

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

STRESORY V TĚHOTENSTVÍ

Diplomová práce

Bc. Radka Štefánková, DiS.

Učitelství pro SŠ (český jazyk – psychologie)

(2010 – 2012)

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, duben 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni dne 13. dubna 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Kateřině Šámalové za odborné vedení diplomové práce, profesionální přístup, cenné rady a vstřícný postoj. Také děkuji MUDr. Martině Slaníkové a MUDr. Evě Fínkové za součinnost při praktickém šetření. V neposlední řadě děkuji všem osloveným maminkám za spolupráci.

OBSAH

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Psychologie ženy	10
<i>1.1 Psychika ženy v porovnání s reprodukčním cyklem</i>	<i>11</i>
1.1.1 Menstruace	12
1.1.2 Klimakterium	14
2 Plánované rodičovství	16
<i>2.1 Plánované otěhotnění</i>	<i>16</i>
<i>2.2 Zdravotní stav rodičů</i>	<i>17</i>
<i>2.3 Vhodný životní styl</i>	<i>18</i>
3 Těhotenství	20
<i>3.1 Obecné informace o graviditě</i>	<i>20</i>
<i>3.2 Tělesné změny v těhotenství</i>	<i>22</i>
3.2.1 Změny na rodidlech	23
3.2.2 Změny na prsech	24
3.2.3 Změny ostatních orgánů	24
<i>3.3 Psychické změny v těhotenství</i>	<i>27</i>
3.3.1 Psychosomatika v těhotenství	30
3.3.2 Spontánní potrat	30
3.3.3 Nadměrné zvracení	31
3.3.4 Předčasný porod	31
3.3.5 Intrauterinní růstová retardace	32
3.3.6 Pozdní gestóza	32
<i>3.4 Emoční poruchy v těhotenství</i>	<i>33</i>
3.4.1 Úzkost	33
3.4.2 Fobie	34
3.4.3 Deprese	35
3.4.4 Benigní těhotenská encefalopatie	36
<i>3.5 Vazba matka – plod</i>	<i>36</i>
4 Záporné faktory ovlivňující těhotenství a plod	38
<i>4.1 Nepříznivé psychosociální faktory</i>	<i>38</i>
4.1.1 Věk těhotné ženy pod 20 let	38

4.1.2 Věk prvorodičky nad 35 let	39
4.1.3 Neúspěšné předchozí těhotenství	40
4.1.4 Těhotenství za nepříhodných sociálních nebo ekonomických podmínek	40
4.1.5 Nechtěné těhotenství	41
4.1.6 Obtíže a komplikace v těhotenství	42
4.2 <i>Ostatní nepříznivé faktory</i>	43
4.2.1 Kouření v těhotenství	43
4.2.2 Požívání alkoholu gravidní ženou	44
4.2.3 Užívání drog v těhotenství	45
4.2.4 Užívání léků	45
5 Stres	47
5.1 <i>Stresory</i>	49
5.2 <i>Reakce na stres</i>	50
5.3 <i>Stres v těhotenství</i>	52
5.3.1 Stresory v těhotenství	52
5.4 <i>Důsledky působení stresu v těhotenství</i>	55
5.5 <i>Prevence a zvládání stresu v těhotenství</i>	57
5.5.1 Relaxace	57
5.5.2 Spánek	59
5.5.3 Tělesné aktivity	59
5.5.4 Psychoprofylaktická příprava žen před porodem	61
PRAKTICKÁ ČÁST	
6 Výzkumné šetření	62
6.1 <i>Cíl šetření, stanovení základních hypotéz</i>	63
6.2 <i>Popis dotazníkového šetření</i>	64
6.3 <i>Charakteristika vzorku</i>	67
6.4 <i>Vyhodnocení dotazníků a interpretace výsledků</i>	69
6.4.1 Období 1. trimestru	70
6.4.2 Období 2. trimestru	86
6.4.3 Období 3. trimestru	101
6.5 <i>Shrnutí výsledků, vyvození závěrů</i>	116
6.5.1 Porovnání všech trimestrů	116
6.5.2 Ověření hypotéz	131

Závěr	135
RESUMÉ	137
SUMMARY	138
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	139
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	146
SEZNAM PŘÍLOH	148
PŘÍLOHY	

Úvod

*„Ještě před tím, než jsi byl počat, chtěla jsem Tě.
Ještě před tím, než ses narodil, milovala jsem Tě.
Ještě jsi tu nebyl ani hodinu, a umřela bych pro Tebe.
To je zázrak života.“*

Maureen Hawkins

Uvedený citát vystihuje podobné pocity, jež prožívá většina maminek. Narození dítěte je pro ně opravdovým štěstím. Kvůli vytouženému miminku jsou ochotné vytrpět leccos. Nemálo žen by mohlo potvrdit, že těhotenství je nelehké období, které je navíc po celou dobu doprovázeno myšlenkou na porod. Přesto ženy podstupují tuto nejistou cestu, aby dosáhly vytouženého cíle a mohly držet v náručí své dítě. Tato nelehká volba přináší řadu změn na tělesné i psychické úrovni, přičemž se mění životní priority. V této etapě si více než kdy jindy žena uvědomuje svoji životní úlohu, pochopitelně nechce jako matka zklamat, v této roli je na ni vyvíjen určitý tlak.

Gravidita představuje hluboce citlivé období spojené se stresem. Stres dokáže člověka zranit i za normálních okolností. Proto zde vyvstává několik otázek. Jak ovlivňuje stres těhotnou ženu? Je ke stresu náchylnější? Co konkrétně je zdrojem jejího stresu? Pramen stresu i otázka jeho odbourávání je v dnešní době velmi diskutované téma. Ovšem jen málo odborných publikací a článků se zabývá gravidními ženami a stresem, jenž na ně působí. Ženy jsou v současné době v otázce rodičovství daleko obezřetnější, zároveň zodpovědnější, proto se zaměříme na to, jakým způsobem na ně zmíněné „břímě“, být matkou, dopadá. Tato práce vznikla s cílem zmapovat stresory a ustanovit důsledky působení stresorů. V neposlední řadě si klademe za cíl vymezit nástin předcházení stresu a zmírňování jeho důsledků.

Blíže se seznámíme s teoretickými východisky stresorů v těhotenství, které budou determinovány praktickým badáním. Nejprve se zaměříme s psychologií ženy, abychom porozuměli psychickým pochodům, jež jsou součástí těhotenství. Zařazena je i problematika plánovaného rodičovství, která zdůrazňuje důležitost plánování, jelikož může ovlivnit průběh gravidity. Obeznámíme se s vývojem těhotenství a základními pojmy z této oblasti. Zajímat nás budou změny, které tělo budoucí matky prodělává, jelikož mohou do

jisté míry ovlivňovat psychiku, a být tak podnětem ke stresu nebo mohou mít vliv na vnímání. Budeme se zabývat otázkou, proč ženy najednou hodnotí banální stresory jako neřešitelné. Kromě toho se budeme specializovat na faktory, jež záporně ovlivňují těhotenství. Z těchto činitelů pramení hodně obav a nepříjemných pocitů. Budeme se zabývat stresem, což je pro naši tematiku velmi podstatné. Upřesníme stresory v těhotenství, zformulujeme důsledky jejich vlivu. Pokusíme se nabídnout souhrn preventivních opatření, jak zvládat stres v těhotenství.

Stěžejní kapitolou této práce však bude praktické výzkumné šetření, kterým se budeme snažit zmapovat působení těhotenství na ženu a její psychiku. Naše pozornost bude zaměřena na detekci podnětů ke stresu a jejich intenzity. Budeme se zabývat otázkami, zdali ženy v gestaci zaznamenávají větší výskyt stresorů, pokud ano, jaké, co je způsobuje a jak jim gravidní předcházejí. V závěru ověříme stanovené hypotézy a navrhneme možnosti dalšího bádání.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychologie ženy

Těhotenství je jako změna stavu záležitostí výhradně ženskou, proto má tato kapitola velký význam pro názornější a ucelenější představu o tomto období, poznatky z oblasti psychologie ženy mohou posloužit pro snazší porozumění následujícím kapitolám. Ačkoli je náplň této kapitoly pouze obecná, je pro naši problematiku velmi přínosná. Na jednu stranu je možné sumarizovat psychologický pohled na ženu, na druhou stranu musíme respektovat individualitu každé ženy zvlášť. Informace tedy nelze absolutizovat, zobecněné poznatky mohou posloužit k lepšímu porozumění ženě, ale pouze za předpokladu, že budeme brát zřetel na jedinečnost každého jedince (v tomto případě každé ženy). Toto východisko je základní myšlenkou celé kapitoly i práce.

Z reprodukčního hlediska se v životě každé ženy nachází několik kritických mezníků, které mají vliv na její následný vývoj. Mezi tyto mezníky řadíme první menstruaci, těhotenství (včetně porodu i šestinedělí) a klimakterium. (Ratislavová, K., 2008) Budoucí psychický vývoj ovlivněný těmito kritickými mezníky může být ohrožen, nedostatky mohou zasahovat do následujících období, mohou ženu ovlivňovat a formovat její postoje. Řeč je zejména o porodu a šestinedělí; úspěšné zvládnutí těhotenství ve smyslu životního předělu se může promítnout dokonce i v klimakteriu. V následujících podkapitolách se těmito obdobími budeme zabývat podrobněji. Problematika těhotenství, jako jedna z těchto složek, bude rozebrána v samostatné kapitole.

Ženská psychika je ovlivňována mnohými faktory. Tyto faktory členíme podle jejich původu na biologické, psychické a sociální. (Ratislavová, K., 2008) Ne všechny faktory působí na každou ženu stejně, opět je nutné řídit se zásadou individuality. Každá žena prožívá intenzitu podnětu různě, proto jsou i reakce odlišné.

Biologické (vrozené) rozdíly mužů a žen pozorovali vědci již v druhé polovině 19. století. Bohužel se naráželo na mnohá úskalí, výsledky výzkumů byly značně ovlivněné tím, zda členové výzkumného týmu byli muži či ženy. Teprve po druhé světové válce se začaly objevovat objektivní výzkumy. Došlo se k závěru, že mezi biologické rozdíly mužů a žen náleží pohlavní rozdíly struktury a funkce mozku. Mozek totiž ovlivňuje tvorbu

hormonů v lidském těle a díky průzkumům v oblasti biologie zvířat bylo prokázáno, že úroveň testosteronu (samčího (mužského) pohlavního hormonu) může mít vliv na chování. Pokud se více zaměříme na mozek ženy a muže, zjistíme, že během duševních pochodů ženský mozek funguje komplexněji a zapojuje obě mozkové hemisféry. Mozek muže dokáže být koncentrovanější. (Čepický, P., 1999) Rovněž smyslové vnímání mužů a žen je odlišné. Ženy mají rozmanitější schopnost vnímat chuť, muži jsou zdatnější ve zrakovém rozlišování a lépe se orientují v prostoru. Zajímavé je, že ženy mají nižší práh bolesti, tedy pociťují bolest dříve než muži, ale jsou schopné se s bolestí lépe vyrovnat než muži. (Čepický, P., 1999) Tomu přikládáme velkou váhu zejména v otázce porodu.

Oproti popsaným biologickým odlišnostem mužů a žen, které jsou vrozené, se *sociokulturním odlišnostem* muži a ženy učí v procesu socializace. Každý jedinec je ovlivňován svým mikroprostředím (rodina, blízcí příbuzní, přátelé a vrstevníci, atd.) i makroprostředím (kultura, sdělovací prostředky, společnost, aj.). Na základě očekávání od mužů a žen vznikly tzv. *kulturní a sociální stereotypy*, které se pojí k jednotlivým pohlavím. Tyto kulturně a sociálně podmíněné rozdíly nazýváme termínem *gender*. Mezi genderovými a biologickými rozdíly mužů a žen nacházíme pouze tenkou hranici, obě oblasti odlišností jsou do jisté míry vzájemně ovlivněny. (Ratislavová, K., 2008)

Je vhodné podotknout, že veškeré uvedené difference mužů a žen jsou pouze orientační, jelikož jsou založeny na statistických výzkumech, které nám poskytují víceméně zkrácený obraz rozdílnosti obou pohlaví. Nelze je tudíž považovat za zcela stabilní údaj, protože vstupují do mnohých interakcí a jsou ovlivňovány samotnou individualitou každého jedince, což bylo již vysvětleno výše. Uvedené odlišnosti vstupují do různých interakcí a výsledkem je konkrétní reakce. Proto nebudeme moci ani v dalších kapitolách zásadně sumarizovat jakékoli výroky o psychice, stresu a stresorech v těhotenství, jejich původ je v každém jedinci zakódovaný jiným způsobem, jak bylo vysvětleno výše.

