno zhruba prvním rokem. Na konci tohoto období je již dítě daleko vyspělejší a samostatnější, než na jeho začátku. Během prvního roku probíhá u dítěte velké množství fyzických změn. Například rapidně narůstá výška i váha dítěte, začíná mu růst chrup, zpevňují se kosti, dítě začíná být schopno koordinovaných pohybů, učí se sedět, na konci kojeneckého období jsou

⁸¹ MATĚJČEK, 1999

někteří jedinci schopni začít i chodit. Velmi důležité je v tomto období navazování vztahů, především s rodinou.

Na období kojenecké navazuje období batolecí, během nějž se již začíná projevovat osobnost dítěte a některé jeho povahové rysy. Batole se postupně snaží osamostatňovat, chce si vše ozkoušet na vlastní kůži. Toto období je pro rodiče díky zvýšené dětské aktivitě jedno z nejnáročnějších. Dítě působí velmi roztomile a živě. Batolecí věk je určen hranicí tří let dítěte.

Pátým obdobím po narození je předškolní věk, který rovněž přináší u dítěte mnoho změn. Předškolní období bývá označováno jako období přípravy na školu, jako období odlučování dítěte od rodiny a vrůstání do širší společnosti. Dítě začíná navazovat vztahy i se svými vrstevníky, začíná přijímat autoritu a je schopno rozlišovat dobro a zlo. Během předškolního období dochází také k rapidnímu rozvoji jemné i hrubé motoriky a také grafomotoriky.

Dalšími obdobími dětského věku jsou období mladšího školního věku, staršího školního věku, období puberty a období adolescence. Po těchto obdobích již nastává období dospělosti.⁸²

Dětská osobnost se vyvíjí velmi rychle, lze říci, že každá zkušenost, se kterou se dítě setká, jej nějakým způsobem ovlivní. Vývoj dítěte může být ovlivňován rodinnými poměry, společností, ve které se dítě pohybuje, svými vrstevníky, médii, školou, prostředím, ve kterém žije atp.

Aby se dítě mohlo všestranně a komplexně rozvíjet, je však třeba jej již od narození soustavně motivovat a zásobovat různými podněty. Zpočátku mohou být tyto podněty tvořeny zcela přirozenými předměty a situacemi. Později je však potřeba toto přirozené prostředí doplňovat speciálními i uměle tvořenými situacemi. Pro rozvoj grafomotoriky je třeba využívat psací náčiní, pro vnímání barev je třeba na dítě působit mnoha různobarevnými podněty a podobně. U dítěte by měly být podporovány všechny dovednosti, které je dítě schopno se naučit, především by měl být podporován rozvoj všech smyslů, jemné i hrubé motoriky a podporování zájmů a zaměření dítěte. Neméně důležité jako rozvíjení dovedností je i podporování dovedností, postojů a návyků každého dítěte.⁸³

⁸² VAGNEROVÁ, 2007

⁸³ MATĚJČEK, 1999

6 Výzkum

6.1 Stanovení cílů a výzkumných otázek

Cílem výzkumné části této práce je zjistit míru informovanosti matek dětí předškolního věku o období gravidity, porodu a kojení. Zároveň je zjišťována i informovanost současných rodiček o této problematice, s ohledem na to, že dotazované ženy jsou jen malou chvílí po porodu. Od současných prvorodiček tedy nejsou zjišťovány informace týkající se poporodního období, tedy i kojení, poporodních depresí apod., neboť v dané chvíli nemají s tímto ještě žádné zkušenosti.

Odpovědi jednotlivých skupin jsou vždy porovnány jak slovně, tak graficky a navíc jsou výsledky zaznamenávány i do tabulek. Cílem tohoto hodnocení je snadné rozpoznání odpovědí respondentek a jejich názornost.

Práce by měla sloužit jako podklad pro zamyšlení se nad problémem nedostatečné informovanosti těhotných žen o situacích, postojích společnosti a vlastního prožívání žen, které je během těhotenství, porodu a šestinedělí mohou potkat. Díky vyšší míře informovanosti by pak bylo možné předcházet mnoha problémům, které v této oblasti velmi často ohrožují především psychickou pohodu ženy, tedy často i samotný průběh těhotenství a porodu. Tyto negativní vlivy mají mnohdy velmi vážný dopad i na dítě a mohou jej tak vážně a nevratně poškozovat jak v oblasti fyzické, tak především v oblasti psychické a emocionální. Poškození, která vznikají během těhotenství, porodu a těsně po něm, bývají zpravidla velmi závažná a jen výjimečně je možno je v pozdějších obdobích napravovat. Navíc psychická pohoda matky je pro dítě stejně jako v těhotenství i po porodu velmi důležitá. Pokud se však matka v dané problematice neorientuje, nemá dostatečné zázemí a neví, na koho se obrátit a koho požádat o pomoc, sama pak často propadá beznaději a úzkostným stavům, často i depresím, a není a ani nemůže být pro dítě oporou a útočištěm a nemůže mu ani poskytovat pocit bezpečí, který ona sama nemá.

Na druhou stranu se práce snaží poukázat na vývoj informovanosti a na stále stoupající zájem žen o veškeré informace, které s touto problematikou souvisí. Můžeme předpokládat, že s neustálým vývojem společnosti, a především techniky, se vyvíjí i sdělování a příjem informací a je tak pro ženu stále snazší tyto informace získávat a podle své vlastní potřeby s nimi pracovat.

Cílem práce je tedy zmapovat stávající situaci a poukázat na možné zlepšení této situace s ohledem na možnosti společnosti a každé ženy.

Výzkumné otázky:

1. Byly matky dětí předškolního věku méně informovány o průběhu těhotenství, porodu a kojení, než současné prvorodičky?
2. Je většina dětí plánovaná?
3. Měla většina mužů radost z otěhotnění svojí ženy?
4. Změnily všechny ženy svůj životní styl a připravovaly se na příchod dítěte?
5. Vyvolala informace potvrzující těhotenství u všech žen kladné emoce?
6. Byly informace poskytované lékaři pro většinu žen vždy srozumitelné?
7. Představovali muži pro těhotné ženy vždy velkou oporu?
8. Navštěvovaly všechny ženy pravidelně těhotenskou poradnu?
9. Měly všechny ženy zájem o získávání co nejvíce informací týkajících se průběhu těhotenství, porodu a kojení?
10. Měly některé ženy speciální požadavky na průběh porodu?
11. Doprovázel většinu respondentek k porodu partner?
12. Získávaly ženy informace z více různých zdrojů?
13. Obracely se těhotné ženy se svými dotazy a problémy na své ošetřující lékaře?

6.2 Popis metody a vzorku

Metoda zvolená pro tento výzkum je metodou kvantitativní, konkrétně se jedná o použití dotazníků.

Tato metoda je volena s ohledem na obsáhlost tématu a také proto, že je díky ní možné oslovit velké množství respondentů z různých skupin.

Na začátku výzkumného šetření bylo rozdáno 225 jednotlivých dotazníků. Celkem bylo navraceno 140 použitelných a správně vyplněných dotazníků.

Dotazník je složen z uzavřených otázek, ze kterých smí respondentka vybrat vždy jednu nebo více odpovědí. Jen některé otázky jsou tvořeny jako polouzavřené, tedy u některých otázek je možnost „vlastního vyjádření“ a to pouze jako doplnění oblastí, ze kterých ženy získávaly informace. Tato možnost však byla využívána zcela minimálně.

V úvodu předkládaného dotazníku je vedle dalších instrukcí uvedeno i to, že neexistuje žádná správná, nebo špatná odpověď, což je učiněno schválně z důvodu toho, aby se ženy nebály označovat některé odpovědi, které nejsou v měřítku současné společnosti vhodné. Zároveň je zmíněno, že se jedná pouze o názory konkrétní osoby, její prožitky a pocity.

Dotazníky jsou koncipovány tak, aby u dotazovaných osob nevzbuzovaly obavy z „prozrazení informací“, jsou tedy zcela anonymní a dobrovolné. V dotaznících jsou pokládány otázky týkající se prožívání gravidity a informovanosti o ní, dále otázky směřované na vztah ženy s partnerem, nejčastěji otcem dítěte, otázky ohledně prožívání porodu a jeho průběhu a také otázky týkající se zájmu o informace a jejich zprostředkování. V dotaznících směřovaných matkám dětí předškolního věku jsou navíc uvedeny otázky vztahující se k období po porodu a k období kojení.

Mimo otázek o období po porodu a o období kojení jsou dotazníky téměř shodné. Je tomu tak proto, aby byly informace v tomto šetření snadno porovnatelné a co nejvíce objektivní.

Ženy, které v tomto dotazníku odpovídaly na položené otázky, byly vždy konkrétně instruovány o tom, jak dotazníky vyplnit. Pokud měly nějaké dotazy, měly vždy možnost se zeptat autorky buď osobně, nebo telefonicky na přiložené kontaktní číslo. Telefonického spojení nebylo během provádění využito, osobní dotazy byly využívány jen občas a vždy byly zodpovězeny.

Dotazník byl předkládán pouze prvorodičkám. V oblasti šetření u matek dětí předškolního věku se často stávalo, že do současnosti již porodily další děti. V takovém

případě bylo matkám vždy sděleno, že mají v dotazníku označovat pouze takové odpovědi, které se týkají jejich prvního těhotenství, porodu a kojení.

Výzkum byl záměrně zacílen pouze na prvorodičky, neboť jejich emoce se velmi často značně liší od vícerodiček a obvykle bývají silnější. Srovnávání prožívání gravidity, porodu a kojení u prvorodiček je zároveň přínosné i pro ostatní budoucí prvorodičky, které mimo jiné mohou z těchto materiálů vyčíst, jak se na tato významná životní období připravit a co mohou v těchto chvílích očekávat. Navíc srovnávání prvorodiček a vícerodiček je věnováno mnoho pozornosti a je o něm již napsáno velké množství studií. Naopak srovnávání prvorodiček není věnována taková pozornost a je tedy potřeba této problematice věnovat více pozornosti.

6.3 Hodnocení a výsledky šetření

Při vyhodnocování praktické části jsou využívány pouze ty vyplněné dotazníky, které je vhodné použít pro výzkumné šetření. Nejsou tedy využity nesprávně nebo neúplně vyplněné dotazníky ani dotazníky, u kterých ženy nedodržely některou z podmínek správného vyplnění dotazníku. Mezi tyto podmínky patřilo například podávání informací pouze o prvním dítěti (těhotenství, porodu a poporodním období), dalším z kritérií byl věk dítěte (dotazníky byly určeny matkám dětí předškolního věku), nebo neměly být dotazníky vyplňované jinými osobami, než jsou matky dětí (často se o vyplňování dotazníků hlásili i otcové dětí nebo babičky).

Při vyhodnocování výzkumu je v této práci vždy uvedeno číslo položky a její úplné znění. V tabulkách, které přísluší konkrétním položkám, jsou uvedeny výsledky v konkrétních číslech (absolutní četnosti). V grafech, které též přísluší jednotlivým položkám, jsou uváděny výsledky v procentech, tedy relativních četnostech. Každé položce náleží také slovní hodnocení, ve kterém jsou stručně popsány výsledky a krátké vyjádření k nim.

Položka č. 1: Máte pocit, že jste byla o těhotenství, porodu a kojení dostatečně informována?

- a) Ano, měla jsem k dispozici všechny potřebné informace
- b) Některé informace mi chyběly
- c) Většina důležitých informací mi unikla
- d) Ne, byla jsem zcela nedostatečně informována
- e) Nevzpomínám si

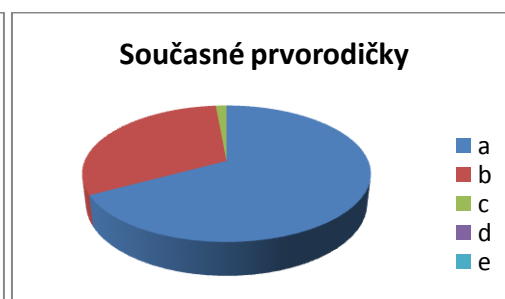
Tabulka č. 1

	a	b	c	d	e
Matky dětí předškolního věku	42	26	1	1	0
Současné prvorodičky	47	22	1	0	0

Graf č. 1 a



Graf č. 1 b



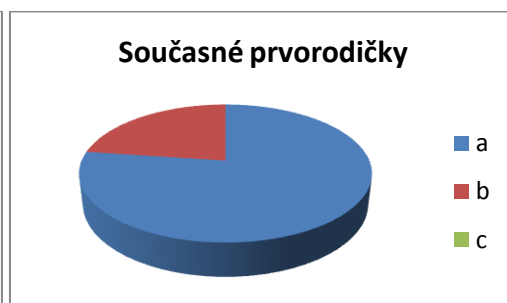
Velká většina matek dětí předškolního věku i současných prvorodiček má pocit, že byly o dané problematice dostatečně informovány. Lepší informovanost však uvádějí současné prvorodičky, které byly dostatečně informovány až ze 67,14%. Matky dětí předškolního věku jsou zcela spokojeny z 60%. Některé informace chyběly 37,14% matek dětí předškolního věku a 31,43% současných prvorodiček. Pouze 1,43% z každé skupiny žen chyběla většina informací a jen 1,43% matek dětí předškolního věku bylo nedostatečně informováno.