1.1 Psychika ženy v porovnání s reprodukčním cyklem

Podrobnější rozbor výše zmíněných kritických mezníků v životě ženy (tj. menstruace, těhotenství vč. porodu i šestinedělí a klimakterium) s ohledem na psychiku ženy ukazuje, že jsou velice náročné, často mohou přinést krizi. V některých případech pak

krize vyžaduje zásah z vnějšku, tzv. *intervenci*. Zrod takové komplikace ale není nutným následkem životních předělů, může být jen jednou z možností, jak kritické období vyústí. Vznik krize souvisí s jedinečností každé ženy, za stejných podmínek u jedné ženy krize vznikne, u jiné se neobjeví ani náznak. S jistotou ovšem můžeme tvrdit, že tato období mají silný vliv na další formování osobnosti ženy. (Horney, K., 2004) Právě proto jsou nezbytně nutné znalosti biologických pochodů, které budou popsány níže, abychom pochopili psychologické procesy, které tyto změny doprovází nebo jsou jimi zapříčiněny.

1.1.1 Menstruace

Za menstruaci považujeme pravidelně se opakující krvácení jakožto biologický děj, který je řízen reprodukčním hormonálním systémem ženy. Během menstruačního cyklu dochází ke změnám výše hladiny hormonů, které kolísají, což má vliv na psychiku. (Pařízek, A., 2005) Z tohoto důvodu nesmí být tato oblast opomenuta v rámci pochopení ženy a její psychologie. Během první poloviny menstruačního cyklu je hladina ženského hormonu *estrogenu* stoupavá, po vyvrcholení těsně před ovulací (tzn., kdy zralé vajíčko opouští vaječníky a je schopné oplodnění) je mírně klesavá, druhého vrcholu hladina estrogenu dosáhne 21. den menstruačního cyklu. Oproti tomu je hladina *progesteronu* (ženský pohlavní hormon ovlivňující početí a průběh těhotenství) v první polovině menstruačního cyklu zanedbatelná. Mírně stoupá krátce před ovulací, hlavně však až po ní. Vrchol hladiny progesteronu je taktéž 21. den cyklu, přičemž hladina testosteronu a androgenu (mužský pohlavní hormon) je během cyklu stabilní. (Čepický, P., 1999)

Biologická fakta jsme si uvedli s významným cílem, jmenované hormony totiž ovlivňují chování a prožívání u každé ženy jinak, záleží na jejich hladině, stadiu menstruačního cyklu, celkovém rozpoložení a mnoha dalších faktorech. Můžeme tvrdit, že v zásadě např. dostatečná hladina estrogenu snižuje u žen výskyt schizofrenie a má značný antidepresivní účinek. Dále má také progesteron tlumicí efekt i analgetický účinek. (Ratislavová, K., 2008) Pokud není hladina estrogenu dostatečně vysoká, může progesteron zvyšovat depresi, dokonce má vliv na sexuální apetenci. Stejně tak androgen může ovlivňovat sexuální zájem a dále i emoční chování.

Je pozoruhodné, že každá žena prožívá menstruaci jinak, avšak příznaky a potíže mívají ženy vcelku shodné, roli hraje tedy jejich psychika. Chování během menstruace se

rozděluje na tři skupiny. (Čepický, P., 1999) Jedna skupina žen usiluje o to, aby jejich denní režim nebyl nikterak narušen. Druhá kategorie mírně omezuje fyzickou námahu, což je vhodné, někteří lékaři takový přístup doporučují, jelikož se tělo během menstruace vysiluje. K zamyšlení vybízí především třetí skupina žen, která se staví do role nemocného člověka, vyžaduje tělesný klid a často sahá po tlumicích prostředcích. Je nutno poznamenat, že u některých žen je menstruace velmi bolestivá a nepříjemná, tudíž do třetí skupiny spadají náležitě, to se ovšem netýká všech jejích „členů“.

Před samotným nástupem menstruace je možno pozorovat patologický jev, který je označován jako *premenstruační syndrom*. Vzhledem k četnosti naší populace je výskyt tohoto nežádoucího jevu vysoký. (Ratislavová, K., 2008) Pojem premenstruační syndrom (zkráceně PMS) v sobě zahrnuje fyzické i psychické příznaky, které jsou velmi rozmanité, jako zásadní můžeme jmenovat např. depresi, úzkost, zlost, podrážděnost a emocionální labilitu, poruchy koncentrace, bolest hlavy a kloubů, citlivost prsů, nespavost, nebo naopak zvýšená spavost, nechutenství, únava, změny libida, křeče, závratě, třes, váhový přírůstek, otoky, pokles výkonnosti, sociální izolace. Příčiny syndromu jsou dodnes vědcům zastřené a možná i právě proto je tak těžké diagnostikovat PMS. Léčba probíhá ve spolupráci s psychologem, pacientce je nasazena dieta, z jídelníčku musí být vyloučen i kofein a alkohol. Léčba medikamenty je individuální, odráží se především od symptomů, které byly pociťovány.

Poruchy cyklu zásadně také ovlivňuje *stres*. Pozoruhodné je, že nebylo prokázáno, že by měl na menstruační cyklus vliv akutní stres, zatímco chronický stres cyklus ovlivňuje značně. Projevem chronického stresu je nedostavení se menstruace (tzv. amenorea). Velmi tíživý stres má za následek zmenšení (tzv. atrofii) děložní sliznice, dělohy i vaječnicků. (Pařízek, A., 2005)

Za zmínku také stojí *odmítání ženské role* jakožto příčina amenorey, což je obraz klasické psychoanalýzy. (Čepický, P., 1999) Autoři se ve vysvětlení poměrně odlišují, proto nebudeme rozebírat příčinu, ale zamyslíme se nad důsledkem odmítání ženské role. *Nepравé těhotenství* má též za následek nedostavení se menstruace. Příčinou může být touha po těhotenství či obava z něj. Terapie je v tomto případě někdy velmi náročná; vyvrácení těhotenství nemusí být spolehlivým nástrojem k tomu, aby pseudopříznaky odezněly. Některé ženy se příznaků zbaví až s datem fiktivního porodu. Dokonce existují i případy, u kterých nepravé těhotenství přetrvává celé roky. (Čepický, P., 1999)

1.1.2 Klimakterium

Klimakterium neboli *přechod* či *klimax* je v životě ženy období zlomu přibližně kolem 45. roku věku, které je přirozenou součástí fyziologického stárnutí. Jedná se o vyhasínání pohlavního cyklu ženy. Přesněji řečeno, nastává útlum funkce vaječnicků, což má za následek úbytek hormonů estrogeneru a progesteronu. Část podvěsku mozkového (adenohypofýza) se snaží produkcí vlastních hormonů podpořit vaječnický v jejich přirozené činnosti. Toho už bohužel vaječnický schopny nejsou, tudíž je výsledkem rozkolísání hormonálního systému, které ve vystupňované formě souborně označujeme jako *klimakterický syndrom*. (Turková, Z., 2004) V tomto období jsou časté poruchy menstruačního cyklu, v pozdějším stadiu klimakteria menstruační cyklus vymizí zcela. Dobu po poslední menstruaci odborně nazýváme *menopauza*. Z předchozích informací vyplývá, že během klimaxu žena ztrácí schopnost být oplodněna.

Značně pozoruhodné jsou pohledy psychoanalytiků na klimakterium. S. Freud tvrdí, že v období menopauzy je oslabeno Ego, jelikož na něj Id vytváří nátlak, čímž se zvyšuje riziko neurózy. Někteří autoři vidí menopauzu jako částečnou smrt, kdy žena ztrácí vyhlídky do budoucnosti. Nejpříjemnější se zdá být pohled Benedekové, který převzaly i ostatní psychologické směry. Prohlašuje, že slábnutí sexuálních pudů může mít i pozitivní potenciál, který žena může aktivně využívat. (Čepický, P., 1999)

Do zmíněné životní etapy můžeme zahrnout projevy, které lze pozorovat v rovině somatické a psychické. V těle dochází k fyziologickým změnám, které jsou zapříčiněny nižší hladinou estrogeneru, hovoříme zejména o sestupu dělohy, samovolném úniku moči, řídnutí kostí, návalech horka, navíc hrozí mnohem větší riziko kardiovaskulárních onemocnění, tj. onemocnění srdce a cév. (Ratislavová, K., 2008) Další tělesné projevy, které mohou ženy pozorovat během přechodu, jsou nespavost, bolesti kloubů a únava.

Vzhledem k problematice psychiky ženy nás budou nejvíce zajímat projevy klimaxu ve sféře psychologické. Nejprve je vhodné připomenout, že reakce na toto období jsou z velké části individuální. Nejběžnější příznaky, se kterými se ženy potýkají, jsou zvláště podrážděnost, nervozita, kolísání nálad, deprese, nesoustředěnost, zapomínání, ztráta důvěry, pokles sebehodnocení, úzkost. Všechny tyto příznaky bývají o to horší, čím více je žena vyčerpána a čím více náročných životních situací je nucena řešit. (Čepický, P., 1999)

Ovšem nejen klimakterium má vliv na pocity ženy, které jsou s věkem kolem 50 let spjaty. Žena v tomto věku prožívá dojem opuštěnosti, nepotřebnosti a samoty. Děti jsou ve věku, kdy opouští domov, mění se způsob práce, zvyšuje se starost o vlastní rodiče. To vše přispívá k emoční rozladěnosti ženy. Odborníci doporučují zaměřit se na nějaké další hodnotové cíle, které mohou přinášet novou radost a smysl života. Radí se, aby na to byl brán ohled, a to především, nachází-li se žena na počátku nového stadia života. (Ratislavová, K., 2008) Další faktor, který značně působí na spokojenost, je fungující manželství a náklonnost partnera. Ženy navíc trpí depresemi dvakrát častěji než muži napříč celým životem, tedy bez ohledu na to, jakou životní etapou jedinec v daný moment prochází.

2 Plánované rodičovství

Velmi úzce s problematikou stresorů v těhotenství souvisí otázka plánovaného rodičovství. Plánované rodičovství je chápáno jako jedno ze základních lidských práv (Turková, Z., 2004), což je tvrzení, které mohou někteří odborníci i laici napadnout, souvisí totiž s etikou i morálkou. Dostupná literatura nás informuje o tom, že plánované rodičovství má *pozitivní* a *negativní* charakter. Za *pozitivní plánování* považujeme cílenou snahu páru, která směřuje k tomu, aby otěhotnění a narození dítěte nastalo v době, již pár hodnotí jako nejvhodnější. *Negativní plánování* rodičovství zahrnuje veškeré prostředky zabraňující početí. Tyto prostředky jsou souhrnně označovány jako *kontracepce*. (Macků, F., 1998)

Navzdory opatřením, která znemožňují otěhotnět, existuje mnoho případů neúmyslných těhotenství, posléze i nechtěných dětí. Otěhotní-li žena, aniž by dítě s partnerem plánovala, může zaujímat negativní přístup, jehož východiskem bývá buďto umělé přerušování těhotenství, nebo se narodí nechtěné dítě, které na svou roli může doplácet celý život. Problematice nechtěného těhotenství se ještě budeme věnovat dále. Konečně druhý možný přístup je pozitivní, kdy se žena i s partnerem radují, efekt je stejný, jako kdyby bylo rodičovství plánované.

2.1 Plánované otěhotnění

Nejen žena s úmyslem otěhotnět by měla vědět, že období mezi dvěma menstruačními krváceními zahrnuje *plodné a neplodné dny*. To znamená, že početí není možné vždy. Největší pravděpodobnost oplodnění představují právě plodné dny, které nastávají mezi dvěma menstruacemi, to je přibližně 13. až 14. den od prvního dne předcházející menstruace. Zrající vajíčko se uvolňuje z vaječnicků, to je jediná možná doba k jeho oplodnění; tuto fázi sestupu nazýváme *ovulace*. (Pařízek, A., 2005) Ovulace trvá velmi krátce, avšak k oplození může dojít ještě maximálně 17 hodin po jejím skončení. (Turková, Z., 2004) Nastane-li situace, že se vajíčko z vaječnicků neuvolní, nedojde k ovulaci, a proto nemůže být vajíčko oplodněno. Odborným termínem tuto skutečnost nazýváme *anovulační cyklus*. (Turková, Z., 2004) Tyto cykly bývají hojně pozorovány u

dívek v pubertě, u žen po porodu, potratu či na počátku klimaxu. Dále se s anovulačním cyklem setkávají ženy s vážnými a zatěžujícími onemocněními, také při hormonálních poruchách a ve stresových stavech. (Macků, F., 1998) Dále odborníci uvádí, že i ženy s pravidelným krvácením mívají 1 až 2 anovulační cykly ročně. Z uvedeného vyplývá, že chce-li pár počít, doporučuje se nechráněný pohlavní styk především ve dnech označených jako plodné, avšak otěhotnění kvůli anovulačním cyklům není zdaleka tak jednoduché a samozřejmé, a to i za předpokladu, že jsou oba partneři zdraví.