Položka č. 2: Bylo Vaše těhotenství plánované?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Tabulka č. 2

	a	b	c
Matky dětí předškolního věku	53	17	0
Současné prvorodičky	54	16	0

Graf č. 2 a**Graf č. 2 b**

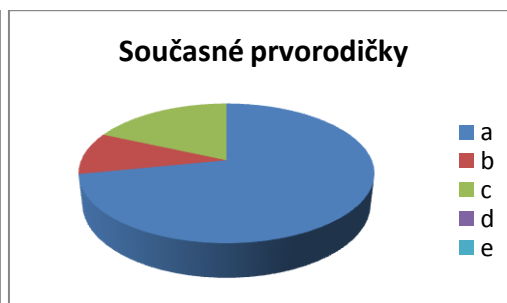
V současné společnosti evidentně na první pohled převládají plánovaná těhotenství. Z předškolních dětí je plánovaných 75,71% dětí a z dětí rodičích se v současnosti je to celých 77,14%. Z velké části hraje v tomto případě velkou roli modernizace společnosti, hojné využívání antikoncepce a také zodpovědnost partnerů. Informace, které ženy mají o plánování rodičovství, jsou u převažující většiny dostatečné. Je však zároveň množné, že i zbývající procenta žen, které těhotenství neplánovaly, byly ze svého těhotenství šťastné a na dítě se zodpovědně připravovaly.

Položka č. 3: Jak reagoval Váš partner na informaci o Vašem těhotenství?

- a) Měl radost a byl evidentně šťastný
- b) Měl velké obavy a strach
- c) Byl nervózní, ale spokojený
- d) Rozzlobilo ho to, nebyl rád
- e) Nestýkáme se

Tabulka č. 3

	a	b	c	d	e
Matky dětí předškolního věku	51	6	16	1	0
Současné prvorodičky	51	7	13	0	0

Graf č. 3 a**Graf č. 3 b**

Reakce partnera na těhotenství obvykle bývají jednou ze situací, na které ženě zůstávají dlouhodobé a poměrně živé vzpomínky. Ačkoliv několik partnerů mělo z této informace spíše obavy a strach (8,11% u matek předškolních dětí a 9,86% u současných rodiček), velmi výrazně převažují pocity radosti a štěstí (68,92% u matek dětí předškolního věku a 71,83% u současných prvorodiček). Jako převažující označilo nervozitu a spokojenost 21,62% matek dětí předškolního věku a 18,31% současných rodiček. Pouze 1,35% matek dětí předškolního věku uvedlo, že jejich partner nebyl rád a zlobil se, že je jeho partnerka těhotná.

Položka č. 4: Přípravovala jste se významně na narození dítěte, změnila jste např. životní styl?

- a) Ano, změnila jsem životní styl a zcela se oddala přípravám na příchod dítěte
- b) Ano, snažila jsem se žít zdravěji a lépe
- c) Ne, příliš jsem se neomezovala, nedocházelo k významným změnám
- d) Ne, nic jsem neměnila, žila jsem stejně jako dříve

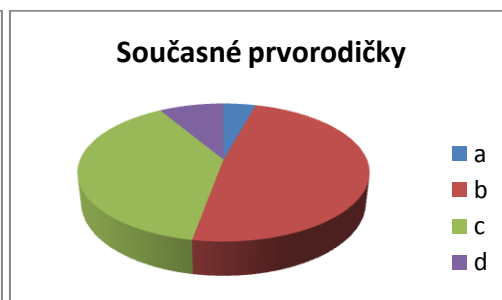
Tabulka č. 4

	a	b	c	d
Matky dětí předškolního věku	6	38	20	6
Současné prvorodičky	3	34	27	6

Graf č. 4 a



Graf č. 4 b



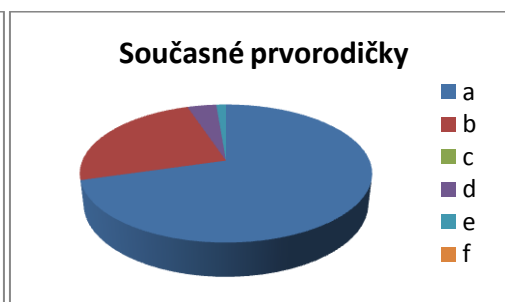
Znalost informací o vývoji plodu v těle matky patří k těm nejdůležitějším. Často je třeba, aby se matka na příchod dítěte připravovala a změnila svůj dosavadní způsob života. I přesto je však možné, že některé z dotazovaných žen žijí natolik dobře, že není potřeba, aby se jakkoli těhotenstvím omezovaly. Dle uvedených informací se největší procento žen snažilo změnit svůj životní styl k lepšímu. Konkrétně se jednalo o 54,29% matek dětí předškolního věku a 48,57% současných prvorodiček. Zcela se však přípravám na dítě oddalo jen 8,57% matek dětí předškolního věku a 4,29% současných rodiček. Příliš se neomezovalo 28,57% matek dětí předškolního věku a 38,57% současných rodiček a žádné změny neprobíhaly u 8,57% matek z obou dotazovaných skupin.

Položka č. 5: Jaké pocity ve Vás vyvolala informace potvrzující Vaše těhotenství?

- a) Pocity štěstí, nadšení a radosti
- b) Pocity nejistoty a strachu
- c) Neutrální pocity, nic jsem necítila
- d) Žádné velké emoce, počítala jsem s tím
- e) Pocity neštěstí a vidiny problému
- f) Nevzpomínám si

Tabulka č. 5

	a	b	c	d	e	f
Matky dětí předškolního věku	66	17	0	1	1	0
Současné prvorodičky	55	19	0	3	1	0

Graf č. 5 a**Graf č. 5 b**

Pocity, které matka prožívá při zjištění těhotenství, velmi výrazně ovlivňují vztah matky s dítětem nejen po dobu těhotenství, ale i v životě po porodu. Přestože však většina žen zpočátku těhotenství zažívá strach a nejistotu, ke konci těhotenství se zpravidla již na dítě těší.

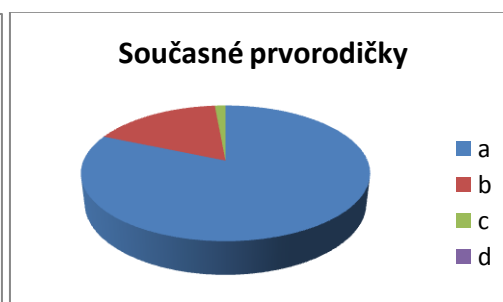
V současné době však počáteční pocity velmi výrazně ovlivňuje snadná možnost naplánování těhotenství, tedy plánované početí. Právě z tohoto důvodu většina žen přijímá informaci potvrzující těhotenství s velkou radostí a provází ji i pocity štěstí (u matek dětí předškolního věku je to až 77,64% a u současných prvorodiček 70,51%). Pocity nejistoty a strachu i tak ale doprovází poměrně dosti žen, u matek dětí předškolního věku 20% a u současných rodiček 24,36%. Bez velkých emocí přijalo tuto informaci 1,18% matek dětí předškolního věku a 3,85% současných prvorodiček. Pro 1,18% matek dětí předškolního věku a 1,28% byla informace potvrzující jejich těhotenství vidinou problému a nešťastnou zprávou.

Položka č. 6: Byly pro Vás informace sdělované lékařem jasné a srozumitelné?

- a) Ano, vše jsem pochopila, případně jsem se na potřebné informace zeptala
- b) Pouze některé informace nebyly zcela srozumitelné
- c) Většina informací byla nedostatečně vysvětlena či interpretována
- d) Ne, informace od mého lékaře nebyly srozumitelné

Tabulka č. 6

	a	b	c	d
Matky dětí předškolního věku	59	11	0	0
Současné prvorodičky	57	12	1	0

Graf č. 6 a**Graf č. 6 b**

Nejen podávání informací, ale i způsob jejich podání, je pro každého člověka velmi důležité. Tím spíše, pokud se jedná o zdraví člověka. Mnozí lékaři však i přesto nepodávají některé informace dostatečně srozumitelně, a proto se často stává, že jim ne všechny ženy vždy dobře porozumí.

I přes tyto problémy je však celých 84,29% matek dětí předškolního věku a 81,43% současných prvorodiček se způsobem poskytování informací zcela spokojena. Pouze interpretace některých informací nebyla dostačující pro 15,71% matek dětí předškolního věku a pro 17,14% současných prvorodiček. Pro pouhých 1,43% současných prvorodiček nebyla většina informací byla nedostatečně vysvětlena či interpretována.

Položka č. 7: Pociťovala jste na sobě během těhotenství změny nálad?

- a) Ano, velmi často
- b) Ano, občas
- c) Jen výjimečně
- d) Ne, nepociťovala jsem žádné změny

Tabulka č. 7

	a	b	c	d
Matky dětí předškolního věku	10	31	24	5
Současné prvorodičky	11	29	24	6

Graf č. 7 a**Graf č. 7 b**

Změny nálad a hormonální výkyvy v těhotenství jsou jedním z nejdiskutovanějších témat především u osob, které jsou v častém styku s těhotnými ženami.

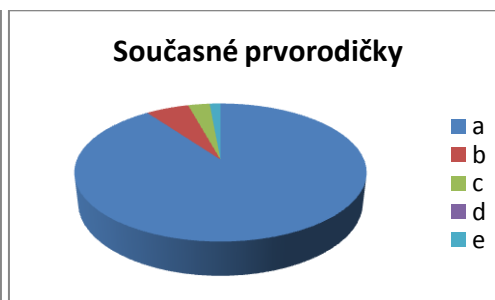
Přesto většina žen pociťuje na sobě změny nálad občas (44,29% matek dětí předškolního věku a 41,43% současných prvorodiček), nebo jen výjimečně (34,29% z obou dotazovaných skupin). Velmi často pociťovalo změny nálad 14,28% matek dětí předškolního věku a 15,71% současných rodiček. Naopak na žádné změny nálad nevzpomíná 7,14% matek dětí předškolního věku a 8,57% současných rodiček.

Položka č. 8: Byl pro Vás partner v těhotenství, při porodu a v období kojení oporou?

- a) Ano, byl mi velkou oporou
- b) Snažil se, ale oporu mi neposkytoval
- c) Nebyl mi oporou
- d) Ne, naopak mi dělal potíže
- e) Nestýkáme se

Tabulka č. 8

	a	b	c	d	e
Matky dětí předškolního věku	51	15	4	0	0
Současné prvorodičky	63	4	2	0	1

Graf č. 8 a**Graf č. 8 b**

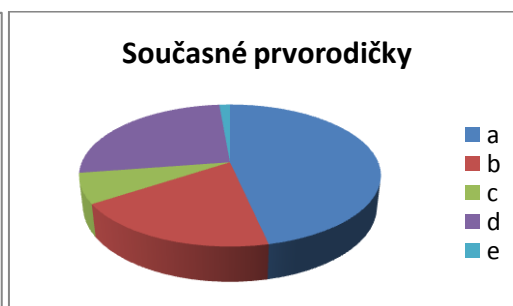
Podpora partnera hraje v těhotenství velmi důležitou roli. Je až překvapivé, že zcela převažující část dotazovaných žen hodnotí partnera jako svoji velkou oporu. Jedná se o 72,86% matek dětí předškolního věku a celých 90,00% současných rodiček. Jako snahu, ovšem neúspěšnou hodnotí chování partnera v průběhu těhotenství 21,43% matek dětí předškolního věku a 5,71% současných rodiček. Pouhých 5,71% matek dětí předškolního věku a 2,86% současných rodiček označilo tu odpověď, která oporu partnera vyvracela. Jedna ze současných rodiček pak odpověděla, že se s otcem svého dítěte nestýká.

Položka č. 9: Informace o změně emocí v těhotenství pro Vás byly:

- a) Přínosné, věděla jsem, na co se mám připravit, co mohu očekávat
- b) Občas jsem se za tyto informace „schovávala“, když se mi nedařilo správně se ovládat, nebo když mi „ujely nervy“
- c) Byly pro mě zbytečné
- d) Byly zajímavé, avšak u mě se nepotvrdily
- e) Žádné takové informace jsem neměla

Tabulka č. 9

	a	b	c	d	e
Matky dětí předškolního věku	36	19	4	12	3
Současné prvorodičky	34	14	5	19	1

Graf č. 9 a**Graf č. 9 b**

Ne všechny informace však bývají pro ženy přínosné a některé se ani zdaleka u všech nepotvrdí. Někdy se může stát, že ačkoliv žena daným problémem netrpí, těhotenství ji nijak neovlivňuje, často využívá informací, které jsou v povědomí široké veřejnosti dobře známé a často diskutované.