Zda proběhla ovulace, zjistí žena měřením tzv. *bazálních teplot*. Metoda spočívá v měření tělesné teploty hned ráno po probuzení ještě na lůžku. Teplota se měří v pochvě, konečnicku či ústech standardním teploměrem po dobu 3 až 5 minut. Hodnota bazální teploty je proměnlivá podle stadia menstruačního cyklu. Konkrétně se uvádí následující hodnoty: bazální teplota po skončení menstruace okolo 36,5 °C, před nástupem ovulace nastane 1 až 2denní pokles, jenž je střídán nenadálým vzestupem, který se pohybuje od 0,3 °C do 0,6 °C s výkyvy nad 37,0 °C a trvá až do 26. dne cyklu, pak začne opět klesat až na hodnotu pod 37,0 °C. (Macků, F., 1998) Naměřené teploty si každodenně žena zapisuje do speciálního menstruačního kalendáře, spojením bodů se získanými hodnotami jí tak vznikne křivka menstruačního cyklu. Zdravé ženě by měla vzniknout křivka s hodnotami teplot před ovulací nižšími a po ovulaci vyššími. Pohybuje-li se bazální teplota během celého jednoho menstruačního cyklu v hodnotách pod 37 °C, k ovulaci pravděpodobně vůbec nedošlo. Pozorování křivky ženě pomůže blíže určit fázi ovulace. (Pařízek, A., 2005)

2.2 Zdravotní stav rodičů

Jestliže se partneři rozhodnou mít spolu potomka, měli by se v první řadě zamyslet nad svým zdravotním stavem. Výborný zdravotní stav není podmínkou pro bezproblémové těhotenství. Avšak trpí-li žena jakýmkoli onemocněním, měla by nejprve navštívit odborného lékaře, se kterým prodiskutuje např. speciální režim, který bude dodržovat. Zejména u onemocnění jako je cukrovka, srdeční vady, epilepsie, průduškové astma, vysoký krevní tlak, onemocnění štítné žlázy, nemoci ledvin, roztroušená skleróza a nádorové onemocnění je účelné dostavit se ke specialistovi a společně zvážit vhodnost těhotenství, případně *prekoncepční léčbu* (tj. léčba, která je zavedena před plánovanou

graviditou). Opomeneme-li případné potíže s početím, hrozí u ne zcela zdravých žen riziko samovolného potratu, navíc může být ohrožen život samotné ženy. V poslední fázi těhotenství jsou totiž všechny orgány vyčerpány, čímž se může zdravotní stav nastávající matky potažmo i dítěte mnohonásobně zhoršit. Velké nebezpečí s sebou nese i porod, který pro rodičku představuje vypětí fyzických i psychických sil. Důležité je také přihlížet ke zdravotnímu stavu otce. Zdravotní indispozice muže má vliv na pravděpodobnost početí i na zdraví dítěte, jelikož dítě dědí polovinu genetických informací od své matky a druhou polovinu od otce. (Mikulandová, M., 2004)

2.3 Vhodný životní styl

Je pozoruhodné, jak různorodě nastávající rodiče přistupují k otázce životního stylu. Jedna skupina mu přiděluje příliš velkou důležitost, jiní mu zase nepřikládají žádnou váhu. Je velmi potěšující ohlédnout se zpátky a konstatovat, že dnešní rodiče se na příchod dítěte chystají stále pečlivěji a zodpovědněji. Odborná literatura radí začít s přípravami asi tři měsíce před plánovaným početím. Tyto přípravy samozřejmě zahrnují návštěvu lékaře, o které byla zmínka dříve. Pokud má žena profesi, kde vyvstává riziko pro zdraví těhotné, bude preventivně převedena na rizikové těhotenství. Lepší by ale bylo, aby si žena včas před otěhotněním našla vhodnější zaměstnání. (Delahaye, MC., 2006)

Nemalou úlohu hraje před otěhotněním a v těhotenství **strava a celkové stravovací návyky**. Klíčový je přísun vitamínů a živin. Pochopitelně je nutné zmínit, že nadváha je chápána jako nežádoucí element. Dále je příhodné vyvarovat se alkoholu, kouření a konzumaci drog. (Čermáková, B., 2008) Jelikož gravidní vyživuje sebe i plod, je částečně zvýšená i energetická spotřeba, to ovšem některé matky vede k přejídání. Je vhodné se zaměřit spíše na pestrost stravy než na množství. Orientace má směřovat k dostatku čerstvého ovoce a zeleniny, lehce stravitelných mas, mléčných výrobků s nízkým obsahem tuku. Z uvedeného vyplývá, že je příhodné omezit příjem tuků a sladkostí. Potraviny vybíráme pečlivě tak, abychom jimi získali základní živiny. Je nezbytné zařadit do denního příjmu dostatečné množství tekutin.

Hygienou těhotných a těch, které se teprve chystají otěhotnět, rozumíme veškerá opatření, jež napomáhají upevňovat zdraví gravidní a vytvářejí takové prostředí, aby byl vývoj plodu co nejpřirozenější, zároveň je nutné doplnit, že se jedná pouze o preventivní

postup. Do souboru hygienických opatření můžeme zařadit prostředí, ve kterém žena pobývá – domov i zaměstnání. Okolí, ve kterém se budoucí rodička pohybuje, musí být klidné a optimistické. (Macků, F., Čech, E., 2002) V rámci hygienických zásad se doporučuje pobývat dostatečně na čerstvém vzduchu a vydatně spát. V každém případě je nevhodné dlouhé sezení, protože dochází k překrvení pánevních orgánů. V neposlední řadě musíme upozornit na péči o pravidelné vyprazdňování, někdy totiž v těhotenství bývá tendence k zácpě. (Macků, F., Čech, E., 2002) Zvláštní péči je důležité věnovat i chrupu, který je v tomto období více kazivý. Pochopitelně žena musí udržovat své tělo v čistotě, přičemž voda koupele má být teplá nežli horká, obecně se více doporučuje sprchování. Oděv je vhodné volit spíše volný a vzdušný. Během gravidity je pro ženu *pohlavní styk* přípustný, dokonce pro plod bezpečný. Možnost styku, pokud je těhotenství pravidelné, existuje až do posledního měsíce. Plod je dobře chráněn, tudíž mu nehrozí žádné riziko, nepochybně musí být dodržovány hygienické zásady, aby nedošlo ke vzniku infekce.

Tělesná aktivita těhotných je v mnoha směrech specifická. Některým činnostem je nutné se vyhnout, protože představují riziko. Takovým nebezpečím rozumíme zejména sport. Není nutné se sportu vyvarovat definitivně. Existují různé aktivity zaměřené vyloženě na těhotné ženy, které bývají vhodně doprovázeny dechovým cvičením, relaxací, prostorem pro odpočinek, pozvolným posilováním břišních a zádových svalů. V dalších případech se zase svaly uvolňují, aby ženy s přibývajícím hmotností povolily napětí a ulevily si od bolesti. Speciální cvičení pro těhotné se tedy zaměřují na mírné posilování, uvolňování napětí a relaxaci. Pokud bychom hovořili o konkrétních sportech, jmenovali bychom plavání, nenáročnou jízdu na kole, gymnastiku pro těhotné, procházky, tanec (zejména břišní), jógu pro těhotné atd.

3 Těhotenství

Při studiu odborné literatury nacházíme mnohé definice pojmu *těhotenství neboli gestace*. Velmi stručná, ale výstižná je formulace, která vymezuje těhotenství následovně: „*těhotenství je období od oplodnění vajíčka do počátku porodu*“.¹ Pro naše účely je toto vymezení úplně postačující. Není třeba se dopodrobna zabývat vědeckými lékařskými definicemi. Můžeme se ale pro zajímavost seznámit i s tvrzením, které zmiňuje jiný autor, i když se v pravém slova smyslu nejedná o odborné vymezení pojmu: „*Těhotenství bývá považováno za nejdůležitější období života ženy. Je to doba, v níž se organismus připravuje na porod dítěte. V odborné literatuře se uvádí, že teprve v těhotenství a mateřství nalézá žena skutečný smysl svého života*“.² Velmi trefně specifikuje graviditu tvrzení: „*Těhotenství není jen obdobím přípravy na porod. Těchto 9 měsíců vás má rovněž připravit na mateřství a s ním související změny životních hodnot a denního režimu. V tomto čase byste si měla otestovat zcela odlišný životní rytmus, než na jaký jste byla dosud zvyklá – fyzický i psychický – a připravit se na něj*“.³

3.1 Obecné informace o graviditě

Těhotenství může vzniknout pouze za určitých podmínek, tj. musí být naplněny nezbytné tři předpoklady, tzn. *ovulace* (uvolnění zralého vajíčka z vaječnicků, které je schopné oplození), samotné *oplození* (splynutí dvou pohlavních buněk) a následné *uhníždění* vajíčka v děloze. (Deans, A., 2004) O ovulaci bylo již pojednáváno, navíc bylo zmíněno, že k oplození může dojít pouze při ovulaci. V odborných publikacích dochází k rozporu v názorech, která z uvedených fází je reálný počátek těhotenství. Většina odborníků zastává stanovisko, že gestace nastává již v období oplození vajíčka (tzv. *koncepce*), menšinové zastoupení má názor, že teprve uhníždění vajíčka (tzv. *nidace*) je počátek těhotenství. Vědci si nidační stanovisko hájí tím, že není jisté, zda se oplodněné

¹ Macků, František a Jaroslava Macků. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, s. 31.

² Trča, Stanislav. *Těhotenství a porod*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, s. 9.

³ Čermáková, Blanka. *K porodu bez obav*. 1. vyd. Brno: ERA, 2008, s. 40.

vajíčko uhnízdí, proto podle nich do té doby nemůže být řeč o graviditě. Obě teorie mají v podstatě oprávněnou argumentaci. Proto necháme tuto otázku otevřenou a budeme brát v potaz obě možnosti.

Obyčejně je v literatuře uváděno, že těhotenství trvá *40 týdnů*. Tento údaj je však nepřesný. V 19. století totiž podle německého porodníka *Naegela* vzniklo pravidlo, které ukládá, jak vypočítat délku gravidity. Naegele určil délku těhotenství na deset lunárních měsíců, čemuž odpovídá devět kalendářních měsíců, tedy *280 dní*. Výpočet je zakládán na prvním dni poslední menstruace. K oplodnění dochází ale až o dva týdny později (protože teprve po 14 dnech od prvního dne menstruace dochází k ovulaci). V tomto ohledu těhotenství trvá tedy ve skutečnosti 38 týdnů, tj. *266 dní*. (Deans, A., 2004)

Těhotenství je klasifikováno do třech tzv. *trimestrů*, přesněji řečeno na tři období po třech měsících. Trimestry jsou klíčové předěly ve vývoji dítěte a zároveň ve změnách těla i psychiky ženy. První trimestr (tj. 1.–3. měsíc) končí 13. týdnem těhotenství. Z toho vyplývá, že druhý trimestr (tj. 4.–6. měsíc) trvá od 14. týdnu do 27. týdnu. Třetí trimestr (tj. 7.–9. měsíc) se počíná v 28. týdnu těhotenství a přibližně ve 40. týdnu končí porodem. Děti narozené před 37. týdnem považujeme za předčasně narozené, zatímco děti narozené po 40. týdnu jsou přenošené. (Mikulandová, M., 2004) Zjednodušeně je teoretická délka (průměrná) podle statistických měření 280 dní od prvního dne poslední menstruace, nebo 266 dní počínaje okamžikem oplodnění. V lékařské praxi se používají oba způsoby výpočtu. Nicméně propočítaným dnem poslední menstruace je brán za mezinárodní konvenci. Dokonce se vědci domnívají, že se jedná o spolehlivější určení data porodu, a to z prostého důvodu, že ženy znají termín své poslední menstruace přesně, ale datum oplodnění (ve své podstatě ovulace) není tolik zřejmý. Studie udávají, že většina žen rodí mezi 276. a 296. dnem, tj. na přelomu 40. a 41. týdne. Asi jen 1/3 těhotných rodí již na přelomu 38. a 39. týdne, přibližně stejný podíl žen rodí až ve 42. nebo 43. týdnu. (Delahaye, MC., 2006)

Počátek těhotenství je doprovázen určitými známkami, které jsou velmi individuální. Některé ženy tvrdí, že o graviditě ví od samého počátku, jiné se o změně stavu mohou dozvědět od lékaře např. až v 5. měsíci. Obecně lze uvést „příznaky“ těhotenství, které ovšem mohou mít i jinou příčinu, a proto těhotenství nechme raději konstatovat lékaře. Určení známek těhotenství nám tedy neslouží pro jeho rozpoznání, nýbrž k bližšímu pochopení změn. Mezi nejčastější známky těhotenství řadíme ranní nevolnost, vynechání menstruace, změny prsou (citlivost, pálení, atd.), únava, časté

nutkání na močení, změny chuti a čichu, zácpa, prudké změny nálad, nadměrná tvorba slin, tlak v podbřišku, cizí, kovová pachuť v ústech, nechut' ke konzumaci alkoholu, cigaret, kávy či čaje. (Murkoff, H., 2004)

Gravidita má několik podob. Těhotenství neprobíhající pravidelně, zrovna tak u ženy, jež trpí chorobou, je považováno za *patologické* (chorobné). Takové gestace se sledují v poradnách pro patologická těhotenství. Za patologické těhotenství tudíž uznáváme to, při němž je matka sama vážně nemocná, nebo „jen“ dítě, anebo oba současně. (Pařízek, A., 2009) Za velmi závažnou situaci považujeme *mimoděložní těhotenství*, tj. stav kdy se zárodek uhnízdil na nesprávném místě, neexistuje naděje pro zdárný vývoj dítěte a ohroženo je i zdraví matky. (Pařízek, A., 2005) Jako *riziková těhotenství* (ohrožená) označujeme taková, jimž předcházelo narození mrtvého plodu z dřívější gestace; nebo žena v předchozím těhotenství prodělala spontánní potrat, porodila předčasně nebo s velkými komplikacemi; narodilo-li se ženě dítě s vrozenou vývojovou vadou; nebo se jedná o prvorodičku starší 35 let; anebo je současné těhotenství vícečetné. (Macků, F., 1998) Stručně lze konstatovat, že za rizikové těhotenství považujeme takové, kdy je zvýšené riziko narození ne zcela zdravého dítěte.