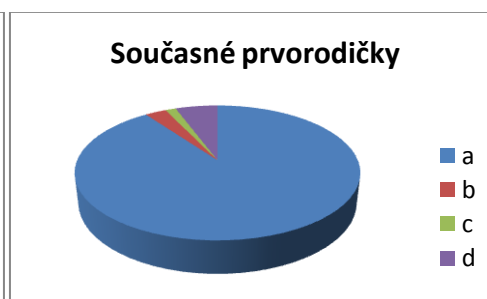
Většina žen však považuje i informace o změně nálad v těhotenství za přínosné a to 48,65% matek dětí předškolního věku a 46,57% současných prvorodiček. Zároveň však 25,67% matek dětí předškolního věku a 19,18% současných prvorodiček potvrzuje fakt, že se za tyto informace pouze „schovávaly“ v případech, kdy se jim nedařilo ovládat. Tyto informace zaujaly, avšak se nepotvrdily u 16,22% matek dětí předškolního věku a u 26,03% současných prvorodiček. Jako zbytečné hodnotí tyto informace 5,41% matek dětí předškolního věku a 6,85% současných prvorodiček. 4,05% matek dětí předškolního věku a 1,37% současných prvorodiček se s žádnými takovými informacemi nesetkalo. Tento fakt na jednu stranu vypovídá o nepostačující informovanosti matek dětí předškolního věku, na druhou stranu však poukazuje na zlepšující se informovanost prvorodiček v posledních letech.

Položka č. 10: Chodila jste pravidelně do těhotenské poradny?

- a) Ano
- b) Většinou ano
- c) Někdy
- d) Ne

Tabulka č. 10

	a	b	c	d
Matky dětí předškolního věku	63	3	0	4
Současné prvorodičky	63	2	1	4

Graf č. 10 a**Graf č. 10 b**

Pravidelná návštěva těhotenské poradny je jednou ze základních prevencí vývojových vad plodu i ohrožení zdraví matky. V těhotenské poradně se konkrétně budoucí maminky také velmi často setkávají s informacemi o porodu a jeho průběhu, o vývoji a zdraví miminka a v neposlední řadě i o svém zdravotním stavu. Je proto nezbytně nutné, aby tuto péči ženy nezanedbávaly.

I přes tento fakt označila 5,71% z obou dotazovaných skupin odpověď, že těhotenskou poradnu pravidelně nenavštěvovala. Uspokojující je naopak odpověď celých 90,00% žen z každé skupiny, že těhotenskou poradnu navštěvovalo svědomitě. 4,29% matek dětí předškolního věku a 2,86% současných prvorodiček odpověděly, že těhotenskou poradnu většinou navštěvovaly. Pouze 1,43% současných prvorodiček označilo odpověď, že těhotenskou poradnu navštěvovalo pouze někdy.

Položka č. 11: Označte odpověď, která nejvíce odpovídá Vaším pocitům:

- a) Více informací o těhotenství, porodu a kojení ve mně vzbuzovalo více obav a nervozity
- b) Čím více informací jsem měla, tím více jsem byla klidná
- c) Nepřemýšlela jsem nad tím, jestli mám méně či více informací o těhotenství, porodu a kojení
- d) Informace, které jsem chtěla vědět, jsem se dověděla, ostatní jsem neřešila

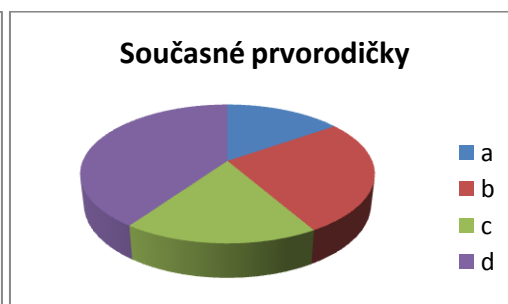
Tabulka č. 11

	a	b	c	d
Matky dětí předškolního věku	12	15	14	33
Současné prvorodičky	11	19	13	29

Graf č. 11 a



Graf č. 11 b



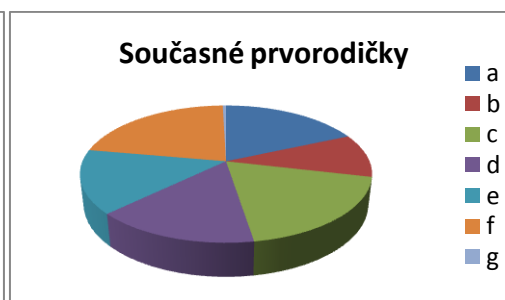
I přes všeobecně uváděnou nedostatečnou informovanost žen – matek, se většina žen spokojí informacemi, které má a o další se příliš nezajímá. To dokazuje i většinová odpověď obou skupin, že „Informace, které jsem chtěla vědět, jsem se dověděla, ostatní jsem neřešila“ označilo 40,28% matek dětí předškolního věku a 44,59% současných prvorodiček. Zajímavé je i tvrzení, že matky nad dostatečnou či nedostatečnou informovaností o dané problematice příliš nepřemýšlely (18,92% matek dětí předškolního věku a 18,06% současných prvorodiček). Klid a jistotu v této oblasti přinášelo více informací 20,27% matek dětí předškolního věku a 26,39% současných prvorodiček. Naopak větší informovanost vzbuzovalo více obav a strachu u 16,22% matek dětí předškolního věku a u 15,28% současných prvorodiček.

Položka č. 12: Odkud jste čerpala informace o těhotenství?

- a) Od svého ošetřujícího lékaře, z poradny
- b) Z kurzů a seminářů
- c) Z literatury
- d) Od kamarádek
- e) Z rodiny
- f) Z internetových zdrojů
- g) Jiné (uved'te) _____

Tabulka č. 12

	a	b	c	d	e	f	g
Matky dětí předškolního věku	56	20	40	38	30	38	3
Současné prvorodičky	43	24	44	36	35	51	1

Graf č. 12 a**Graf č. 12 b**

Zájem o získávání informací je v této oblasti poměrně rozšířený a díky technice a modernizaci společnosti je získávání těchto informací navíc velmi snadné. Ženy v této otázce vybíraly obvykle více možností, z čehož je patrné, že o dané informace jevíly většinou velký zájem.

Nejvíce informací však matky dětí předškolního věku čerpaly z již zmiňovaných návštěv těhotenské poradny a od svého ošetřujícího lékaře (24,89%). Současné prvorodičky však tuto možnost označily pouze z 18,38%. Naopak nejvíce informací našly na internetu, což je pravděpodobné i ze stále častějšího a hojnějšího využívání tohoto zdroje informací. U současných prvorodiček hledalo informace na internetu až 21,79%, zatímco matky dětí předškolního věku využívaly tuto možnost jen za 16,89%. Dalším velmi často vyhledávaným zdrojem informací se stala literatura. Z literatury čerpalo informace 17,78% matek dětí předškolního věku a 18,80% současných prvorodiček. Informace získávané od kamarádek preferovalo 16,89% matek dětí předškolního věku a 15,38% současných prvorodiček. Protože

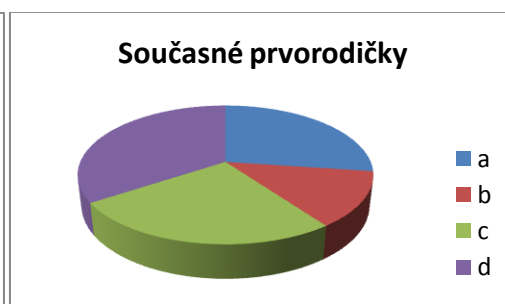
velké množství informací a nejrozumnějších zkušeností je předáváno z generace na generaci, využilo i tuto možnost 13,33% matek dětí předškolního věku a 14,96% současných prvorodiček. Informace z kurzů a seminářů mohou být mnohdy také velmi podnětné, avšak tuto možnost využilo pouze 8,89% matek dětí předškolního věku a 10,26% současných prvorodiček. Nejméně zastoupenou byla možnost volby vepsání jiného způsobu získávání informací, který měly ženy možnost samostatně doplnit. Toto možnost uvedlo pouze 1,33% matek dětí předškolního věku a 0,43% současných prvorodiček. V obou případech se pak jednalo o využití vlastních zkušeností ze zdravotnictví, tedy tyto ženy byly povoláním lékařky, nebo odborné zdravotní sestry, popřípadě porodní asistentky.

Položka č. 13: Trápily Vás těhotenské nevolnosti?

- a) Ano, velmi často
- b) Ano, občas
- c) Jen velmi málo
- d) Ne, netrpěla jsem nevolnostmi

Tabulka č. 13

	a	b	c	d
Matky dětí předškolního věku	15	14	19	22
Současné prvorodičky	19	9	18	24

Graf č. 13 a**Graf č. 13 b**

V souvislosti se špatným psychickým rozpoložením se často dostávají tzv. těhotenské nevolnosti. Může se však stát, že žena se cítí být psychicky zcela v pořádku, má podporu u partnera i v rodině, a přesto ji tyto nevolnosti trápí. Je to způsobeno fyziologickými změnami a vývojem plodu v děloze, avšak obvykle k těmto běžným změnám přibývá ještě i jiný, druhotný problém.

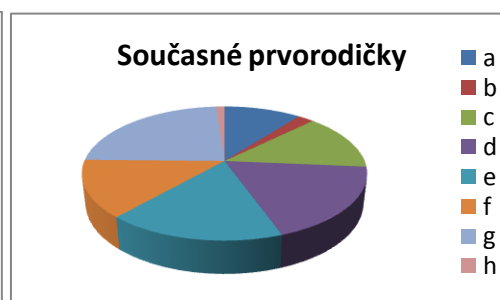
Nejvíce žen v této položce dotazníku zvolilo pro svoji odpověď možnost „d“, tedy, že těhotenskými nevolnostmi netrpěly. Matky dětí předškolního věku volily tuto možnost ze 31,43% a současné prvorodičky dokonce ze 34,28%. Jen velmi málo trpělo těhotenskými nevolnostmi 27,14% matek dětí předškolního věku a 25,71% současných prvorodiček. Naopak velmi často těhotenské nevolnosti trápily 21,43% matek dětí předškolního věku a 27,14% současných prvorodiček. Jen občasné těhotenské nevolnosti pozorovalo 20% matek dětí předškolního věku a 12,86% současných prvorodiček.

Položka č. 14: Odkud jste čerpala informace o porodu a jeho průběhu?

- a) Od svého ošetřujícího lékaře, z poradny
- b) Byla jsem informována až v porodnici
- c) Z kurzů a seminářů
- d) Z literatury
- e) Od kamarádek
- f) Z rodiny
- g) Z internetových zdrojů
- h) Jiné (uved'te) _____

Tabulka č. 14

	a	b	c	d	e	f	g	h
Matky dětí předškolního věku	34	8	17	33	23	23	27	5
Současné prvorodičky	19	4	25	33	31	25	43	2

Graf č. 14 a**Graf č. 14 b**

Stejně jako u získávání informací o těhotenství a jeho průběhu, získávalo nejvíce matek dětí předškolního věku informace o porodu od svého ošetřujícího lékaře, z poradny (20%). Současné prvorodičky tuto možnost využívaly méně (10,44%). Zároveň současné prvorodičky opět preferovaly získávání informací pomocí internetu (23,62%) a matky dětí předškolního věku tuto možnost využívaly jen z 15,88%. Dalším nejužívanějším zdrojem informací byla pro obě skupiny respondentek literatura (19,41% u matek dětí předškolního věku a 18,13% u současných prvorodiček). Matky dětí předškolního věku hodnotily na stejné úrovni získávání informací od kamarádek a z rodiny (13,53%), zatímco současné prvorodičky upřednostňovaly informace od kamarádek (17,03%) nad informacemi z rodiny (13,74%). 10% matek dětí předškolního věku a 13,74% současných prvorodiček čerpalo informace z různých kurzů a seminářů. Je však překvapivé, že některé ženy byly o porodu a jeho průběhu informovány až v porodnici. Tato skutečnost je alarmující a není dobré, aby nadále zůstávaly

některé matky na porod takto nepřipravené. Jedná se o 4,71% matek dětí předškolního věku a 2,20% současných prvorodiček.

Jiné nebo další zdroje informací o porodu preferovalo 2,94% matek dětí předškolního věku a 1,10% současných prvorodiček. Jednalo se zpravidla opět o zdravotnický personál, který často čerpal z vlastních zkušeností, nebo se ženy nechaly informovat soukromou porodní asistentkou.

Položka č. 15: Věděla jste před porodem o tom, že existují alternativní porody, a že je možné si sestavit vlastní porodní plán?

- a) Ano, věděla, ale neměla jsem o něco takového zájem
- b) Ano, věděla a tuto možnost jsem využila
- c) Ano, věděla, ale nebylo mi umožněno něco takového využít
- d) Ne, nevěděla. Ráda bych něco takového využila
- e) Ne, nevěděla. O alternativní porod nebo jeho prvky nemám zájem

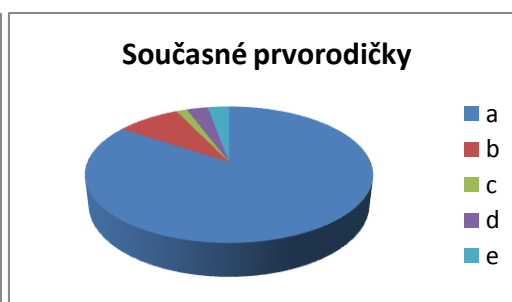
Tabulka č. 15

	a	b	c	d	e
Matky dětí předškolního věku	55	5	6	1	3
Současné prvorodičky	59	6	1	2	2

Graf č. 15 a



Graf č. 15 b



Dnes je již celkem běžné, že si každá žena může o svém porodu rozhodovat sama a přebírá za něj tedy určitou zodpovědnost. Je tomu tak mimo jiné i z důvodu zvyšování psychické pohody ženy.