3.2 Tělesné změny v těhotenství

Těhotenství je pro ženu přirozené, přesto přináší zátěž, která vyvolává nápor na organismus, zároveň ovlivňuje psychiku. Tělo se připravuje k zajištění výživy plodu, k porodu a kojení. Gravidní se obvykle snaží dodržovat veškeré zásady tak, aby měla gestace co nejstandardnější průběh. Připravuje pro své dítě prostředí, které musí být jednak dostačující, jednak bezpečné, což přináší řadu podnětů ke stresu. Ne vše se daří tak, jak si dotyčná plánuje, což následně může působit větší obavy. Jak již bylo řečeno, tělo prodělává náročné fyzické i psychické změny. Fyzické změny probíhají u gravidních velmi podobně, kdežto psychická stránka se u každé ženy různí. Všechny nastávající maminky nemají stejné sociální a ekonomické podmínky, což se může výrazně odrazit na jejich psychice, proto můžeme fyzické změny poměrně snadno sumarizovat, ale psychické změny v těhotenství jsou záležitostí velmi individuální, přesto se jimi budeme také zabývat. Zaměříme se tedy nyní na změny, které prodělává tělo, jelikož fyzické změny se také v určitém smyslu odráží v psychice nastávající maminky, kromě jiného totiž mohou

působit nepříjemné pocity a nepohodlí. Zmapování těchto změn nám pomůže podhalit příčiny stresu v těhotenství, kterými se zabýváme primárně. Zdánlivě nesouvisející záležitost tělesných změn se nesporně odráží na psychickém stavu. Žena v průběhu 9 měsíců gravidity prodělává tolik změn, že není možné, aby vše brala s nadhledem, proto si uvádíme kromě psychických změn stručný nástin vývoje těla.

3.2.1 Změny na rodidlech

Děloha se již od samého počátku gestace začíná přizpůsobovat své úloze. Nejprve se stává jakýmsi „pouzdem“ a orgánem zabezpečujícím prostředí pro vývoj plodu, při porodu pak dítě vypuzuje níže do porodních cest. Děloha plní zmíněné úlohy při těhotenství, ale zároveň se již od počátku gravidity přizpůsobuje své porodní úloze. Na počátku gestace začíná zvětšovat svůj objem, který je s pokročilostí gravidity stále větší. Mění se však i její tvar, z původního hruškovitého na oválovitý. Ke konci těhotenství děloha zaplňuje téměř celou břišní dutinu. (Čermáková, B., 2008) Jelikož děloha roste, ztenčuje se její stěna, proto v pokročilejším stadiu těhotenství maminku bolí pohyby dítěte více než na počátku. Děloha se mění také co do konzistence, je měkká a prosáklá. Mění se dále i uspořádání svalových vláken ve stěně svalu. (Macků, F. a Čech, E., 2002) Pro konkrétní představu si uveďme rozdíly, jak výrazně se děloha během těhotenství mění. Z hmotnosti přibližně 55 g před otěhotněním vzroste váha těsně před porodem na 900 až 1200 g. Objem její dutiny se z obvyklých 2–3 ml zvýší na neuvěřitelných 4500 až 5000 ml. Pochopitelně se zvyšuje také prokrvení orgánu, průtok krve je zvýšen z původních 40 ml/min u negravidní na 850 ml/min koncem těhotenství. (Turková, Z., 2004) Odborné publikace uvádějí, že od 4. měsíce gestace se z dolní části děložního těla, která sousedí s děložním hrdlem, vytvoří *dolní děložní segment*. Stěna vzniklého segmentu je o poznání tenčí, než je tomu u děložního těla, jedná se o jakousi přechodnou část, jež se při porodu postupně rozpíná a přetahuje přes naléhající a vstupující část plodu, je to část, která se při porodu nestahuje. V důsledku jmenovaných změn dochází k přechodu uložení do prostoru malé pánve. V průměru již za 7 týdnů po porodu nabývá děloha svého původního tvaru, velikosti i uložení. Je nutné podotknout, že u prvorodiček zůstane o poznatek větší, než tomu bylo před otěhotněním. (Mikulandová, M., 2004)

Děložní hrdlo uzavírá děložní dutinu a až do porodu si ponechává svůj tvar. Může se stát, že se hrdlo mírně pootevří až k vnitřní brance. To ale není důvod k obavám, lékaři maminku sledují, a pokud nenastávají další komplikace, těhotenství není nikterak ohroženo. (Turková, Z., 2004) **Děložní přívěsky**, jimiž myslíme vaječníky a vejcovody, se posouvají s dělohou směrem nahoru a ve 4. měsíci vystupují z malé pánve. (Macků, F., 1998) Původní cyklus produkce vajíčka se obnoví po skončení kojení, někdy se objevuje i dříve.

Pochva se začíná s počátkem těhotenství více prokrvovat a prosakovat. Vlivem prokrvení se mění i barva poševní sliznice. Dochází také ke zvýšení poševní sekrece, což považujeme za obvyklé, tudíž by nastávající maminka o této skutečnosti měla být informována, aby ji případný hustý bílý výtok nezaskočil a nevylekal. Lékař se pak pouze zajímá o to, zda se nejedná o bakteriální výtok. Kvasinková infekce je v těhotenství nebezpečná, z tohoto důvodu je vhodné, aby těhotná výtoku věnovala přiměřenou pozornost. (Trča, S., 1990)

3.2.2 Změny na prsech

Prsa se připravují na období *kojení*, odborně *laktace*. Jinými slovy se mléčné žlázy chystají na produkci mléka. Z toho důvodu jsou žlázy více prokrvovány, také se mění jejich objem a daleko více se v nich ukládá tuk. Dvorce bradavek jsou více zbarvené a bradavky se více vztyčují, aby z nich po porodu dítě mohlo dobře sát. Je obvyklé, že ženy pociťují v prsou napětí, bodání a prsa jsou více citlivá. (Čech, E., 1999) Tyto změny mohou být nastávajícími maminkami vnímány různorodě. Jedna skupina žen si díky těmto proměnám připadá více atraktivní, to posiluje jejich sebevědomí a vůbec celou psychickou stránku. Druhou skupinu proměny trápí a chápou je negativně, přijdou si málo přitažlivé a jejich sebedůvěra výrazně klesá.

3.2.3 Změny ostatních orgánů

Změny týkající se **močového ústrojí** jsou zapříčiněny zvýšenou hladinou progesteronu a estrogenu, tyto změny ovlivňují fungování ledvin, močového měchýře i

močové trubice. (Čermáková, B., 2008) Průtok krve ledvinami je zvýšen, tím pádem se ledviny zvětší, a stoupá tak tvorba moči. (Macků, F., 1998) Močový měchýř a močové cesty jsou dolním děložním segmentem vytlačovány směrem vzhůru. Těhotná proto pociťuje častější nucení na močení. Bohužel je v době gestace zvýšené riziko zánětu močových cest (včetně ledvin). Infekce je poměrně nebezpečná, proto se doporučuje jí předcházet dostatečným pitným režimem a konzumací vhodných potravin. Přesto pokud zánět propukne, nemusí mít fatální důsledky, bude-li včas zaléčen.

Změny můžeme zaznamenat i na **dýchacím ústrojí**. Spotřeba kyslíku se v těhotenství zvyšuje přibližně o 20 %, a tak jsou nároky na dýchací systém vyšší. Dechový objem za minutu se do porodu zvýší asi o 40 až 60 %. (Macků, F. a Čech, E., 2002) Po 24. týdnu těhotenství je břišní dýchání nahrazeno hrudním. Bránice je totiž posunuta nahoru, aby mohl být rozšířen hrudní koš. Proto se budoucím maminkám při zvýšené námaze obtížněji dýchá, dostavit se může i mírnější forma dušnosti. (Čermáková, B., 2008) V takových případech se běžně doporučují dechová cvičení, chození na procházky a střídání pomalé a rychlé chůze.

Nemalé odlišnosti pozorujeme v **trávicím ústrojí**. Někdy bývá první trimestr doprovázen pocitem nevolnosti, nechutenstvím či nucením na zvracení. Nejedná se o nic neobvyklého, nicméně je tento stav nepříjemný, ovšem po prvních třech měsících by měl ustát. Snížení frekvence pohybů svalstva stěn trávicího ústrojí způsobuje plynatost, zácpu, pálení žáhy. S problémy tohoto typu si lékaři v dnešní době umí poradit, a proto je příhodné odborníka navštívit. Během gravidity je dále možné setkat se s paradontózou a se zvýšeným výskytem zubního kazu. Předějit těmto projevům lze patřičnou hygienou ústní dutiny. Zvýšení hladiny hormonů způsobuje zpomalení odtoku žluče, to se nejčastěji projevuje svěděním pokožky těla. (Čepický, P. a Černá, M., 2006)

Pohybové ústrojí začíná podléhat mírnému přechodu. Hmotnost ženy se v těhotenství podle statistik zvyšuje o 10 až 13 kg. Proto dochází ke změně prolnutí páteře, k většímu zatížení pánevního pletence, kloubů, vazů i svalů, což ovlivňuje i chůzi ženy, která je obtížnější a může být doprovázena i bolestmi zad nebo pánve. Tyto nepříjemné projevy není možné zásadně odstranit, ale malá úleva nastává při správném držení těla. (Čermáková, B., 2008)

Břišní stěna se v důsledku růstu dělohy rozpíná. Pod pupkem se v druhé polovině těhotenství objevuje charakteristická pigmentace, tzv. *linea fusca*. (Čermáková, B., 2008) Asi u 75 % gravidních se v posledních měsících před porodem objeví růžové prosvítající

trhliny na podbřišku, mohou se vyskytovat i na hýždích a prsech, jedná se o tzv. *stria gravidarum*, *pajizévky*. Po porodu nabudou stříbrné barvy a bohužel zůstávají na těle natrvalo. Jejich vznik je velmi jednoduše vysvětlitelný, jsou zapříčiněny rozpínáním kůže a mírný vliv má i nadledvinový hormon *kortizol*. (Čech, E., 1999)

Pokožka též podléhá malým změnám. Zvýšená pigmentace v těhotenství není nikterak ojedinělým jevem. Změna barvy kůže se projevuje zejména na vnějších rodidlech, hrázi, na podbřišku, kolem pupku a na dvorcích prsních bradavek. V některých případech se objevují ženám v obličeji ohraničené pigmentové skvrny, tzv. *chloasma uterinum*. Na rozdíl od strií zvýšená pigmentace po porodu vymizí. Abychom opravdu vymizení předešli, doporučuje se chránit pigmentové skvrny před sluncem. (Čech, E., 1999) Dále se objevují výše zmíněné pajizévky. Často je nalézáme na spodní části prsou, v podbřišku, na hýždích a stehnech. Jak již bylo uvedeno, pajizévky ženám zůstávají natrvalo, ale je možné jejich intenzitu zmírnit častým promazáváním mastnými krémy. Mnohdy se těhotné setkají i s tzv. *pavoučkovými névami*. Jsou to drobné povrchové cévky vystupující na hrudníku, krku, obličeji, pažích a především na stehnech a lýtkách. Névy po porodu většinou samy vymizí, zbylé lze odstranit dermatologickým laserem. (Čermáková, B., 2008)

Již víme, že se na **dolních končetinách** častokrát vyskytují pajizévky a pavoučkové névy. Dále se nastávající maminky potýkají např. s otoky a křečovými žilami, varixy. Proti těmto obtížím lze úspěšně působit preventivně. Vhodné je vyvyšovat dolní končetiny v době odpočinku. Proti otokům se doporučuje pokládat nohy výše, než je srdce. Křečovým žilám lze předejít nošením netěsného spodního prádla, případně bandážovat dolní končetiny. Ještě je důležité podotknout, že otoky mohou mít dvojí příčinu. Otoky, které se objevují na konci dne a ráno jsou zase o něco menší, považujeme za otoky související se zvýšenou námahou a odlišným držením těla. Otoky, které jsou večer mírnější a ráno masivnější, mohou být projevem onemocnění, jež označujeme *preeklampsie*. Toto onemocnění vážně ohrožuje matku i plod a vyžaduje neodkladnou hospitalizaci. Kromě zmíněného otoku, jenž se od kotníků šíří nahoru, se projevuje zvýšeným krevním tlakem a zjištěním bílkoviny v moči. (Macků, F. a Čech, E., 2002)

Zmínit v této souvislosti musíme i **krvácení z rodidel** během těhotenství. V zásadě se veškerá dostupná literatura shoduje na tom, že, ačkoli nemusí vždy krvácení ohrožovat matku ani plod, k těhotenství určitě nepatří. Při každém krvácení je bezpodmínečné v co nejkratší době navštívit lékaře. Teprve odborník může na základě vyšetření rozhodnout, o co se jedná. V lepším případě jde o menstruační krvácení v prvním trimestru, o krvácení

z děložního čípku po pohlavním styku. Také může jít o hrozící potrat, o předčasně odlučování placenty od děložní stěny, o placentu, která zasahuje do dolního segmentu, o hrozící předčasný porod. (Čermáková, B., 2008)

3.3 Psychické změny v těhotenství

Psychické změny jsou zákonité i u žen, které otěhotněly plánovaně, po dítěti touží, žijí v harmonickém partnerském i rodinném vztahu, nemají zdravotní, finanční, bytové ani jiné problémy. Psychické změny se mohou projevovat v různé intenzitě v různé závislosti na výše jmenovaných faktorech. Změny v psychice se projevují především v citové (emocionální) reaktivitě. Síla jejich projevu je přiměřeně závislá na osobnosti těhotné a na okolí. (Macků, F., 1998) Veškeré odborné zdroje shodně potvrzují výkyvy psychiky gravidních žen bez ohledu na to, jak moc se na potomka nastávající maminka, případně i oba rodiče, těší.