Většina žen je o této poměrně nové možnosti informována, ale nemá zájem něco takového využít, přenechává tedy plánování i průběh porodu na lékařském personálu (78,57% matek dětí předškolního věku a až 84,28% současných prvorodiček). Informace a zájem o některý z prvků alternativních porodů mělo 15,71% matek dětí předškolního věku, ale jen 7,14% těchto žen bylo umožněno něco takového využít. Ze současných prvorodiček projevilo zájem o nějakou alternativu u porodu 10% žen a 8,57% bylo jejich přání splněno. Tyto informace opět poukazují na zlepšení jednání zdravotnického personálu v posledních letech a na větší přihlížení k psychické pohodě ženy i dítěte.

O informacích týkajících se alternativních porodů nebo jednotlivých prvků vůbec nevědělo 5,72% žen z obou dotazovaných skupin, ale v případě předchozích znalostí by tuto možnost využilo jen 1,43% matek dětí předškolního věku a 2,86% současných prvorodiček.

Položka č. 16: Měla jste nějaké speciální požadavky na průběh a způsob porodu? Pokud ano, byly splněny?

- a) Ne, žádné speciální požadavky jsem neměla
- b) Ano měla jsem nějaké požadavky, ale nebyly splněny
- c) Ano, měla jsem nějaké speciální požadavky a některé byly splněny
- d) Ano, měla jsem speciální požadavky a všechny byly splněny

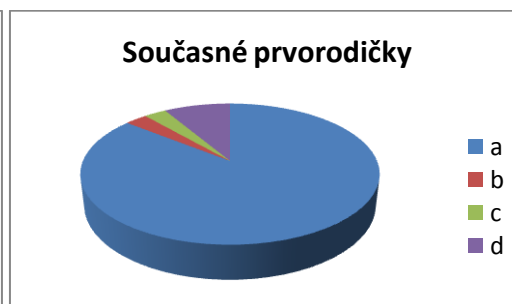
Tabulka č. 16

	a	b	c	d
Matky dětí předškolního věku	49	5	10	6
Současné prvorodičky	60	2	2	6

Graf č. 16 a



Graf č. 16 b



V současné společnosti má každý pacient možnost vznést speciální požadavky na průběh lékařského zákroku. Stejně tak je tomu i u porodu. Může se však stát, že v zájmu zachování zdraví matky či dítěte tyto požadavky nemohou být splněny. Někdy se však setkáváme i s přístupem lékařů, kteří by sice mohli ženě v jejich přáních vyjít vstříc, ale z důvodu vlastní neochoty či lenosti to odmítají.

U dotazovaných osob byla však převažující ta část žen, která žádné speciální požadavky neměla (70% matek dětí předškolního věku a 85,71% současných prvorodiček). Naopak speciální požadavky vzneslo menší procento žen. Jejich přání byla však zcela splněna jen u 8,57% u obou dotazovaných skupin. Jen některé požadavky byly splněny 14,29% matek dětí předškolního věku a 2,86% současných prvorodiček. Speciálním požadavkům nebylo vůbec vyhověno u 7,14% matek dětí předškolního věku a 2,86% současných prvorodiček.

Položka č. 17: Byl Váš partner přítomný u porodu?

- a) Ano
- b) Měli jsme to v plánu, ale nakonec to nebylo možné
- c) Ne, neplánovali jsme to
- d) Nestýkáme se

Tabulka č. 17

	a	b	c	d
Matky dětí předškolního věku	54	7	9	0
Současné prvorodičky	52	12	6	0

Graf č. 17 a**Graf č. 17 b**

Přítomnost otce u porodu je většinou hodnocena jako velmi příznivá podpora pro rodící ženu a také pro navázání silného citového vztahu otce s dítětem. Ne vždy se však podaří, aby byl muž ženě při porodu opravdovou oporou, a také není vždy možné, aby se muž směl samotného porodu zúčastnit. Mnozí nastávající otcové nemají dostatek odvahy a osobnostní síly, aby byly přítomni u porodu, proto mnoho párů dává přednost tomu, aby muž svoji ženu i dítě viděl až po porodu. Není to rozhodně žádnou ostudou, jedná se o zodpovědné a rozumné rozhodnutí, které zbytečně neohrozí matku a dítě.

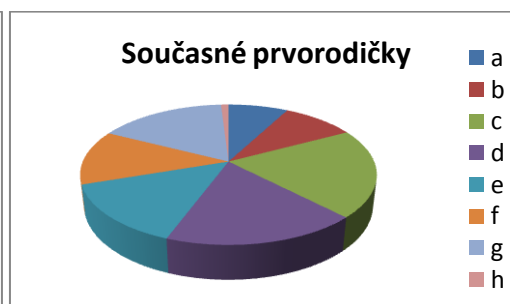
Přítomnost otce u porodu potvrdilo celých 77,14% matek dětí předškolního věku a 74,29% současných prvorodiček. 10% matek dětí předškolního věku a 17,14% současných prvorodiček nebylo umožněno, aby s nimi byl otec dítěte při porodu. 12,86% rodičů dětí předškolního věku přítomnost otce u porodu ani neplánovalo. Stejně tak 8,57% současných prvorodiček neplánovalo přítomnost svého partnera u porodu.

Položka č. 18: Odkud jste čerpala informace o období šestinedělí a kojení?

- a) Od svého ošetřujícího lékaře, z poradny
- b) Z kurzů a seminářů
- c) Z porodnice
- d) Z literatury
- e) Od kamarádek
- f) Z rodiny
- g) Z internetových zdrojů
- h) Jiné (uved'te) _____

Tabulka č. 18

	a	b	c	d	e	f	g	h
Matky dětí předškolního věku	30	16	32	42	39	29	34	3
Současné prvorodičky	16	20	42	37	29	26	34	2

Graf č. 18 a**Graf č. 18 b**

Informace ohledně šestinedělí a kojení všechny matky opět získávaly z více zdrojů. U matek dětí předškolního věku převažovaly informace z literatury 18,67%. Současné prvorodičky naopak preferovaly informace z porodnice (20,39%). Informace poskytované kamarádkami byly v obou skupinách rovněž voleny jako velmi časté (14,22% u matek dětí předškolního věku a 20,39% u současných prvorodiček). Informace poskytované rodinou upřednostňovaly matky dětí předškolního věku v 12,89% a současné prvorodičky v 12,62% odpovědí. Internet jako hlavní zdroj informací o období šestinedělí a kojení uvedlo 15,12% matek dětí předškolního věku a 16,50% současných prvorodiček. Informace od svého ošetřujícího lékaře čerpalo 13,33% matek dětí předškolního věku a 7,77% současných prvorodiček. Kurzy a semináře pro získávání těchto informací využilo 7,11% matek dětí předškolního věku a 9,71% současných rodiček. U možnosti „h“, tedy jiné zdroje informací

poznačovaly ženy, že pracují v oboru, ve zdravotnictví, a mají tedy s touto problematikou vlastní zkušenosti (1,33% matek dětí předškolního věku a 0,98% současných prvorodiček).

Položka č. 19: Pokud jste měla během těhotenství, porodu a kojení nějaké dotazy či problémy, na koho jste se nejčastěji obracela?

- a) Na rodinu (matka, sestra, jiná příbuzná)
- b) Na svého ošetřujícího lékaře
- c) Na kamarádky
- d) Na známou, která je z oboru
- e) Na internetové a jiné anonymní poradny
- f) Na literaturu
- g) Jiné (uved'te) _____

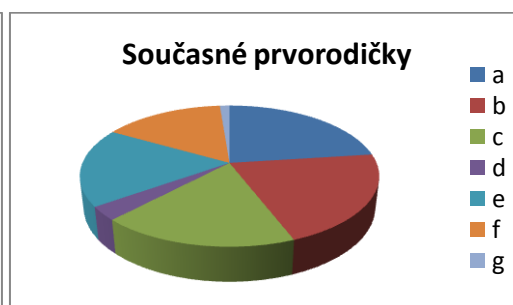
Tabulka č. 19

	a	b	c	d	e	f	g
Matky dětí předškolního věku	38	30	27	9	22	20	1
Současné prvorodičky	37	34	29	5	29	25	2

Graf č. 19 a



Graf č. 19 b



V průběhu těhotenství i krátce po něm je pro každou ženu potřebná podpora a pochopení okolí. Je nutné, aby těhotná žena měla možnost svěřit se se svými obavami a aby věděla, na koho se obrátit v případě, že se objeví jakékoliv problémy. Pro mnoho žen byla hlavní oporou rodina (25,85% matek dětí předškolního věku a pro 22,89% současných prvorodiček). Jako druhou nejvyužívanější možnost volily ženy obou skupin svého ošetřujícího lékaře (20,41% matek dětí předškolního věku a 21,12% současných prvorodiček). Jako další osoby, které dotazované ženy volily jako svoji oporu a pomoc byly označovány jejich kamarádky. U matek dětí předškolního věku to bylo 18,37% a u současných prvorodiček 18,01% žen. Některé ženy pak zvláště využívaly pomoci a rad od kamarádek, které se tomuto oboru věnují pracovně (6,12% matek dětí předškolního věku a 3,11% současných prvorodiček). Internetové zdroje a poradny využívalo 14,96% matek dětí předškolního věku a 18,01% současných prvorodiček. Možnost „jiné“ zvolilo pouze 0,68% matek dětí předškolního věku a

1,24% současných prvorodiček. Opět se jednalo o ženy, které v daném oboru pracují a mají tedy vlastní zkušenosti s touto problematikou.

Následující otázky byly určeny pouze matkám dětí předškolního věku, které již mají toto období za sebou a mohou tedy o svých zkušenostech a pocitech snáze hovořit.

Položka č. 20: Jak byste hodnotila informovanost o těhotenství, porodu a období kojení s časovým odstupem?

- a) Všechno důležité jsem věděla, byla jsem dostatečně informována
- b) Některé informace mi unikly, ráda bych je znala dříve
- c) Byla jsem málo informována
- d) Většinu důležitých informací jsem neměla
- e) Nebyla jsem informována
- f) Nepamatuji se

Tabulka č. 20

	a	b	c	d	e	f
Matky dětí předškolního věku	38	31	1	0	0	0

Graf č. 20



S odstupem času hodnotí mnohé ženy své emoce a prožitou bolest již méně silně. Avšak důležité informace, které žena v těchto obdobích neměla, mohly často způsobit i nějaká závažná poškození na psychickém i fyzickém stavu matky i dítěte. Je zajímavé, že zpětně by ženy tyto informace rády znaly dříve, ale v období, kdy určité situace právě prožívají, nemají obvykle zájem tyto informace shánět, přestože jim současná doba nabízí nepřehledné množství způsobů, jak dané informace získat.

Je velmi správné, že se většina žen cítí i zpětně být velmi dobře informována a mají pocit, že jim během prožívání těchto období žádné informace nechyběly (54,29% žen). Přesto však zůstává velké množství těch matek, kterým některé zásadní informace scházely a rády by je znaly už v době, kdy je skutečně potřebovaly znát (44,28% žen). Naštěstí je 1,43% dotazovaných žen se domnívá, že byla nedostatečně informována.

Položka č. 21: Byly pro Vás informace poskytnuté dětskou sestrou v porodnici dostačující?

- a) Ano, nic dalšího jsem vědět nepotřebovala
- b) Pouze některé informace jsem si potřebovala doplnit (z rodiny, z literatury, internetu, apod.)
- c) Většina informací byla nedostatečná, nebo bylo informací málo
- d) Ne, informace poskytnuté porodnicí byly zcela nepostačující

Tabulka č. 21

	a	b	c	d
Matky dětí předškolního věku	23	31	15	1

Graf č. 21



Porodnice je místem, kde se žena poprvé setkává tváří v tvář s dítětem, učí se o něj pečovat a rozumět jeho potřebám. Většinou každá žena potřebuje zpočátku s péčí o dítě pomoci a poradit. K tomu jsou v porodnicích dětské sestry a lékařky. Ty mamince všechno názorně předvedou a doporučí, jak by se o dítě měla starat.

Většina maminek (44,29%) hodnotí informace poskytované dětskou sestrou jako téměř dostatečné a uvádějí, že si jen některé informace potřebovaly později doplnit. Naopak jako dostačující hodnotí tyto informace 32,85% matek dětí předškolního věku. 21,43% matek se domnívají, že informace poskytnuté dětskou sestrou v porodnici byly nedostatečné, nebo jich bylo málo. Bohužel pro 1,43% maminek byly tyto informace zcela nepostačující.

Položka č. 22: Období kojení pro Vás bylo:

- a) Obdobím sblíživáním s dítětem
- b) Obdobím stresu
- c) Obdobím nejistoty
- d) Obdobím nervozity
- e) Obdobím klidu a odpočinku
- f) Obdobím štěstí
- g) Jiné (uved'te) _____

Tabulka č. 22

	a	b	c	d	e	f	g
Matky dětí předškolního věku	53	10	10	11	15	28	3

Graf č. 22

Období kojení je jedním z nejdůležitějších pro utváření vztahu matka-dítě. V těchto chvílích se dítě učí svou matku poznávat a zároveň matka poznává své dítě. Poměrně často se však stává, že matka není psychicky zcela vyrovnaná a toto období pro ni nepředstavuje jen radost a štěstí z narozeného dítěte.

Nejvíce z dotazovaných matek hodnotí období kojení jako období sblíživání s dítětem (40,77%). Pro 21,54% matek dětí předškolního věku bylo toto období obdobím štěstí, pro 11,54% obdobím klidu a odpočinku.

Poměrně velká část žen však toto období nehodnotí zcela kladně. 8,46% žen prožívalo v průběhu kojení období nervozity, 7,69% žen pak jako období nejistoty, nebo období stresu. Pouhá 2,31% žen uvedlo, že jim ani jedna z nabízených možností nevyhovuje, neuvedly však, čím pro ně toho období bylo.

Položka č. 23: Jaké emoce u vás převládaly po porodu?

- a) Trpěla jsem poporodními depresemi
- b) Úzkost a strach
- c) Nejistota a napětí
- d) Nervozita a podrážděnost
- e) Štěstí a radost
- f) Nadšení a zvědavost
- g) Pocity úlevy
- h) Nevzpomínám si

Tabulka č. 23

	a	b	c	d	e	f	g	h
Matky dětí předškolního věku	15	17	21	11	44	19	15	0

Graf č. 23

V souvislosti se stále se zvyšujícím povědomím o tzv. poporodních depresích je poslední otázka zaměřena právě na tuto problematiku. Mnoho žen si však ani zpětně nepřipouští a neuvědomuje, že trpěly poporodní depresí a označují odpovědi, které s depresemi úzce souvisí.

Z dotazovaných žen například označují jako převládající emoce úzkost a strach (11,97%), nejistotu a napětí (14,79%) nebo nervozitu a podrážděnost (7,57%).

Nejvíce žen (30,99%) však míní, že emoce, které u nich převládaly v období po porodu, byly radost a štěstí. Pocity nadšení a zvědavosti uvedlo 13,38% dotazovaných žen a pocit úlevy převažoval u 10,56% matek dětí předškolního věku.

6.4 Diskuze

Výzkumná otázka číslo 1: Byly matky dětí předškolního věku méně informovány o průběhu těhotenství, porodu a kojení, než současné prvorodičky?

Odpověď na otázku č. 1:

Matky dětí předškolního věku byly méně informované o průběhu těhotenství, porodu a kojení než současné prvorodičky. Z jejich názorů vyplývá, že byly zcela dostatečně informovány pouze z 60%, zatímco současné prvorodičky uvádí dostatečnost informací ze 67,14%. Není překvapivé, že některým ženám unikla část informací. Každá žena je jiná, ne všechny ženy jsou schopné vše postřehnout, zapamatovat si a řídit se podle doporučení. Není však dobré, že 1,43% matek dětí předškolního věku a stejné procento současných prvorodiček mají pocit, že jim unikla většina informací. Nedostatek informací může vést v některých případech až k poškození zdraví matky či dítěte, výjimečně i k jejich ohrožení na životě. Alarmujícím zjištěním je však tvrzení 1,43% matek dětí předškolního věku o tom, že byly zcela nedostatečně informovány. Vzhledem ke stále se zvyšujícímu využívání internetu jako zdroje informací by bylo vhodné právě tímto způsobem působit na budoucí matky a poskytovat jim tak co možná nejvíce informací. Způsob předávání informací hraje rovněž velkou roli. Většina matek nestojí o odborné texty, kterým často laik ani neporozumí. Důležité je informovat ženy jasně a stručně a poskytnout jim i prostor pro dotazy, aby si tak mohly doplnit, co potřebují, nebo se zeptat na fakta, kterým dostatečně neporozuměly.

Výzkumná otázka číslo 2: Je většina dětí plánovaná?

Odpověď na otázku č. 2:

Většina dětí je v současné době plánovaná. Z předškolních dětí je to 75,71%, a z dětí narozených v současnosti jde až v 77,14% případů o plánované početí. Je tomu tak pravděpodobně díky masivnímu využívání různých druhů antikoncepce a také díky zodpovědnosti partnerů. Významnou roli v této otázce hraje i umělé přerušování těhotenství zvané interrupce, které je v dnešní době, oproti minulým létům, považováno za zcela běžné a zdraví neškodné. Velkou roli při rozhodování o umělém přerušování těhotenství však často sehrává náboženské vyznání či morální přesvědčení, které matkám nedovoluje tento lékařský zákrok podstoupit. Plánované početí sebou přináší velké množství výhod, jakými mohou být například finanční a materiální zabezpečení rodiny, fyzická a psychická příprava na narození dítěte, či přijetí závazku k rodině a k dítěti. Rodiče, kteří se rozhodnou mít dítě, často začínají

uvažovat o společné budoucnosti, o svém vztahu a o všem, co je k zabezpečení rodiny potřeba. Mnoho párů pak narození dítěte velmi „stmelí“ a dodá jejich životu a především jejich vztahu jasný smysl a vidinu společné budoucnosti.

Výzkumná otázka číslo 3: Měla většina mužů radost z otěhotnění svojí ženy?

Odpověď na otázku č. 3:

Narození dítěte zasáhne velmi do života nejen matky, když tu samozřejmě ovlivňuje již od početí dítě daleko více, ale i život otce. Ne každý muž je však na příchod svého potomka připraven, a proto se často stává, že jeho reakce na otěhotnění partnerky nebývají vždy kladné. V tomto zkoumání však velká většina mužů měla z těhotenství své partnerky radost a projevovala kladné emoce. Velkou roli u budoucích tatínků sehrála však i nervozita, protože se ve velkém procentu dotazovaných jednalo nejen o první dítě ženy, ale očekávané dítě bylo i prvním potomkem otce. Lze očekávat, že muž bude mít z takové změny strach, bude se pravděpodobně bát i o zdraví své partnerky a bude ho obklopovat nejistota a napětí. Proto je nutné dbát nejen na informovanost budoucích maminek, ale i na dostatek informací směřujících k budoucím tatínkům, kteří mnohdy nemají ani tušení, co se s jejich ženou děje, proč se chová jinak než obvykle. Tatínkové si k dítěti vytváří vztah vlastně až po narození, zatímco matky své dítě milují často už mnohem dříve. Často pociťují mateřskou lásku už při prvních znatelných pocitech dítěte, či při pohledu na fotografii z vyšetření nebo na monitor u lékaře.

Výzkumná otázka číslo 4: Vyvolala informace potvrzující těhotenství u všech žen kladné emoce?

Odpověď na otázku č. 4:

Početím dítěte se v těle matky začíná odehrávat velké množství změn, jak hormonálních, tak i fyzických. Obvykle je proto nutné, aby se budoucí matka svému stavu přizpůsobila a dbala zvýšené opatrnosti o zdraví své i dítěte. Je neuspokojivé, že 8,57% žen z obou dotazovaných skupin nijak neměnily svůj dosavadní život a nepřipravovaly se na příchod svého dítěte. Není samozřejmě nutné, aby těhotné ženy od základů měnily svůj život, ale je třeba minimálně brát ohled na dítě a ženu v tomto období zbytečně nepřetěžovat. Důležitá je i kvalitní strava, dostatek odpočinku a především klidné a bezpečné prostředí. Těhotenství je zcela přirozený stav, nejedná se o nemoc, proto není nutné, aby se žena jako nemocná chovala. Věnováním pozornosti vlastnímu jednání ženy zvyšují kvalitu svého života i života dítěte.

Výzkumná otázka číslo 5: Je většina dětí plánovaná?

Odpověď na otázku č. 5:

Mnoho žen má z těhotenství a později i z porodu velký strach. Především u prvorodiček bývají obavy velké, neboť většina z nich nemá dostatečně přesnou představu o tom, co je čeká. Emoce, které však žena během těhotenství prožívá, se přenášejí na dítě a dítě je tak prožívá zároveň s matkou. I přes velké obavy má naštěstí velká většina žen s těhotenství radost a prožívá veskrze kladné emoce. Je smutné, že 1,18% žen zažívalo jako prvotní pocity po potvrzení těhotenství velmi záporné emoce, dokonce pro ně dítě představovalo neštěstí či problém. To však zdaleka neznamená, že by tyto ženy měly být v budoucnu špatnými matkami. Informovanost o této problematice však může být ženám prospěšná i z toho důvodu, že nebudou muset trpět strachem z neznámého a budou se tak moci na své miminko daleko více těšit.

Výzkumná otázka číslo 6: Byly informace poskytované lékaři pro většinu žen vždy srozumitelné?

Odpověď na otázku č. 6:

Informace, které lékaři podávají svým pacientkám, bývají považovány za ty nejspolehlivější a většina žen je považuje za nejdůležitější ze všech informací týkajících se těhotenství, porodu i šestinedělí. Bohužel se však stává, že informace, které ženě lékař poskytuje, nejsou sdělovány zcela srozumitelně a žena je může pochopit i jinak, než byly míněny. Naštěstí je si většina lékařů této svojí důležitosti velmi dobře vědoma a snaží se tak, aby ženy jejich informacím vždy správně porozuměly. Přesto však 15,71% matek dětí předškolního věku a 17,14% současných prvorodiček zcela porozuměly jen některým informacím a některé informace pro ně nebyly zcela srozumitelné. Pouze 1,43% současných prvorodiček nebyla většina informací dostatečně srozumitelně interpretována.

Výzkumná otázka číslo 7: Představovali muži pro těhotné ženy vždy velkou oporu?

Odpověď na otázku č. 7:

Partner, jenž ženu v těchto významných životních etapách doprovází, může pro ni představovat velkou oporu. Ne každý muž je však této opory schopen, dokonce se často stává, že muži reagují neadekvátně a pro těhotnou ženu představují spíše zátěž. Žádná z dotazovaných žen však nehodnotí partnerovo jednání zcela záporně, tedy žádná z těchto žen neoznačila, že by jí partner během těhotenství, při porod nebo v šestinedělí dělal potíže.

Naštěstí 72,86% matek dětí předškolního věku a celých 90,00% současných prvorodiček hodnotí jednání svého partnera jako velkou oporu.

Výzkumná otázka číslo 8: Navštěvovaly všechny ženy pravidelně těhotenskou poradnu?

Odpověď na otázku č. 8:

Návštěva těhotenské poradny je naprosto základní prevencí jakýchkoli problémů či poruch v těhotenství. Ženy, které těhotenskou poradnu navštěvují nepravidelně, či dokonce vůbec, velmi hazardují se zdravím a mnohdy i se životem svým i svého dítěte. Mimo jiné je těhotenská poradna pro každou ženu dalším zdrojem informací, které jsou navíc zprostředkovávány osobně člověkem v této oblasti nejkompetentnějším, tedy odborným ženským lékařem. Informace dostupné kdekoli jinde jsou směřovány pro většinu žen bez ohledu na její individuální osobnost, zdravotní či mentální stav a na její stávající situaci. Proto nikdo jiný než lékař, který pravidelně ženu vyšetřuje, zná celou její anamnézu a stávající situaci, nemůže té konkrétní ženě poskytnout tolik důležitých informací a pomoci ji s jejími zdravotními problémy. Velmi znepokojující jsou však v tomto výzkumném šetření odpovědi 5,71% respondentek z obou skupin, že těhotenskou poradnu nenavštěvovaly. Z těchto odpovědí je na první pohled patrné, že jak matky dětí předškolního věku, tak současné prvorodičky nejsou o dané problematice dostatečně informovány. Pokud by totiž byly dostatečně informovány, jen těžko by se dalo předpokládat, že by vědomě a dobrovolně ohrožovaly zdraví a život sebe i dítěte.

Výzkumná otázka číslo 9: Měly všechny ženy zájem o získávání co nejvíce informací týkajících se průběhu těhotenství, porodu a kojení?

Odpověď na otázku č. 9:

Přestože informovanost matek dětí předškolního věku ani současných prvorodiček není v žádném ohledu stoprocentní, většina žen tuto nedostatečnou informovanost neřeší. Nejvíce žen se spokojí s informacemi, které je zajímají a o ostatní se nestarají. To, že i méně zajímavé či atraktivní informace mohou být velmi důležité, většinu žen netrápí. Jen 20,27% matek dětí předškolního věku a 26,39% současných prvorodiček se snažilo informovat maximálně, jak jen to bylo možné. Více informací pro ně představovalo více jistoty. Možná právě již zmiňovaným nesprávným způsobem podávání informací však vznikla druhá skupina žen, která o více informací zdaleka nestála, naopak je zneklidňovaly. Na druhou stranu je pochopitelné, že některé informace mohou v ženách právem vzbuzovat obavy a nepříjemné pocity, proto jsou ženy raději, když vědí jen to nutnější a z ostatních informací se nestresují.

Výzkumná otázka číslo 10: Měly některé ženy speciální požadavky na průběh porodu?