V *prvním trimestru* se budoucí matka vyrovnává s novou skutečností. Dokonce v případě, že bylo těhotenství plánované, je matka v šoku a těžko dokáže uvěřit, že je opravdu v jiném stavu. Nejpodstatnějším cílem, kterého v tomto období musí být dosaženo, je akceptace těhotenství, teprve skutečné potvrzení gravidity lékařem je zlomovým bodem, kdy se žena opravdu ztotožní s rolí těhotné. (Ratislavová, K. 2008) V této fázi nastávající rodička bojuje s obavami, jaká bude matka a jestli zvládne svou novou roli. Těhotná zvažuje, zda si má informaci prozatím ponechat pouze pro sebe. Také se potýká s pocitem viny, že vůbec o roli dobré matky, své schopnosti a reakci okolí pochybuje, jelikož se jedná o její „poslání“. Žena si v takové situaci plně uvědomuje vstup do jiné životní fáze, což ji znepokojuje, rozrušení působí také vědomí změny dosavadního života. (Čepický, P., 1999) Toto období s sebou navíc přináší řadu změn v hodnotovém žebříčku i ve vztahu k partnerovi, rodině, přátelům. Počátek těhotenství je doprovázen kromě radosti pocitem nejistoty a rozladěnosti. (Dennerstein, L., 1986) Často je toto období doprovázeno úzkostí. (Čepický, P., 1999) Veškerá rozpolcenost v pocitech je naprosto normální, je způsobena změnou hladin hormonů a otřesem z nové skutečnosti a nepříjemnými pocity, které souvisejí s nevolnostmi, jež první tři měsíce těhotenství doprovází. Žena je v prvním trimestru zaměřena především sama na sebe, což očekává i od partnera, který se sám potýká s novou rolí, a tak není schopný věnovat partnerce veškerou

pozornost, jak je vyžadováno. (Ratislavová, K. 2008) Z toho pramení negativní pocity, protože si žena připadá sama, ačkoli miminko plánovali s partnerem oba. Tento stav je také obvyklý a brzy žena zjistí, že tomu tak není a nepříjemné pocity pomalu vymizí. (Dennersterin, L., 1986)

Zhruba od *druhého trimestru* již budoucí matka cítí pohyby plodu, těhotenství je pro ni více „skutečné“. Při vyšetření je slyšet tlukot srdce plodu, na ultrazvuku je vidět jeho obraz, což jsou velmi silné citové stimuly, o které se chce žena dělit také se svým okolím, především s otcem dítěte. (Delahaye, M., 2006) Těhotná již zažehnala prvotní vystrašenost, nevolnosti také ustoupily, protikladné pocity jsou vystřídány pozitivními, proto žena zažívá poměrně *klidné a stabilní období*, kdy pozornost zaměřuje na svoje dítě a komunikuje s ním, zejména si s ním povídá, pouští mu hudbu a čte. (Čermáková, B., 2008) Dítě je nyní vnímáno jako relativně samostatná bytost, kterou maminka nosí v břiše a za kterou je zodpovědná. Na to je žena velmi hrdá a snaží se dělat vše správně, těhotenství si užívá. Tím mezi matkou a plodem vzniká vztah, který se postupně ještě více prohlubuje. Budoucí matka začíná snít o vzhledu a povahových vlastnostech dítěte, začíná vymýšlet jména. Nastávající otec přichází s nenarozeným miminkem stále více do kontaktu, kdy s ním přes břicho maminky také komunikuje, to ženu velmi těší. Těhotná vyhledává informace o tom, co doporučují odborníci. Sestavuje si zdravý jídelníček a zajímá se o zdraví dítěte, potažmo o své zdraví. Oba rodiče se spolu těší z myšlenek na dítě a pomalu již připravují prostředí, ve kterém bude jejich potomek vyrůstat. Tato skutečnost působí na těhotnou uklidňujícím dojmem, dodává jí to sílu v nerozhodných chvílích a v okamžicích, kdy je na pochybách. Období chápeme jako pokojné, jelikož je překonáno prvotní překvapení, není zatím důvod se tolik obávat porodu, protože zbývá ještě poměrně dost času, přesto se nemálo objevuje náladovost, podrážděnost a přecitlivělost, v horším případě i úzkosti a deprese. Na druhou stranu si těhotná v této fázi na rozdíl od prvního trimestru připadá znovu atraktivní a pro partnera přitažlivá, i když je třeba upozornit na to, že některé ženy fyziologické změny svého těla vnímají velmi negativně. (Ratislavová, K., 2008) V tomto období je ovšem nutné podstoupit řadu vyšetření, z jejichž výsledků mají rodiče přirozeně obavy. Pokud má těhotenství pravidelný průběh, i tyto starosti postupně zanikají, velkou roli hraje podpora partnera i blízkých přátel a celé rodiny. Samozřejmě horší situace nastává u matek samoživitelek nebo u žen, které jejich okolí nepodporuje. My se ale pokoušíme shrnout změny za docela obvyklých podmínek, proto tuto problematiku ponecháme stranou.

Fáze *třetího trimestru* s sebou nese opět řadu negativních a protichůdných pocitů. (Ratislavová, K., 2008) Řeč je o pocitu obezity a neatraktivity pro partnera, o strachu z porodu a bolesti. Obavy se hodně týkají porodních a poporodních komplikací. Některé ženy se obávají porodu císařským řezem, jiné toho, zda kvůli bolesti budou moci spolupracovat se zdravotnickým personálem. (Čepický, P., 1999) Také velkou starost dělá myšlenka na zdraví dítěte, zda se narodí živé, budou-li všechny testy v pořádku, nebude-li mít dítě vývojovou vadu. V neposlední řadě se ženy děsí, zda o novorozence dokáží řádně pečovat. (Ratislavová, K., 2008) Žena si nerada připouští svou částečnou závislost na partnerovi, protože ji znepokojuje. Obecně je ke změnám nálad třeba připomenout, že se projevují kolísáním pocitů od *euforie až po depresi*. (Huch, R., 2007) Obavy jsou vystřídány radostí, někdy lhostejností. Ženy mohou být v této fázi těhotenství příliš kritické, podrážděné, přehnaně reaktivní, plačtivé. K negativním pocitům značně přispívá nepohodlí, které je kvůli velkému fyzickému zatížení pociťováno. (Deans, A., 2004) Partner by měl labilitu tolerovat a snažit se partnerku pochopit, těhotná skutečně prožívá nelehké období. Emocionální rozladěnost je třeba chápat jako prostředek adaptace ženy na graviditu a roli nastávající matky. (Macků, F., 1998) Partner by měl ženě vycházet vstříc, především by měl být rozvážný a neměl by se uchýlovat k unáhleným závěrům. Od nastávajícího otce je očekáván jak zájem o ještě nenarozeného potomka, tak zájem o nastávající maminku, která vyžaduje naslouchání a rozmlouvání o svém trápení. Potlačované obavy mají totiž tendenci se ještě více rozvíjet. (Čepický, P., 1999) V žádném případě se nedoporučuje užívat léky na psychiku či spaní. (Binder, P., 2011) Pokud partner není vhodným člověkem, s kým si žena promluví o svých strastech, je třeba najít náhradního „komunikačního“ partnera, který bude ochotný naslouchat. Většinou gravidní ženy vyhledávají jiné těhotné, protože mají mnoho společného a více si rozumí.

Třetí trimestr s sebou nese ale pouze negativní pocity. Jako pozitiva můžeme například jmenovat radost z toho, že těhotenství probíhalo bez problémů, to ženu uklidňuje a dodává jí to odvalu k porodu. Nastávající maminka se raduje z pohledu na připravenou výbavu pro miminko a těší se na jeho příchod. V podstatě se žena orientuje z role těhotné k roli matky. V posledním trimestru a ještě asi rok po porodu výrazně dominuje vztah matky k nenarozenému dítěti, poté už samozřejmě k novorozenci. Význam partnera je v danou dobu potlačen, ž čehož pak vyvstávají různé interpersonální konflikty. Žena se dožaduje pochopení, muž pozornosti, jakou měl kdysi. (Janáčková, L., 2009)

V jedné z následujících částí se seznámíme s praktickým výzkumem, který se zaměřuje na psychiku těhotných, zvláště na jejich stresory a způsoby, jak jim ženy čelí.

3.3.1 Psychosomatika v těhotenství

Mezi onemocnění během gravidity, na kterých má podíl psychosociální prvek, zahrnujeme *spontánní potrat, nadměrné zvracení, předčasný porod, intrauterinní růstovou retardaci plodu a pozdní gestózu*. (Ratislavová, K., 2008) Také si uveďme, že je velice obtížné identifikovat primární a druhotnou příčinu jmenovaných onemocnění. Psychosociální vlivy mohou být hlavní příčinou jmenovaných onemocnění, ale stejně tak bývají pouze součástí větší množiny příčin. Níže uvedené příčiny mají podle odborníků kořeny v psychice, tato spojitost je až neuvěřitelná, také proto se vědcům souvislost těžko dokazuje, ne všichni specialisté jsou v tomto zajedno. Výzkumy ale mluví za vše, proto považujeme za nezbytné seznámit s některými psychosomatickými okolnostmi, které mají na graviditu účinek.

3.3.2 Spontánní potrat

Jednu skupinu potratů můžeme vysvětlit chromozomální odchylkou. Existuje ale i menší skupina spontánních potratů, které se dějí bez objasnění. Existují četné kazuistiky, které dokládají spojitost mezi spontánním potratem a psychickým traumatem. (Ratislavová, K., 2008) Ženám s opakovanými potraty se doporučuje snížení stresu, aby se zmírnilo riziko psychogenního potratu. Těchto poznatků lze na druhou stranu využít i k pozitivnímu působení psychoterapie. (Ratislavová, K., 2008) Obecně lze tvrdit, že spontánním potratem končí 10–15 % těhotenství, skutečné procento je ale o mnoho vyšší, jelikož uvedená procenta zastupují pouze klinicky evidované potraty. (Zwinger, A., 2004) Právě z tohoto poměru tvoří nezanedbatelné procento těch, jejichž původcem je duševní otřes.

3.3.3 Nadměrné zvracení

Nadměrné zvracení, odborným termínem označované *hyperemesis gravidarum*, může způsobovat celá řada podnětů. Vedle běžných teorií jako je endokrinní a fyziologická, nás zajímá v souvislosti s tématem právě psychologická příčina. V tomto kontextu uvažujeme o hysterické, nezralé osobnosti příliš závislé na matce, zmiňujeme nestabilní osobnost, nebo těhotnou, která nevědomě odmítá mateřství. (Ratislavová, K., 2008) Uvedme si ale odlišný přístup, který nadměrné zvracení vysvětluje neschopností vyrovnat se se zvýšenou zátěží a stresem. Toto stanovisko se potvrzuje vymizením obtíží po přijetí do nemocnice. (Ratislavová, K., 2008) Nadměrné zvracení se častěji vyskytuje u prvorodiček a žen mladšího věku, žen s nižším vzděláním, nekuřáček, žen s vyšší tělesnou hmotností, dále u žen, jejichž matky trpěly těmito obtížemi. Rovněž byla komplikace častěji prokázána u vícečetných těhotenství, u těhotenství s ženským plodem. Navíc je pozoruhodné, že v porovnání se ženami, které zvracením netrpí, je nižší výskyt potratu, předčasného porodu a porodu mrtvého dítěte. (Čepický, P., 1999) Kromě jmenovaných třech teorií, endokrinní, fyziologické a psychologické, hovoříme o teorii tzv. *orální poruchy*. Nenarozený plod je matkou chápán jako orální konkurent, přičemž zvracení slouží k uvolnění potlačovaných agresivních pocitů. (Ratislavová, K., 2008)

3.3.4 Předčasný porod

Mezi psychosomatické faktory podílející se na předčasných porodech řadíme úzkost prožívanou v těhotenství a prožívání náročných životních situací v tomto choulostivém období. (Stadelmann, I., 2009) Vliv akutního psychického traumatu na předčasný porod se ovšem neprokázal. (Ratislavová, K., 2008) Avšak působení dlouhodobého stresu ovlivňuje graviditu přímo i nepřímo. Přímým důsledkem je fyziologický aspekt, za nepřímý důsledek považujeme aspekt zdravotního chování. (Ratislavová, K., 2008) Také chronický nebo opakovaný stres se podílí na riziku předčasného porodu. Na negativních projevech se podílí více faktorů. Tvrzení můžeme snadno dokázat na příkladu matky samoživitelky. Žena čelí samotě, má nižší životní úroveň, je ve větším fyzickém i psychickém vypětí. Tyto prvky pak působí na ženu hromadně a mohou vyvolat předčasný porod. Dále úzkost a deprese, jakožto stavy

doprovázející stres, navyšují metabolický výdej, což má za následek nižší nárůst hmotnosti plodu, případně vyprovokují předčasný porod. Pochopitelně nedochází k předčasným porodům vždy, když těhotná čelí stresorům, záleží spíše na individuálních dispozicích. Jako další faktory, které zvyšují pravděpodobnost předčasného porodu, můžeme uvést vyšší hmotnost ženy, užívání alkoholu a drog. Vyšší výskyt byl také zaznamenán u žen rozvedených, ovdovělých a u žen s nízkou životní úrovní. Souhrnně lze tvrdit, že celkový postoj k těhotenství, jak již bylo zmíněno dříve, koreluje s nebezpečím předčasného porodu. (Čepický, P., 1999)

3.3.5 Intrauterinní růstová retardace

Je vhodné si uvést, že se jedná o komplikaci, jež se projevuje nedostatečnou výživou plodu, potažmo omezením růstu orgánů nebo tkáně plodu. Prvotní příčinou je užívání drog, alkoholu a kouření, ovšem riziko plyne i pro mladistvé matky, matky samoživitelky a ženy, které se v minulosti pokusily o sebevraždu, zažily znásilnění nebo incest. Tudíž jako příčinu můžeme označit jednak nezdravý životní styl, jednak nepříznivou psychofyzickou minulost. (Ratislavová, K., 2008) Primární příčina uvedené komplikace je jasná, ale ne neočekávaná; drogy, alkohol a kouření škodí tělu obecně, natož potom v těhotenství. Sekundární původ intrauterinní růstové retardace je v určitém smyslu větší hrozbou, jelikož nelze jednoznačně určit, který psychický zážitek nebo sociální podmínky komplikaci vyvolávají bezpečně. Je na místě se domnívat, že pravděpodobnost závisí převážně na individuální dispozici.

3.3.6 Pozdní gestóza

Tuto komplikaci jsme již zmiňovali dříve. Pozdní gestóza (preeklampsie) se vyznačuje zvýšeným krevním tlakem a bílkovinou v moči. Toto onemocnění může být doprovázeno otoky, o nichž jsme pojednávali výše. Příčina je nejasná, někteří autoři ji spatřují v pocitech viny vůči dítěti a také ve vlivu stresu, který je způsoben zvláště izolací, nedostatečnou partnerskou oporou. Původ můžeme také objevit v nerovnováze mezi požadavky na organismus těhotné, na její schopnosti a připravenosti požadavky

plnit. (Ratislavová, K., 2008) Preeklampsie se potvrdila u žen neurotiček, prvorodiček, vícečetných těhotenství, u žen s nízkým sociálním postavením, dále jestliže se onemocnění již vyskytlo v rodině nebo v minulém těhotenství. V této souvislosti se udává, že spontánní potrat je jakýsi ochranný mechanismus před preeklampsií v další graviditě. (Čepický, P., 1999)

3.4 Emoční poruchy v těhotenství

Obecně se v období gravidity udává zvýšená přecitlivělost, podrážděnost, stísněnost až úzkost, oproti tomu zlepšení nálady, radost a naděje. Rozlišujeme tři základní faktory strachu a úzkosti gravidních – úzkost pramenící z těhotenství a porodu, úzkost vztahující se k péči o novorozence a úzkost jako psychopatologický příznak. Veškerým emočním poruchám se věnuje zvýšená pozornost, jelikož mají vliv na průběh těhotenství, porod i poporodní péči. (Čepický, P., 1999) Emoční stránka hraje důležitou roli, těhotenství by mělo být doprovázeno spokojenými pocity, jinak se mohou projevovat různé psychopatologické projevy, o kterých bude zmínka dále. Pokud žena necítí spokojenost a vyrovnání, nepříjemné pocity mohou vyvolávat další a další neblahé emoce. Uvedeme si nejběžnější emoční poruchy, které gravidní mohou pociťovat, ze kterých také vyvodíme obecné závěry, nelze výslovně označit konkrétní důsledky, opět se budeme odvolávat na individualitu osobnosti.

3.4.1 Úzkost

V souvislosti s úzkostí budoucích matek zmíníme průzkum, jenž se zaobíral vzorkem 100 žen, které byly vyšetřeny kvůli obavám z porodu. Nejčastější úzkost pramenila z nedůvěry ke zdravotnickému personálu, dále se objevil strach z vlastní neschopnosti, potom obava ze smrti (své i dítěte), ženy také udávaly hrůzu z bolesti, bázeň ze ztráty sebeovládání. (Čepický, P., 1999) Jiný průzkum udává, že těhotné se nejvíce bojí zdeformování plodu, dále mají obavy z vlastního porodního poranění, jiné ženy se děsí aplikace injekcí a pouze minimum se hrozí ztráty sebeovládání při porodu. (Čepický, P.,

1999) Vliv hormonálních změn v graviditě na vznik těhotenské úzkosti můžeme popřít. (Čepický, P., 1999) Sklony k těhotenské úzkosti mají ženy, které mají psychické poruchy v anamnéze; jejichž těhotenství je provázeno obtížemi; jež jsou vystavené psychosociálním rizikovým faktorům. Pocity úzkosti se mohou vystupňovat až do takové míry, kdy vzniká *generalizovaná úzkostná porucha*. V takovém případě se starosti a obavy přenáší na více oblastí života. Úzkost trvá po celý den, je spojena s podrážděností, dokonce může zabraňovat odpočinku, soustředění či plánování času. Vedle popsané generalizované poruchy pozorujeme též *panickou poruchu*. Její projevy jsou popisovány záchvaty strachu spolu s dalšími tělesnými projevy.

Jako prevenci úzkostných poruch si můžeme uvést např. uspokojivý přísun informací gravidní ženě, zajištění opory a pocitu bezpečí, dodržování klidového režimu, nevzdávat se dosavadních zálib (neohrožují-li těhotenství), navštěvovat kvalitního gynekologa a posléze pediatra. Někteří odborníci zastávají názor, že je možné psychické potíže eliminovat účastí na předporodním kurzu.

3.4.2 Fobie

Charakteristickou těhotenskou fobií je *chorobný strach z porodu*, tzv. tokofobie. Fobie z porodu je definována jako „*fobický strach a vyhýbání se těhotenství navzdory silné touze mít dítě.*“⁴ Tokofobie může být *primární* – přítomna již od dospívání, nebo *sekundární* – vzniklá traumatizujícím zážitkem spojeným s porodem, nebo jako příznak prenatální deprese, o které bude řeč dále. Každá žena nesporně trpí jistými obavami z porodu. Je potvrzeno, že ženy, kterým nebyla dopřána možnost volby ohledně způsobu porodu, trpí častěji psychickými poruchami než ženy, jež rodily dle svého přání. (Ratislavová, K., 2008) V podstatě se žena dostává do silné stresové situace, není-li fobie příliš silná, daly by se obavy odbourat spoluprací s porodní asistentkou, které žena začne důvěřovat. Porodní asistentka postupně objasňuje průběh porodu tak, aby byla gravidní dostatečně připravená.

⁴ Ratislavová, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, s. 41.

3.4.3 Deprese

Na rozdíl od úzkosti stojí v pozadí těhotenské deprese převážně biologické faktory. (Čepický, P., 1999) Deprese je syndrom, který pojímá symptomy z oblasti nálady, myšlení, psychomotoriky včetně mimiky. Depresivní náladu bychom charakterizovali jako smutek, sklíčenost a podobně. Depresivní myšlení zahrnuje názorový pesimismus, negativní sebepojetí, sebepodceňování, sebeobviňování, ztrátu sebeúcty. (Janáčková, L., 2009) Z psychosociálních spouštěčů lze jmenovat negativní postoj k těhotenství, nižší socioekonomický status a ekonomické potíže. Navzdory neblahým pocitům snižuje těhotenská deprese riziko sebevražd. (Ratislavová, K. 2008) K sebevraždám dochází pouze v důsledku nechtěného těhotenství a nemožnosti podstoupit interrupci. Gestace jinak v matce probouzí pocit zodpovědnosti, tudíž v tomto směru jedná racionálně. (Ratislavová, K. 2008) Nicméně obecně bez ohledu na graviditu jsou ženy k depresi geneticky náchylnější než muži. U dospělých jedinců se pohybuje přítomnost depresivní poruchy u žen mezi 9–20 %, u mužů je tomu tak pouze ve 3 %. Riziko onemocnění pro ženy během celého života kolísá mezi 10 až 25 % s nejvyšším výskytem od 25. do 44. roku věku. (Janáčková, L., 2009) V těhotenství trpí depresivní poruchou celých 25 % a až 1/3 i v poporodním období, přičemž má porucha u takovýchto žen kořeny již v období těhotenství.⁵ Jestliže se žena během života někdy s depresivní poruchou potýkala, je reálná šance, že dojde k recidivě právě během gestace. K diagnostice velké depresivní poruchy se užívají kritéria Americké psychiatrické společnosti, přičemž se jedná o poruchu, jestliže je v průběhu předchozích dvou týdnů naplněno minimálně pět z těchto devíti kritérií⁶:

1. každodenní a téměř celodenní zhoršená nálada
2. výrazné snížení zájmu a radosti z oblíbených činností
3. snížená či zvýšená touha po jídle

⁵ Kostiuk, Pavel. Deprese v graviditě a laktaci: je třezalka vhodným řešením?. *Edukafarm news: vzdělávání v oblasti "OTC" a "self meditation"*. 2009, roč. 6, č. 3. ISSN 1213-1717. Dostupné z: www.edukafarm.cz/soubory/farminews-2009/3/trezalka.pdf

⁶ Kostiuk, Pavel. Deprese v graviditě a laktaci: je třezalka vhodným řešením?. *Edukafarm news: vzdělávání v oblasti "OTC" a "self meditation"*. 2009, roč. 6, č. 3. ISSN 1213-1717. Dostupné z: www.edukafarm.cz/soubory/farminews-2009/3/trezalka.pdf

4. *nadměrný spánek nebo obtížné usínání*
5. *únava, ztráta vitality*
6. *nemožnost soustředit se, nerozhodnost*
7. *sebeobviňování, pocity méněcennosti, zbytečnosti*
8. *sebevražedné sklony*
9. *psychomotorická agitace, nebo retardace*

3.4.4 Benigní těhotenská encefalopatie

Tato psychická změna souhrnně označuje poruchu kognitivních funkcí u gravidních. Jmenovitě jde o poruchy paměti, potíže s učením, dezorientaci, poruchy soustředění. Výskyt je velmi vysoký, odborníci udávají, že nejčastější je u prvorodiček, ale ani v dalších těhotenstvích není výjimečný. Změnu je možné vysvětlit pouze větší zaujatostí o sebe a své dítě, tudíž menším zájmem o okolí a ostatní dění. Na zlepšení stavu se dá snadno zapracovat vůlí, léčba není nutně zapotřebí. Po porodu se stav během šestinedělí upraví do normálu. (Čepický P. a Černá M. 2006) Ženy většinou tento stav hodnotí jako roztržitost a neberou ho příliš vážně, je pro ně spíše úsměvný. Zajisté bychom narazili i na ženy, které stav trápí, výše uvedenými způsoby mohou projevy minimalizovat. Proto v této poruše nespátřujeme pro gestaci nějaké zásadní riziko, které by se na psychice odrazilo.