Odpověď na otázku č. 10:

V dnešní moderní společnosti se velmi často zavádí do všech oblastí lidského života nejrozumnější individuální a alternativní přístupy. Důležitost těchto postupů je velmi znatelná například právě u porodu, kde bývá psychická pohoda ženy – rodičky zdaleka nejdůležitější. Naše společnost již dospěla do stavu, kdy si většina pacientů může předkládat speciální požadavky na způsob svojí léčby či provádění lékařských zákroků. Stejně tak je tomu i u porodu. Většina žen je o možnosti využití těchto postupů informována, ale jen velmi málo z nich o něco takového stojí, nebo si troufne s touto žádostí do porodnice přijít. Přestože dle měřítek společnosti se zájem o alternativní přístupy stále rozvíjí, podle odpovědí dotazovaných žen je to přesně naopak. Zatímco matky dětí předškolního věku neměly o alternativní porod nebo jeho prvky zájem z 70%, současné prvorodičky tuto možnost odmítají až z 85,71%. I když některé ženy své speciální požadavky v porodnici předloží, mnohdy se stane, že nejsou splněny. Může se jednat o zdravotní komplikace, nebo i o lenost lékaře.

Výzkumná otázka číslo 11: Doprovázel většinu respondentek k porodu partner?

Odpověď na otázku č. 11:

Jak už bylo několikrát zmíněno, partner může pro ženu představovat velkou oporu. Tuto oporu oceňují mnohé ženy především v nejtěžších chvílích, tedy u porodu. Přítomnost otce u porodu není však vždy jednoznačně kladnou záležitostí. Vzhledem k průběhu porodu, jeho náročnosti a „nevzhlednosti“ se mnoha mužům později obtížně obnovuje sexuální život. Žena v mužových očích na jednu stranu stoupne v ceně, muž ji obdivuje, že porod zvládla a přivedla mu na svět potomka. Na druhou stranu však její pohlavní orgány porodem velmi a nezvratně utrpěly a již nikdy se navrátí zcela do původního stavu. Navíc i velké emocionální vypětí během porodu, kterému muž může jediné přihlížet, nebývá pro vztah zcela vhodné. Žena se navíc porodem může cítit muži nadřazená, což muž někdy dokonce „uznává“ a pro vztah to opět nebývá přínosné.

Výzkumná otázka číslo 12: Získávaly ženy informace z více různých zdrojů?

Odpověď na otázku č. 12:

Získávání informací o průběhu těhotenství, porodu a kojení, resp. šestinedělí, se u různých žen velmi odlišuje. Některé ženy mají velmi dobré rodinné zázemí, dobré vztahy s rodiči, a proto se většinu informací dovídají právě z rodiny, nebo ze zdrojů, které jim rodina doporučí. Jiné ženy vyhledávají více rady a zkušenosti kamarádek, některé se stydí o těchto problémech

komunikovat s lidmi, a tak používají k získávání informací spíše literaturu či internet. Pro další typ žen jsou důležité praktické a názorné ukázky, například z nejrůznějších kurzů a seminářů. Všechny ženy by však na prvním místě měly být informovány svým ošetřujícím lékařem a jen informace, které jsou „navíc“, by si měly vyhledávat a zjišťovat jinde. Většina z dotazovaných žen však nečerpá zdaleka jen z jednoho zdroje, dokonce se objevují i odpovědi, že se ženy pokoušely získávat informace ze všech nabízených zdrojů. Toto zjištění je velmi příjemné a vede tedy k možnosti zvyšování informovanosti těhotných žen všemi možnými a dostupnými zdroji informací. Pro společnost je to opět signál, že informovanost není zcela nedostatečná, ale je ještě mnoho způsobů a možností, jak informovanost zlepšit. Kdyby se totiž všechny ženy dozvěděly všechny informace z jednoho zdroje, už by jistě nepotřebovaly vyhledávat zdroje další.

Výzkumná otázka číslo 13: Obracely se těhotné ženy se svými dotazy a problémy na své ošetřující lékaře?

Odpověď na otázku č. 13:

Přestože jedinou kompetentní osobou pro podávání konkrétních informací při zdravotních problémech těhotné ženy je její ošetřující lékař, mnoho žen se se svými obtížemi velmi často obrací na jiné osoby. Těmito osobami často bývají členové rodiny, kamarádi, internetové poradny a jiné. Díky úzkým vztahům v rodinách se jednotlivé informace velmi často předávají z generace na generaci. Tento způsob informací je jistě velmi přínosný, avšak mnohé ženy si daleko více pamatují nepříjemné zážitky především z vlastních porodů, čímž výrazně zvětšují strach budoucí rodičky a narušují tak její psychickou pohodu v těhotenství i u porodu. Navíc pokrok veškeré techniky i přístupu k pacientce se velmi rychle mění, naštěstí stále k lepšímu, proto je velmi nepravděpodobné, že by přístup lékařů, či technická pomoc během porodu byla nedostatečná, jak tomu například bývalo dříve. Podpora rodiny hraje velmi výraznou roli v psychickém prožívání gravidních žen. Každá osoba by však měla dobře dbát na to, jaké informace budoucí mamince sděluje, jaké osobní prožitky do svého vyprávění přidává, a snažit se těhotnou ženu v žádném případě nestresovat, naopak ji uklidnit a ujistit, že vše bude v pořádku. Informace z internetových zdrojů či od kamarádek bývají také velmi často zkreslené, proto není dobré jim zcela důvěřovat. Stejně tak kurzy či semináře a v některých případech i literatura podávají informace spíše obecné a ne každé mamince mohou být tyto informace užitečné. Je vždy potřeba, aby se budoucí maminky naučily informace nejen přijímat, ale také s nimi pracovat, vybrat si, co je pro ně přínosné a užitečné a umět vyčlenit ty informace, které se jejich těhotenství netýkají a zbytečně se tak nestrachovat.

Těhotenství i porod jsou zcela běžné životní situace, a když je zvládly tisíce žen dříve, zvládne je jistě i každá další maminka.

Závěr

Tato diplomová práce hovoří nejen o problémech těhotenství, porodu a kojení, ale také poukazuje na mnohé způsoby, kterými by bylo možné stávající situaci vylepšit a pomoci tak nastávajícím matkám, aby se cítily lépe než ty před nimi a aby nad jejich obavami a strachy převládala radost a štěstí.

Mezi hlavní problém současné společnosti patří bezpochyby nedostatečná informovanost o těchto tématech. Zčásti můžeme vinu za tento problém přičítat tomu, že donedávna byla veškerá témata spojená se vznikem života a lidskou sexualitou tabuizována. Ani tento problém by však neměl zabránit budoucím maminkám, aby se o svém současném stavu, tedy těhotenství, o porodu a jeho průběhu i o poporodních potížích dozvěděly co nejvíce informací. Pro každou ženu, která je poprvé těhotná, představují tato období něco zcela nového a právem z nich proto mívají velké obavy a strach.

Informace, které jsou ženám dnes dostupné, mnohdy zdaleka nejsou dostatečné, v horším případě ženy od těhotenství dokonce odrazují. Je běžné, že se v těhotenství vyskytují určité problémy a žena prožívá fyzické i psychické změny. To však neznamená, že těhotenství je jen obdobím strachu, nemocí, vývojových vad dětí a nenávratného poškození ženy.

Těhotenství je jedním z nejkrásnějších životních období každé ženy, kdy uvnitř ní postupně vzniká nový život. Každá žena i dítě si zaslouží toto období prožívat v klidu, jako období radosti, přípravy a očekávání. Chvilky, které dítě prožívá uvnitř těla matky, jej velmi často ovlivňují po celý život.

Každý člověk má právo na informace o svém zdravotním stavu. Stejně tak i budoucí maminka by měla vědět, co se s jejím tělem bude v období těhotenství, porodu a kojení dít, měla by vidět, jak se její dítě vyvíjí, měla by znát možná rizika i radosti, které každé těhotenství přináší. Je v zájmu každé ženy, aby tato informace vyhledávala a věnovala jim zvláštní pozornost. V zájmu společnosti zase je, aby matky měly snadný přístup ke všem potřebným informacím a aby jich měly vždy dostatek. Většinu nejdůležitějších informací by měli ženám zprostředkovávat jejich ošetřující lékaři. Často se však stává, že v každodenním shonu nejsou lékaři schopni, nebo i ochotni, každou ženu informovat natolik, aby všechny důležité informace pochopila, nebo aby se k ní vůbec dostaly. Proto se mnoho žen později uchyluje k samostatnému získávání informací, které jim schází a často při tomto hledání narazí. Problémem často bývají nepřesné a polopatické informace od „zkušenějších“ kamarádek, internetové poradny, které nemají dostupné konkrétní informace o konkrétní matce.

Literatura bývá mnohdy natolik odborná, že jí běžná žena, která navíc nepracuje ve zdravotnictví, ani nemůže porozumět. Dalším případem jsou vydávaná díla, která lze s trochou nadsázky označit jako brak. Obrázky roztomilých dětí a jejich spokojených rodičů, kteří se na porodním sále mile usmívají, dávají ženám pocit, že porod je vlastně pouze příjemným zážitkem, kde nikoho nic nebolí a všichni jsou po celou dobu jeho průběhu neskonalé šťastní. Ani takto pozitivně namířená literatura není v žádném případě pro ženy přínosná.

Hlavním problémem, kterou tato práce řeší je nedostatečná informovanost těhotných žen, později rodiček a matek o dané problematice. Vzhledem k možnostem, které nám současná společnost nabízí, by bylo velmi dobré, zapojit do této informovanosti i širokou veřejnost. Internetové zdroje jsou dnes nejčastějším zdrojem k vyhledávání informací, proto by bylo jistě vhodné zaměřit se především na tuto oblast a veřejnost tímto způsobem informovat. Je pravdou, že v současnosti na internetu bez problémů nalezneme hned několik serverů, které se touto problematikou zabývají. O jejich věrohodnosti by si však měl udělat obrázek každý sám.

Při zpracovávání této práce jsem narazila na mnohé publikace, které se lišily velmi významně i svým obsahem a prakticky jedna vylučovala informace, které poskytovala jiná. Proto je vhodné, aby si všichni, kdo s danými informacemi pracují, nebo se o ně jen zajímají, věnovali zvýšenou pozornost zpracování informací a jejich přijímání. Stejně jako internet, ani literatura neobsahuje všechny informace zcela odpovídající realitě.

Velkou zkušeností při vypracovávání této práce pro mě byly návštěvy brněnské porodnice, kde jsem měla díky velké ochotě personálu možnost prohlédnout si veškeré vybavení a zařízení, nahlédnout k ženám, které se na porod chystaly, nebo byly krátce po něm. Díky této zkušenosti mohu říci, že by každá žena měla před porodem porodnici navštívit, seznámit se s jejím prostředím a „na vlastní kůži“ se přesvědčit, že nic není tak zlé, jak to na první pohled vypadá.

Přestože jsem od malička v těsném kontaktu s porodním sálem, při studiu literatury k této práci jsem si uvědomila mnoho dalších poznatků, které očima porodní asistentky, mojí maminky, nejsou na první pohled vůbec patrné. Proto doufám, že tato práce nebude sloužit jen ženám, které se na těhotenství a porod právě chystají, ale i těm, kteří s těmito ženami pracují, a přinesou jim snad jiný pohled na každodenní rutinní záležitosti, které ve svém zaměstnání vykonávají.

Pro mě osobně byla tato práce také velkým přínosem a přes počáteční obavy a strach, který mě provázel celou tvorbou této práce, jsem nyní v jejím závěru se všemi informacemi,

které se mi podařilo získat, velmi spokojená a sama se na období těhotenství, porodu i kojení začínám velmi těšit.

Seznam zkratek

- *Např.* – například
- *S.* – strana
- *Atd.* – a tak dále
- *Aj.* – a jiné
- *Apod.* – a podobně
- *A kol.* – a kolektiv
- *Resp.* – respektive
- *Tj.* – to je
- *Tzv.* – tak zvané
- *Viz obr.* – viz obrázek
- *Atp.* – a tak podobně
- *ml* – mililitr
- *IVF* – umělé oplodnění
- *PPD* – poporodní deprese

Seznam příloh

Příloha č. 1: Obrázek číslo 1. – Maslowova pyramida potřeb

Příloha č. 2: Dotazník určený matkám dětí předškolního věku

Příloha č. 3: Dotazník určený současným prvorodičkám

Seznam pramenů a literatury

- ATKINSON, R. *Psychologie*. Druhé, aktualizované vydání, Praha: Portál, 2003, 751 stran. ISBN 80-7178-640-3
- BRIERLEY, J. *7 prvních let života rozhoduje*. První vydání, Praha: Portál, 2000, 112 stran. ISBN 80-7178-484-2
- BŮŽEK, A.; MICHALÍK, J. *Informatorium (nejen) o právech dítěte*. První vydání, Olomouc: UP Olomouc, 2000, 170 stran. ISBN 80-244-0054-5.
- ČERMÁKOVÁ, B. *K porodu bez obav*. První vydání, Brno: ERA, 2008, 144 stran. ISBN 978-80-7366-114-4
- DOSTÁL, M. A.; OPRAVILOVÁ, E. *Úvod do předškolní pedagogiky*. První vydání, Praha: SPN, 1985, 253 stran. 14-484-85
- EYER, L.; EYER, R. *Jak naučit děti hodnotám*. První vydání, Praha: Portál, 2000 160 stran. ISBN 80-7178-360-9
- FENWICKOVÁ, E. *Velká kniha o matce a dítěti*. Druhé vydání, Bratislava: PERFEKT, 1993, 253 stran. ISBN 80-85261-14-6
- HOLOUŠOVÁ, D.; KROBOTOVÁ, M. *Diplomové a závěrečné práce*. Druhé vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, 117 s. ISBN 80-2441237-3
- CHMEL, R. *Průvodce těhotenstvím*. První vydání, Praha: Grada Publishing, 2004, 140 stran. ISBN 80-247-0962-7
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. První vydání, Praha: Grada Publishing, 2007, 272 stran. ISBN 978-80-247-1369-4
- JANÁČKOVÁ, L.; WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. První vydání, Praha: Portál, 2008, 133 stran. ISBN 978-80-7367-477-9
- KERN, H.; MEHL, CH.; NOLZ, H.; PETER, M.; WINTERSPERGER, R. (a kol.) *Přehled psychologie*. První vydání, Praha: Portál, 1999, 289 stran. ISBN
- KOLLÁRIKOVÁ, Z.; PUPALA, B. *Předškolní a primární pedagogika*. První vydání, Praha: Portál, 2001, 455 stran. ISBN 80-7178-585-7.
- KOMENSKÝ, J. A. *Informatorium školy mateřské*. Druhé vydání, Praha: Academia, 2007, 132 stran. ISBN 978-80-200-1451-1
- KOPŘIVOVÁ, D. *Český průvodce mateřstvím*. První vydání, Praha: Tvarohová-Kolář, 2005, 119 stran. ISBN 80-86738-08-6

- KOŤÁTKOVÁ, S. *Dítě a mateřská škola*. První vydání, Praha: Grada Publishing, 2008, 200 stran. ISBN 978-80-247-1568-1
- LAZAROVÁ, J. *Přípravenost na vstup do základní školy v podmínkách běžné a alternativní mateřské školy*, Bakalářská práce. Brno: 2011.
- MACKŮ, F.; MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. První vydání, Praha: Grada Publishing, 1998, 328 stran. ISBN 80-7169-589-0
- MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Druhé vydání, Praha: Portál, 1999, 143 stran. ISBN 80-7178-320-X
- MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. První vydání, Praha: Grada, 2005, 182 stran. ISBN 80-247-0870-1
- MATĚJČEK, Z.; DYTRICH, Z. *Jak a proč nás trápí děti*. První vydání, Praha: Grada, 1997, 187 stran. ISBN 80-7169-587-4
- MATĚJČEK, Z.; POKORNÁ, M. *Radosti a strasti*. První vydání, Jinočany: H+H, 1998, 205 stran. ISBN 80-86022-21-8
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. První vydání, Praha: Sociologické nakladatelství, 1997, 124 stran. ISBN 80-85850-24-9.
- NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. První vydání, Praha: Academia, 2000, 335 stran. ISBN 80-200-0763-6
- NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. První vydání, Brno: Grada, 2001, 148 stran. ISBN 80-7169-938-1
- PAŘÍZEK, A. *Kritické stavy v porodnictví*. První vydání, Praha: Galén, 2013, 285 stran. ISBN: 978-80-726-294-9
- PLZÁK, M. *Gordické uzly*. První vydání, Praha: Mladá fronta, 1986, 126 stran. ISBN
- POLOKOVÁ, A. *Dojčenie*. První vydání, Bratislava: Mamila, 2011, 121 stran. ISBN 978-80-970654-0-9
- PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. První vydání, Praha: Portál, 1995, 292 stran. ISBN 80-7178-029-4
- ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. První vydání, Praha: Grada Publishing, 2008, 408 stran. ISBN 978-80-247-1941-2
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. Páté, rozšířené vydání, Praha: Grada Publishing, 2007, 196 stran. ISBN 978-80-247-1174-4

STOLLOWSKY, L. *Baby lexikon*. První vydání, Praha: Grada Publishing, 2008, 336 stran. ISBN 978-80-247-2104-0

ŠMELOVÁ, E. *Ohlédnutí do historie předškolní výchovy*. První vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 75 stran. ISBN 978-80-244-2238-1

TRČA, S. *Plánované rodičovství*. První vydání, Praha: Grada Publishing, 2009, 160 stran. ISBN 978-80-247-2794-3

VAGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. První vydání, Praha: Karolinum, 2007, 522 stran. ISBN 80-7178-308-0

VOLLMER, H. *Hormony a co o nich musí vědět ženy*. První vydání, Praha: PRAGMA, 1999, 152 stran. ISBN 80-7205-680-8

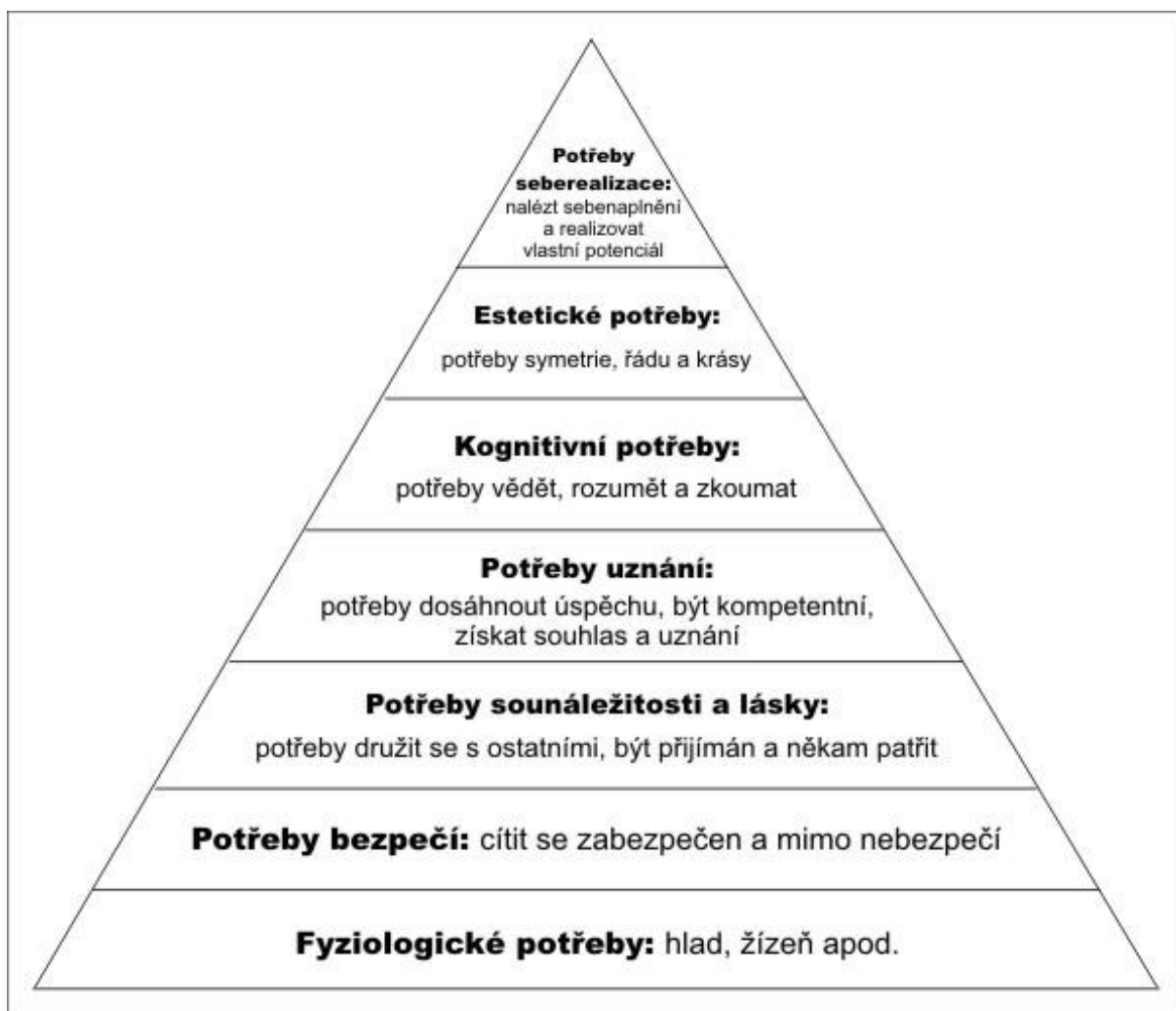
YATES, S. *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. První vydání, Brno: Computer Press, 2009, 128 stran. ISBN 978-80-251-2475-8

HLAVÁČKOVÁ, J. *Alternativní neboli přirozený porod* (výťah z absolventské práce, 1998) dostupné z: http://www.cestazeny.sk/zbornik_seminar_20081025

PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. Čtvrté vydání, Praha: Galén, 2009, 776 stran. ISBN 978-80-726-2653-3 dostupné z: <http://www.porodnice.cz/tehotenstvi/jsem-tehotna-zdrava/zmeny-organismu-tehotne/tehotenske-zmeny-na-rodidlech>

VYSEKALOVÁ, J. *Chování zákazníka*. První vydání, Praha: Grada, 2011, 360 stran, ISBN 978-80-247-3528-3 dostupné z: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreby/>

Příloha č. 1: Obrázek číslo 1. – Maslowova pyramida potřeb



zdroj: Chování zákazníka (J. Vysekalová)

Příloha č. 2: Dotazník určený matkám dětí předškolního věku

Dobrý den,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde v současné době studuji obor Předškolní pedagogika. V rámci svého studia právě zpracovávám Diplomovou práci s názvem „Emoce ženy v průběhu gravidity, porodu a kojení – informovanost matek dětí předškolního věku“.

Ke splnění podmínek odevzdání diplomové práce je potřeba provést a zpracovat určitý výzkum. Obracím se proto na Vás, matky dětí předškolního věku, 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 Váš názor. U každé otázky můžete označit jednu nebo více odpovědí.

Předem děkuji za Vaši spolupráci a přeji pěkný den

Bc. Jana Tomašiová, tel: 728618600

1. Máte pocit, že jste byla o těhotenství, porodu a kojení dostatečně informována?

- a) Ano, měla jsem k dispozici všechny potřebné informace
- b) Některé informace mi chyběly
- c) Většina důležitých informací mi unikla
- d) Ne, byla jsem zcela nedostatečně informována
- e) Nevzpomínám si

2. Bylo Vaše těhotenství plánované?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

3. Jak reagoval Váš partner na informaci o Vašem těhotenství?

- a) Měl radost a byl evidentně šťastný
- b) Měl velké obavy a strach
- c) Byl nervózní, ale spokojený
- d) Rozzlobilo ho to, nebyl rád
- e) Nestýkáme se

4. Přípravovala jste se významně na narození dítěte, změnila jste např. životní styl?

- a) Ano, změnila jsem životní styl a zcela se oddala přípravám na příchod dítěte
- b) Ano, snažila jsem se žít zdravěji a lépe
- c) Ne, příliš jsem se neomezovala, nedocházelo k významným změnám
- d) Ne, nic jsem neměnila, žila jsem stejně jako dříve

5. Jaké pocity ve Vás vyvolala informace potvrzující Vaše těhotenství?

- a) Pocity štěstí, nadšení a radosti
- b) Pocity nejistoty a strachu
- c) Neutrální pocity, nic jsem necítila
- d) Žádné velké emoce, počítala jsem s tím
- e) Pocity neštěstí a vidiny problému
- f) Nevzpomínám si

6. Byly pro Vás informace sdělované lékařem jasné a srozumitelné?

- a) Ano, vše jsem pochopila, případně jsem se na potřebné informace zeptala
- b) Pouze některé informace nebyly zcela srozumitelné
- c) Většina informací byla nedostatečně vysvětlena či interpretována
- d) Ne, informace od mého lékaře nebyly srozumitelné

7. Pociťovala jste na sobě během těhotenství změny nálad?

- a) Ano, velmi často
- b) Ano, občas
- c) Jen výjimečně
- d) Ne, nepociťovala jsem žádné změny

8. Byl pro Vás partner v těhotenství a při porodu oporou?

- a) Ano, byl mi velkou oporou
- b) Snažil se, ale oporu mi neposkytoval
- c) Nebyl mi oporou
- d) Ne, naopak mi dělal potíže
- e) Nestýkáme se

9. Informace o změně emocí v těhotenství pro Vás byly:

- a) Přínosné, věděla jsem, na co se mám připravit, co mohu očekávat
- b) Občas jsem se za tyto informace „schovávala“, když se mi nedařilo správně se ovládat, nebo když mi „ujely nervy“
- c) Byly pro mě zbytečné
- d) Byly zajímavé, avšak u mě se nepotvrdily
- e) Žádné takové informace jsem neměla

10. Chodila jste pravidelně do těhotenské poradny?

- e) Ano
- f) Většinou ano
- g) Někdy
- h) Ne

11. Označte odpověď, která nejvíce odpovídá Vaším pocitům:

- a) Více informací o těhotenství, porodu a kojení ve mně vzbuzovalo více obav a nervozity
- b) Čím více informací jsem měla, tím více jsem byla klidná
- c) Nepřemýšlela jsem nad tím, jestli mám méně či více informací o těhotenství, porodu a kojení
- d) Informace, které jsem chtěla vědět, jsem se dověděla, ostatní jsem neřešila

12. Odkud jste čerpala informace o těhotenství?

- a) Od svého ošetřujícího lékaře, z poradny
- b) Z kurzů a seminářů
- c) Z literatury
- d) Od kamarádek
- e) Z rodiny
- f) Z internetových zdrojů
- g) Jiné (uveďte) _____

13. Trápily Vás těhotenské nevolnosti?

- a) Ano, velmi často
- b) Ano, občas
- c) Jen velmi málo
- d) Ne, netrpěla jsem nevolnostmi

14. Odkud jste čerpala informace o porodu a jeho průběhu?

- a) Od svého ošetřujícího lékaře, z poradny
- b) Byla jsem informována až v porodnici
- c) Z kurzů a seminářů
- d) Z literatury
- e) Od kamarádek
- f) Z rodiny
- g) Z internetových zdrojů
- h) Jiné (uveďte) _____

15. Věděla jste před porodem o tom, že existují alternativní porody, a že je možné si sestavit vlastní porodní plán?

- a) Ano, věděla, ale neměla jsem o něco takového zájem.
- b) Ano, věděla a tuto možnost jsem využila.
- c) Ano, věděla, ale nebylo mi umožněno něco takového využít.
- d) Ne, nevěděla. Ráda bych něco takového využila.
- e) Ne, nevěděla. O alternativní porod nebo jeho prvky nemám zájem.