3.5 Vazba matka – plod

Utváření vazby matky a plodu podléhá třem fázím. První fáze zahrnuje přijetí těhotenství nastávající matkou. Téměř žádná žena si na počátku gravidity nedovede plod představit reálně. Druhá fáze toto stanovisko mění. Matka musí plod chápat jako samostatného nezávislého jedince. Jako hranici a určitou pomoc v postoupení do druhé fáze udáváme pohyby dítěte. A konečně třetí fáze představuje přípravu na oddělení matky a plodu jakožto jakési jednoty. Přejít k třetí fázi stojí na myšlence, že už je dítě životaschopné bez těla matky. Je-li žena v posledním období gravidity, její chování by

mělo směřovat k „budování hnízda“. Jestliže se tak neděje, může se jednat o projev některé psychopatologie. (Trča, S., 1990)

Uveďme si výsledky výzkumu, který se zaměřil na problematiku vlivu emocí matky na plod. Průzkum částečně potvrdil teorii o vlivu emocí matky na dítě, která je všeobecně známá. Zároveň potvrdil výzkum teorii v tom směru, že se prokázala zvýšená pohybová činnost dítěte v důsledku emotivního prožitku matky. Jistá souvislost mezi emocemi matky a aktivitou plodu podle odborníků existuje. Výsledek výzkumu byl dle nich ovlivněn experimentálně indukovanými emocemi, které tedy nebyly skutečné. Odborníci dále spekulují o možných dopadech emocí matky na dítě, s určitostí mohou tvrdit pouze to, že zmíněný efekt produkuje zvýšenou pohybovou aktivitu dítěte. (Čepický, P., 1999)

4 Záporné faktory ovlivňující těhotenství a plod

Existuje nespočet činitelů, které negativně působí na těhotenství i porod, respektive na matku a plod. Naším cílem není podrobné zkoumání těchto mechanismů a souvislostí, pouze považujeme za vhodné zmínit se o těch nejzákladnějších, jelikož se mohou stát zdrojem stresu, např. když si těhotná uvědomí eventuální riziko. My se nyní omezíme na výběr primárních faktorů, se kterými se gravidní mohou potýkat nejčastěji a zároveň mají na těhotenství neopomenutelný účinek. Tyto činitele jsme rozdělili do dvou skupin, nepříznivé psychosociální faktory a ostatní nepříznivé faktory. Důležitým východiskem a v podstatě i důvodem zařazení tohoto okruhu bude poznatek, jak přesně tyto faktory mohou těhotenství ovlivňovat, jak se projeví v mateřství.

4.1 Nepříznivé psychosociální faktory

Nyní se blíže zaměříme na vybrané okolnosti, které mohou být v důsledku působení psychických a sociálních okolností pro těhotenství nežádoucí. Níže popsané jevy se mohou podepsat na psychice ženy v těhotenství i po porodu. Často dokonce působí zdravotní potíže, ohrožují pravidelný průběh těhotenství, ba i mívají neblahý vliv na vývoj dítěte, a to i v pozdějším věku. Pochopitelně se některým činitelům žena dokáže vyvarovat, jiné ovlivnit nelze. Zejména ty nespolehlivě ovlivnitelné se pak stávají stresory, o jejichž důsledcích se ještě zmíníme dále.

4.1.1 Věk těhotné ženy pod 20 let

Z biologického hlediska není problém otěhotnět před 20. rokem. České dívky v tomto ohledu mohou počít již mezi 14. až 16. rokem. (Turková, Z., 2004) Problém však spočívá v jejich duševní připravenosti na těhotenství i mateřství. Optimální věk k prvnímu otěhotnění je mezi 20. až 24. rokem. (Macků F. a Čech, E., 2002) Je příhodné poukázat na otázku motivace takto mladých žen k těhotenství. Jedná se většinou o těhotenství, která jsou nechtěná a vznikla z náhlého citového vzplanutí mezi ne zcela zralými a připravenými

lidmi. Gravidita je pak často utajována a dívka se dostává do nesnází. Setkáváme se ovšem i s případy, kdy je početí chtěné, dokonce záměrné. Pohnutkou je potřeba být dospělým a samostatným jedincem. Plánování bohužel končí někdy nešťastně, dívka se cítí najednou izolovaná a role matky je pro ni příliš náročná. Z problémů, které jsou s tímto věkem spjaty, jmenujme zejména neschopnost uvažovat dospěle, neustálený žebříček hodnot, nepřiměřené vnímání reality a především nedostatečná způsobilost postřehnout potřeby dítěte. (Pařízek, A., 2005) Především dívky v adolescentním věku stále „hledají“ vlastní identitu a nesnadno se orientují ve vlastních citech, touhách, hodnotách a ve smyslu vlastního života, proto je jejich gestace a role matky tolik diskutovanou otázkou. Je ale vhodné doplnit, že i velmi mladá maminka se své role může zhostit zodpovědněji a lépe než žena, u které vnímáme lepší předpoklady.

4.1.2 Věk prvorodičky nad 35 let

Přesáhne-li žena věk 30 let, klesá s dalším přibývajícím věkem naděje zdárného prvního otěhotnění. Biologické předpoklady pro těhotenství jsou oproti první skupině tedy nižší, psychické předpoklady jsou naopak mnohem vyšší. Starší ženy při prvním těhotenství doprovází obava a úzkost. Jsou si vědomé, že s první graviditou ve věku nad 35 let se pojí komplikace, jedná se například o nebezpečí samovolného potratu, navíc matce hrozí vysoký krevní tlak, metabolické nedostatečnosti, poruchy nitroděložního vývoje plodu. (Ratislavová, K., 2008)

V první gestaci po 35. roce věku hrozí 1% riziko výskytu vývojových vad. Po 40. roce života nebezpečí vzrůstá na 1,8 %. Po 45. roce je pravděpodobnost až 6 %. (Pařízek, A., 2005) Starším prvorodičkám se častěji narodí dítě s Downovým syndromem. Pokud jde o věk partnera, také se podílí na vzniku vývojových vad, rozhodně ne však tak podstatně jako věk matky. (Čepický, P., 1999) Těhotné nad 35 let jsou rizikové rodičky, tj. jsou rizikově těhotné, proto bývají podrobeny důkladnějšímu sledování během těhotenství i při porodu. Matka by měla podstoupit vyšetření plodové vody (tzv. amniocentézu), to je pro ženu velmi stresující, především při rozhodném vyřčení výsledků. (Pařízek, A., 2005)

4.1.3 Neúspěšné předchozí těhotenství

Značně nepříznivě ovlivňuje psychiku nepříjemná zkušenost z předchozího těhotenství, tím máme na mysli skutečnosti, že těhotenství bylo ukončeno samovolným potratem; nebo umělým ukončením z důvodu diagnózy vrozené vývojové vady; nebo bylo na svět přivedeno mrtvé dítě. Ženu stresuje zejména myšlenka na zdraví dítěte a samozřejmě i to, že je její těhotenství rizikové a podstupuje podrobné sledování a vyšetření, kterých by za normálních okolností nebylo třeba. Nezáviděníhodné jsou případy žen, které samovolně potratily opakovaně. Uveďme si pro zajímavost statisticky podloženou informaci, kdy se u ženy, která již třikrát potratila, prokázala hrozba dalšího potratu v rozmezí 30-70 %. (Čech, E., 1999)

Ženám, které porodily mrtvý plod, odborníci radí, aby další těhotenství posunuly až na dobu, kdy bude plně ukončen proces truchlení. Existuje reálná hrozba, že si „náhradní“ dítě ponese kvůli neuzavřenému problému psychické následky celý život. (Baštecký, J., 1993) Varovným signálem by pro okolí ženy (partner, rodina i zdravotníci) mělo být například to, že chce matka pojmenovat dítě stejně jako to, které se narodilo mrtvé. V takovém případě nastupuje psycholog, aby se snažil pomoci ženě vyrovnat se s pocity, které ji k takovému jednání vedou.

Dojmy budoucích maminek, které si prošly předchozím neúspěšným těhotenstvím, jsou odlišné. Některé matky usilují o citovou nezáúčastněnost, jelikož se bojí dalšího zklamání. Naopak jiné se k nenarozenému dítěti upínají a berou je jako jedinečné. Bezpochyby jsou pocity za těchto podmínek odlišné od těch, které prožívají těhotné za standardních předpokladů. Je vhodné, aby žena, jež přetrpěla zklamání, měla dostatek podpory a porozumění, protože nezřídka dochází k nelogickým a bouřlivým reakcím, které jsou zapříčiněny stresem. (Ratislavová, K., 2008)

4.1.4 Těhotenství za nepříhodných sociálních nebo ekonomických podmínek

Problematika se týká žen opuštěných, týraných, žijících v konfliktním prostředí, sociálně izolovaných, matek samoživitelek, žen pobývajících v obzvláště nepřijatelných sociálních či ekonomických podmínkách. Takovým ženám se nedostává podpory v žádném směru, tj. chybí podpora emocionální, sociální a ekonomická. O uvedených případech by

jistě měla vědět sociální pracovnice, která se bude podílet na vylepšení podmínek pro přebývání. Důsledkem strádání po stránce ekonomické a sociální se objevují náznaky frustrace, žena postrádá lásku, podporu, pochopení a celkové sdílení života. Tím pádem snáze propadá depresím a úzkostným stavům. Dotyčné ženy rodí předčasně nebo zaujímají vůči dítěti nepřátelský či odmítavý postoj. Horší vývoj těhotenství je také zapříčiněn nevyhovující výživou a životním stylem. Existují však mateřská centra, jež soustřeďují svoji činnost na matky, kterých se jmenované nepřívětivé podmínky týkají. (Ratislavová, K., 2008)

4.1.5 Nechtěné těhotenství

Zjistí-li žena, že je těhotná, aniž by tento fakt plánovala, nachází se v pozici, kdy se rozhoduje, zda si dítě nechá, nebo gestaci ukončí. Jestliže je na umělé přerušení (tzv. interrupci) pozdě, nebo se žena rozhodla pro pokračování v graviditě, prochází psychicky náročným obdobím, je ve stresu a pozitivní emoce jsou často střídány negativními. (Ratislavová, K., 2008) Mnoho odborníků se zabývalo otázkou, jaký vliv na dítě má dlouhodobé působení matčiných negativních emocí v období gestace. Odhaleny byly rozdíly v přátelskosti, schopnosti milovat i agresivitě. Švédský výzkum z 50. let se zaměřil na dlouhodobé pozorování, přesně 35 let, 120 dětí z nechtěných těhotenství. Studie dospěla k úsudku, že stupeň družnosti je reálně snížen a je patrný ještě i s odstupem 35 let. (Odent, M., 1999)

Finský průzkum z roku 1966 prokázal výrazně zvýšené nebezpečí vzniku schizofrenního onemocnění v průběhu života dětí z nechtěného těhotenství. Také byla odhalena tendence žít odloučeně od reality. (Odent, M., 1999)

V roce 1970 se realizoval pod názvem „Pražská studie“ výzkum také v Čechách. Studie byla zaměřena na ženy, jimž byla interrupce opakovaně neschválena. Studováno bylo 501 žen, z tohoto počtu donosilo plod pouhých 316. Ovšem je nutné zmínit, že 43 žen interrupci podstoupilo na povolení jiné komise. 80 žen skutečně spontánně potratilo, přičemž studie uvádí, že se jedná o dvakrát vyšší procento, než je obvyklé. U zbylých 62 žen nebyly dostupné zápisy o porodu. Uvedených 316 žen porodilo 317 dětí, 6 novorozenců zemřelo, 19 jich bylo adoptováno, 2 děti skončily v institucionální péči. O dalších několika dětech se výzkum nemůže zmiňovat z různých důvodů, jako je úmrtí

matek, popření dětí, odmítnutí účasti ve studii, změna bydliště. Závěry, ke kterým průzkum dospěl, jsou nevalné. U dětí se objevily horší školní výsledky, mají méně kamarádů, jsou málo uspokojeni ze své práce, v dospělosti se často dostávají do konfliktu se spolupracovníky, prožívají častější zklamání ve vztazích s lidmi a jsou nespokojeny se svým duševním stavem. Dále se u těchto jedinců ukázala větší rozvodovost, problémy s výchovou vlastních dětí, problémy v zaměstnání, nezaměstnanost, častěji se stávali pacienti psychiatrických zařízení. Celkově tito jedinci byli v životě méně úspěšní. Průzkum neprokázal souvislost mezi nechtěným těhotenstvím a kriminalitou, kouřením a alkoholem. (David, H. P., 2003)

Ještě jedna studie se zaměřila na nechtěné těhotenství, zjištění je překvapující. Záporné stanovisko ke graviditě je jeden z důvodů předčasných porodů, což již víme, jelikož to prokázaly předchozí průzkumy. Podle studie jsou děti narozené jako nechtěné ve větším ohrožení. 83 % zavražděných novorozenců a posléze 11 % větších dětí zabitých vlastní matkou pochází z nechtěného těhotenství. (Čepický, P., 1999)

4.1.6 Obtíže a komplikace v těhotenství

Každá sebemenší odchylka od pravidelnosti v těhotenství v životě ženy toužící po miminku znamená obavu, stres a značnou nejistotu. Psychika v těhotenství probíhajícím zcela pravidelně není pevná, což tedy potom nastane-li nějaká komplikace. Pochopitelně potíže jsou různého charakteru, avšak ty nejzávažnější, krvácení, předčasné děložní kontrakce, nedostatečnost děložního hrdla, vyžadují hospitalizaci (v lepším případě klid na lůžku v domácím prostředí), což nastávající matce pozitivní emoce nepřináší. Žena se musí podřídít jinému režimu, a to je samo o sobě psychicky náročné, dále vstupuje do kontaktu se spolupacientkami a vidí jejich další možné problémy, v neposlední řadě ženě chybí blízká osoba, která by ji podporovala.