16. Měla jste nějaké speciální požadavky na průběh a způsob porodu? Pokud ano, byly splněny?

- a) Ne, žádné speciální požadavky jsem neměla
- b) Ano měla jsem nějaké požadavky, ale nebyly splněny
- c) Ano, měla jsem nějaké speciální požadavky a některé byly splněny
- d) Ano, měla jsem speciální požadavky a všechny byly splněny

17. Byl Váš partner přítomný u porodu?

- a) Ano
- b) Měli jsme to v plánu, ale nakonec to nebylo možné
- c) Ne, neplánovali jsme to
- d) Nestýkáme se

18. Odkud jste čerpala informace o období šestinedělí a kojení?

- i) Od svého ošetřujícího lékaře, z poradny
- j) Z kurzů a seminářů
- k) Z porodnice
- l) Z literatury
- m) Od kamarádek
- n) Z rodiny
- o) Z internetových zdrojů
- p) Jiné (uveďte) _____

19. Pokud jste měla ohledně těhotenství a porodu nějaké dotazy či problémy, na koho jste se nejčastěji obracela?

- a) Na rodinu (matka, sestra, jiná příbuzná)
- b) Na svého ošetřujícího lékaře
- c) Na kamarádky
- d) Na známou, která je z oboru
- e) Na internetové a jiné anonymní poradny
- f) Na literaturu
- g) Jiné (uveďte) _____

20. Jak byste hodnotila informovanost o těhotenství, porodu a období kojení s časovým odstupem?

- a) Všechno důležité jsem věděla, byla jsem dostatečně informována
- b) Některé informace mi unikly, ráda bych je znala dříve
- c) Byla jsem málo informována
- d) Většinu důležitých informací jsem neměla
- e) Nebyla jsem informována
- f) Nepamatuji se

21. Byly pro Vás informace poskytnuté dětskou sestrou v porodnici dostačující?

- a) Ano, nic dalšího jsem vědět nepotřebovala
- b) Pouze některé informace jsem si potřebovala doplnit (z rodiny, z literatury, internetu, apod.)
- c) Většina informací byla nedostatečná, nebo bylo informací málo
- d) Ne, informace poskytnuté porodnicí byly zcela nepostačující

22. Období kojení pro Vás bylo:

- a) Obdobím sbližováním s dítětem
- b) Obdobím stresu
- c) Obdobím nejistoty
- d) Obdobím nervozity
- e) Obdobím klidu a odpočinku
- f) Obdobím štěstí
- g) Jiné (uved'te) _____

23. Jaké emoce u vás převládaly po porodu?

- a) Trpěla jsem poporodními depresemi
- b) Úzkost a strach
- c) Nejistota a napětí
- d) Nervozita a podrážděnost
- e) Štěstí a radost
- f) Nadšení a zvědavost
- g) Pocity úlevy
- h) Nevzpomínám si

Příloha č. 3: Dotazník určený současným prvorodičkám

Dobrý den,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde v současné době studuji obor Předškolní pedagogika. V rámci svého studia právě zpracovávám Diplomovou práci s názvem „Emoce ženy v průběhu gravidity, porodu a kojení – informovanost matek dětí předškolního věku“.

Ke splnění podmínek odevzdání diplomové práce je potřeba provést a zpracovat určitý výzkum. Obracím se proto 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 Váš názor. U každé otázky můžete označit jednu nebo více odpovědí.

Předem děkuji za Vaši spolupráci a přeji pěkný den

Bc. Jana Tomašiová, tel: 728618600

1. Máte pocit, že jste byla o těhotenství, porodu a kojení dostatečně informována?

- a) Ano, měla jsem k dispozici všechny potřebné informace
- b) Některé informace mi chyběly
- c) Většina důležitých informací mi unikla
- d) Ne, byla jsem zcela nedostatečně informována
- e) Nevzpomínám si

2. Bylo Vaše těhotenství plánované?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

3. Jak reagoval Váš partner na informaci o Vašem těhotenství?

- a) Měl radost a byl evidentně šťastný
- b) Měl velké obavy a strach
- c) Byl nervózní, ale spokojený
- d) Rozzlobilo ho to, nebyl rád
- e) Nestýkáme se

4. Přípravovala jste se významně na narození dítěte, změnila jste např. životní styl?

- a) Ano, změnila jsem životní styl a zcela se oddala přípravám na příchod dítěte
- b) Ano, snažila jsem se žít zdravěji a lépe
- c) Ne, příliš jsem se neomezovala, nedocházelo k významným změnám
- d) Ne, nic jsem neměnila, žila jsem stejně jako dříve

5. Jaké pocity ve Vás vyvolala informace potvrzující Vaše těhotenství?

- a) Pocity štěstí, nadšení a radosti
- b) Pocity nejistoty a strachu
- c) Neutrální pocity, nic jsem necítila
- d) Žádné velké emoce, počítala jsem s tím
- e) Pocity neštěstí a vidiny problému
- f) Nevzpomínám si

6. Byly pro Vás informace sdělované lékařem jasné a srozumitelné?

- a) Ano, vše jsem pochopila, případně jsem se na potřebné informace zeptala
- b) Pouze některé informace nebyly zcela srozumitelné
- c) Většina informací byla nedostatečně vysvětlena či interpretována
- d) Ne, informace od mého lékaře nebyly srozumitelné

7. Pociťovala jste na sobě během těhotenství změny nálad?

- a) Ano, velmi často
- b) Ano, občas
- c) Jen výjimečně
- d) Ne, nepociťovala jsem žádné změny

8. Byl pro Vás partner v těhotenství a při porodu oporou?

- a) Ano, byl mi velkou oporou
- b) Snažil se, ale oporu mi neposkytoval
- c) Nebyl mi oporou
- d) Ne, naopak mi dělal potíže
- e) Nestýkáme se

9. Informace o změně emocí v těhotenství pro Vás byly:

- a) Přínosné, věděla jsem, na co se mám připravit, co mohu očekávat
- b) Občas jsem se za tyto informace „schovávala“, když se mi nedařilo správně se ovládat, nebo když mi „ujely nervy“
- c) Byly pro mě zbytečné
- d) Byly zajímavé, avšak u mě se nepotvrdily
- e) Žádné takové informace jsem neměla

10. Chodila jste pravidelně do těhotenské poradny?

- a) Ano
- b) Většinou ano
- c) Někdy
- d) Ne

11. Označte odpověď, která nejvíce odpovídá Vaším pocitům:

- a) Více informací o těhotenství, porodu a kojení ve mně vzbuzovalo více obav a nervozity
- b) Čím více informací jsem měla, tím více jsem byla klidná
- c) Nepřemýšlela jsem nad tím, jestli mám méně či více informací o těhotenství, porodu a kojení
- d) Informace, které jsem chtěla vědět, jsem se dověděla, ostatní jsem neřešila

12. Odkud jste čerpala informace o těhotenství?

- a) Od svého ošetřujícího lékaře, z poradny
- b) Z kurzů a seminářů
- c) Z literatury
- d) Od kamarádek
- e) Z rodiny
- f) Z internetových zdrojů
- g) Jiné (uved'te) _____

13. Trápily Vás těhotenské nevolnosti?

- a) Ano, velmi často
- b) Ano, občas
- c) Jen velmi málo
- d) Ne, netrpěla jsem nevolnostmi

14. Odkud jste čerpala informace o porodu a jeho průběhu?

- a) Od svého ošetřujícího lékaře, z poradny
- b) Byla jsem informována až v porodnici
- c) Z kurzů a seminářů
- d) Z literatury
- e) Od kamarádek
- f) Z rodiny
- g) Z internetových zdrojů
- h) Jiné (uved'te) _____

15. Věděla jste před porodem o tom, že existují alternativní porody, a že je možné si sestavit vlastní porodní plán?

- a) Ano, věděla, ale neměla jsem o něco takového zájem.
- b) Ano, věděla a tuto možnost jsem využila.
- c) Ano, věděla, ale nebylo mi umožněno něco takového využít.
- d) Ne, nevěděla. Ráda bych něco takového využila.
- e) Ne, nevěděla. O alternativní porod nebo jeho prvky nemám zájem.

16. Měla jste nějaké speciální požadavky na průběh a způsob porodu? Pokud ano, byly splněny?

- a) Ne, žádné speciální požadavky jsem neměla
- b) Ano měla jsem nějaké požadavky, ale nebyly splněny
- c) Ano, měla jsem nějaké speciální požadavky a některé byly splněny
- d) Ano, měla jsem speciální požadavky a všechny byly splněny

17. Byl Váš partner přítomný u porodu?

- a) Ano
- b) Měli jsme to v plánu, ale nakonec to nebylo možné
- c) Ne, neplánovali jsme to
- d) Nestýkáme se

18. Odkud jste čerpala informace o období šestinedělí a kojení?

- a) Od svého ošetřujícího lékaře, z poradny
- b) Z kurzů a seminářů
- c) Z porodnice
- d) Z literatury
- e) Od kamarádek
- f) Z rodiny
- g) Z internetových zdrojů
- h) Jiné (uveďte) _____

19. Pokud jste měla ohledně těhotenství a porodu nějaké dotazy či problémy, na koho jste se nejčastěji obracela?

- a) Na rodinu (matka, sestra, jiná příbuzná)
- b) Na svého ošetřujícího lékaře
- c) Na kamarádky
- d) Na známou, která je z oboru
- e) Na internetové a jiné anonymní poradny
- f) Na literaturu
- g) Jiné (uveďte) _____

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jana Tomašiová
Katedra:	Katedra psychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Emoce ženy v průběhu gravidity, porodu a kojení - informovanost matek dětí předškolního věku
Název v angličtině:	The emotions of a women in the course of pregnancy, childbirth and lactation - how much mothers of pre-school children know
Anotace práce:	Práce pojednává o některých důležitých obdobích života ženy a o prožívání těchto období. Zmiňovanými obdobími jsou: gravidita, porod, kojení, období šestinedělí a poporodní deprese. Součástí teoretické části této práce je i stručné pojednání o emocích jako takových, jejich klasifikace apod. Výzkumná část práce je zaměřena na zjišťování informovanosti matek dětí předškolního věku o dané problematice. V porovnání s matkami dětí předškolního věku je zjišťována i informovanost současných prvorodiček. V závěru jsou uvedeny výsledky šetření a doporučená opatření k nápravě stávající situace.
Klíčová slova:	gravidita, porod, kojení, emoce, alternativní porodnictví, hormonální změny, dítě předškolního věku, psychika ženy, šestinedělí, poporodní deprese, rodičovství, plánované početí
Anotace v angličtině:	The work discusses some important periods of life of women, and about the experiencing of these periods. Mentioned periods are: pregnancy, childbirth, breastfeeding, postpartum period, and postpartum depression. Part of the theoretical part of this work is a concise treatise on the emotions as such, their classification, etc. The research part of the work is focused on the detection of maternal awareness of preschool children on the subject. In comparison with the mothers of preschool children is recognized, as well as awareness of the current of the first time the fledgling female. In the end, are listed the results of the research investigation and recommended measures to remedy the existing situation.

Klíčová slova v angličtině:	pregnancy, childbirth, breastfeeding, emotions, alternative midwifery, hormonal changes, a child of pre-school age, the psychology of women, the puerperium, parenting, postpartum depression, the planned conception
Přílohy vázané v práci:	Ilustrace Grafy Tabulky
Rozsah práce:	92 stran
Jazyk práce:	Český jazyk