Hrozí také riziko vzniku *hospitalismu* jakožto další nabalující se komplikace. Jedná se o psychickou změnu, která je doprovázena depresí, protesty, plačtivostí, někdy dokonce agresí, uzavřeností, apatií či regresí. Bohužel se nejedná o jev nikterak výjimečný. Ve své podstatě se takové ženě ani nelze divit. Nastávající matka přichází o potřebu jistoty a budoucnosti a objevuje se úzkost z očekávání. V takovýchto případech nelze doporučit nic jiného, než aktivně reagovat na rady zdravotníků a striktně dodržovat požadovaný režim.

V každém případě je klíčová podpora partnera a rodiny, od kterých žena očekává útěchu a pomoc. Pochopitelně je taková situace zátěžová pro partnera i ostatní členy rodiny, ale přesto musí mít budoucí maminka zázemí.

4.2 Ostatní nepříznivé faktory

Nyní se zaměříme na okolnosti, které pocházejí především z vnějšího prostředí, a tudíž by mělo být snazší je ovlivnit a vyvarovat se jim. Upozornění na tyto nepříznivé činitele jsou součástí rad a doporučení, které se pojí k životnímu stylu, jež by měly těhotné ženy dodržovat. Některá rizika ovlivňující těhotenství a plod, kterým se žena vystavuje, mohou být docela snadno eliminována, ale nestává se tak běžně, těžko si budeme klást otázku, zda takový přístup pramení pouze z nevědomosti, sobeckosti či lhostejnosti. Přirozený a zřejmě pouze ideální je takový postoj, kdy žena toužící po dítěti dělá vše pro to, aby průběh těhotenství byl co nejméně ovlivněn vnějšími vlivy. Proto předpokládáme, že se níže uvedeným faktorům bude vyhýbat, zkušenosti ale mluví za vše.

4.2.1 Kouření v těhotenství

Cigaretový kouř obsahuje látky, které skrz matčinu krev mají vliv i na vývoj dítěte, to pak nezaujímá v děloze uvolněnou polohu. Ačkoli zřejmě kouřením matka odbourává svůj vlastní stres, nevědomky tak navozuje stres dítěti. Kouření totiž patří mezi neškodlivější faktory ovlivňující plod, navíc se projevují následky ještě i po narození. (Macků, F., 1998) S kouřením se doporučuje přestat o značnou dobu dříve, než dojde k početí. Obvykle se uvádí 3 roky, přibližně tak dlouho totiž trvá, než se tělo ženy od škodlivých vlivů očistí. Tato abstinence se týká i otce, jednak kvůli ovlivnění množství spermií v ejakulátu, jednak kvůli tzv. „pasivnímu kouření“ partnerky. I když sama nekouří, může vdechovat zplodiny a při hodinovém pobytu v takovém prostředí stoupne ženě hladina oxidu uhelnatého v těle stejně, jako kdyby sama kouřila. Po vykouření jedné cigarety je možné ultrazvukem monitorovat křečovitě pohyby dítěte a jeho zvýšenou srdeční akci. Tedy stejné známky, které pozorujeme při nedostatku kyslíku, hypoxii. Vykouří-li žena byt' jednu cigaretu, trpí její dítě několik hodin nedostatkem kyslíku.

Kouření cigaret škodí i negravidní ženě, u těhotné ženy se obtíže stupňují. Hrozí poškození cévního systému, těhotenství je ohroženo potratem či předčasným porodem. Je také částečně omezena výživa plodu, v důsledku čehož se děti kuřaček rodí s nízkou porodní váhou. (Macků, F., 1998) Potomci kuřaček v pozdějším věku vykazují nižší intelektovou úroveň, minimálně je jejich vývoj opožděn. (Deans, A., 2004) Bohužel je prokázána větší náchylnost těchto dětí k leukemii a nádorovým onemocněním ledvin. (Čepický, P., 1999) Také nemálo závažné jsou potíže dětí kuřaček s alergiemi a projevy astmatu, které byly pozorovány dvakrát častěji než u dětí nekuřaček. (Macků, F., 2002) Můžeme si citovat studii, která tvrdí, že dětem kuřaček hrozí více riziko náhlého úmrtí kojenců po narození oproti dětem nekuřaček. (Deans, A., 2004) Nejnovější výzkumy ukazují, že kouření ovlivňuje organismus kuřáka, u těhotné ženy samozřejmě i plodu, více, než jsme se původně domnívali. Očista organismu trvá dlouhé roky, proto náhlé ukončení kouření těhotné ženy nepovažuje za přiměřené řešení. (Pařízek, A., 2009)

4.2.2 Požívání alkoholu gravidní ženou

Starořecký myslitel Platon v jednom svém spise uvádí: „*Bylo-li dítě počato v alkoholovém opojení, objeví se u něho slabomyslnost a neposlušnost, bývá často nemocné.*“ V té době byly dokonce vydávány zákony, které pod pohrůzkou trestu zakazovaly počít dítě v alkoholovém omámení. Lidstvo tedy ví o škodlivosti alkoholu v těhotenství již celá tisíciletí, přesto je problematika stále aktuální a nebezpečí není zažehnáno ani do budoucna.

V České republice sahají po alkoholu celé 3/4 žen, po otěhotnění u alkoholu 1/3 z předchozího podílu zůstává v průběhu prvních třech měsíců a 16 % žen pokračuje dokonce i mezi třetím až šestým měsícem těhotenství. (Nešpor, K., 2003) Žalostný je také fakt, že plod je působení alkoholu vystaven přibližně o polovinu déle než matka, vylučování alkoholu je u něj o 50 % nižší. (Čech, E., 1999) Alkohol škodí spermiím i vajíčku ještě před početím, po početí tedy i samotnému embryu. Vysoká spotřeba alkoholu vede ke vzniku fetálního alkoholového syndromu. (Deans, A., 2004) Ten zahrnuje mentální retardaci, vrozené vývojové vady v obličeji a na hlavě, nižší porodní váhu, hyperaktivitu, neurologické odchylky, sníženou pohyblivost kloubů a další. Fetální alkoholový syndrom hrozí v 35 až 40 %. (Čepický, P., 1999) Pro ženy, které se nevyhýbají

alkoholu, je riziko spontánního potratu téměř 2krát vyšší. Jsou však popsána i rizika předčasných porodů a náhlých úmrtí novorozenců. (Macků, F., 1998)

Z uvedeného vyplývá nemalé varování pro těhotné ženy. Bohužel se někdy stává, že o svém těhotenství ještě neví, tudíž nemají motivaci se alkoholu vyvarovat. Má-li žena sebemenší podezření na těhotenství, musí se chovat zodpovědně. V jejích rukou spočívá osud nenarozeného dítěte, který může svou nerozvážností snadno ohrozit.

4.2.3 Užívání drog v těhotenství

U žen závislých na drogách nacházíme malou pravděpodobnost, že by chtěly otěhotnět záměrně. Pokud otěhotní, bez odborné pomoci se drog vzdát nedokáží. Toxikomanie přináší nebezpečí pro matku i plod. Po některých drogách dítěti vznikne závislost a po porodu prodělává těžkou tělesnou reakci. S užíváním drog jsou spojena významná rizika, hrozí až 30% možnost potratu. (Macků, F., 1998) Donošenému dítěti pak také hrozí chudokrevnost, poškození centrální nervové soustavy, mentální retardace, deformace obličeje, prstů a nehtů, vývojové vady ledvin či močových cest, srdeční vady, poruchy trávicího traktu; v pozdějším věku dětem hrozí poruchy psychického vývoje a snížená inteligence. (Čepický, P., 1999)

Další vývoj probíhá různě, pro některé ženy bylo těhotenství záchranou, která je odvrátila od drog. Pro jiné matky se nezměnilo nic, drogy zneužívají dále, ale kromě toho nedostatečně dbají o narozené miminko. Nevěnují mu potřebnou péči, dítě strádá po fyzické i psychické stránce. Nedostává např. ani potřebnou stravu. Spolupráce s takovou matkou je obtížná, přesto nutná. (Delahaye, MC., 2006)

4.2.4 Užívání léků

Již dříve jsme uváděli příklady, kdy je např. žena dlouhodobě nemocná. V těchto případech je pochopitelné a vlastně i nutné, aby užívala léky. Ty jí ale doporučí lékař vhodně, aby neměly vliv na těhotenství a ani na plod. Nyní se zaměříme na léky, které jsou užívány přechodně a mohou mít vedlejší nežádoucí účinky. Na druhou stranu ale musíme upozornit na nepříznivé ovlivnění plodu nemocí, zejména infekční, proti které jsou léky

podávány. Těhotná žena může snadno onemocnět a v tomto případě je nevhodné ponechat nemoc bez léčby, poněvadž může být ohrožen plod. Proto je nezbytné, aby o vhodnosti léků rozhodl lékař, který je informován o graviditě, a jestliže žena dodrží doporučené dávkování a nebude léčbu doplňovat o medikamenty volně prodejné, je reálné riziko téměř nulové.

5 Stres

Stále frekventovaněji se mluví o stresu. Je udáván především jako příčina mnoha fyzických i psychických onemocnění. (Rheinwaldová, E., 1995) Jelikož je tento pojem hojně užíván i širokou laickou veřejností, je nezbytné specifikovat jeho význam a alespoň vymežit základní charakteristiku. Pro srovnání pokládáme za vhodné uvést nejméně tři různé definice, které nám odborná literatura podává. Každé vymezení je totiž v něčem zajímavé a studiem více teorií si nejlépe přiblížíme skutečnou postatu. Tak například „*je stres soubor regulačních mechanismů nastupujících při ohrožení vnitřní homeostázy (stálosti vnitřního prostředí) organismu*“, přičemž „...*stresovou reakcí se rozumí situace na hranici patologického stavu...*“.⁷ Druhé vymezení pojmu říká, že „*stres je reakcí organismu na interní a externí procesy, které dosahují takových hodnot, že přetěžují fyziologické kapacity organismu*“.⁸ Třetí definice odkazuje k tomu, že stres „*je stav organismu, který je odezvou na nadměrnou tělesnou či psychickou zátěž*“.⁹ Ještě pro malé doplnění můžeme dodat, že někteří odborníci jednoduše stres shrnují jako silnou frustraci.¹⁰ (Nakonečný, M., 1996)

Z uvedeného bychom mohli vyvodit mylné závěry o tom, že stres je vždy škodlivý a nežádoucí. Přední světový odborník, který se stresem zaobíral, **Hans Seley**, označil stres za nespécifickou reakci na fyzické, duševní a chemické reakce těla, z čehož vzniká teze, že stres není ve všech případech škodlivý, může být dokonce užitečný a uzdravující. Seley jednoznačně tvrdil, že bez stresu by nebylo téměř žádných pozitivních změn a tvořivých

⁷ Vašina, Lubomír a Věra Strnadová. *Psychologie osobnosti I*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. s. 198.

⁸ Hrstka, Zdeněk, Alena Vosečková. *Kapitoly z psychologie zdraví*. 2. díl. Hradec Králové: Univerzita obrany, 2008, s. 7.

⁹ Holeček, Václav, Jana Miřhová a Pavel Prunner. *Psychologie pro právníky*. 1. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2003, s. 162.

¹⁰ „*Frustrace se používá k označení tří různých, ale navzájem spojených jevů: 1. vnější situace blokující dosažení nějakého cíle (uspokojení potřeby), vystupující jako bariéra zacíleného chování (dosažení cíle je znemožněno); 2. vnitřní psychický stav, který tato situace vyvolává, vyznačující se vznikem emoce (afektu) a vnitřního napětí (tenze) s motivací po překonání překážky; 3. zvláštní způsoby chování, které jsou touto situací a vnitřním stavem jedince, jenž byl touto situací vyvolán, způsobeny a vyznačují se převážně nevědomým pokusem vyrovnat se s touto situací a zbavit se tenze, která s ní souvisí.*“ In: Nakonečný, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996, s. 121.

činností, tudíž každá živá bytost stres nezbytně potřebuje pro svůj rozvoj. V tomto pojetí považujeme za škodlivé pouze překročení hranice, která je značně individuální. (Rheinwaldová, E., 1995) Ona pomyslná hranice rozděluje stres na tzv. *eustres a distres*, oba termíny zavedl právě zmiňovaný odborník Seley. Eustres je označením pro pozitivní stres, který je příznivý, člověk díky němu dosahuje lepších výsledků, jednoduše bychom mohli říci, že nás vyburcuje k vrcholnému výkonu. Logicky vyplývá, že distres symbolizuje negativní stres, který škodí. Člověk pak podává slabší výkony a je zde reálné riziko poškození organismu. (Holeček, V., Miňhová, J., Prunner, P., 2003) Distres vzniká z dojmu přetížení, zoufalství a bezmocnosti. (Rheinwaldová, E., 1995) Seley v roce 1936 objasnil *obecný adaptační syndrom*, tzv. GAS, general adaptation syndrome, kde osvětlil biologickou reakci organismu na stres. (Křivohlavý, J., 1994) GAS zahrnuje *tři fáze*:

1. *poplachová reakce* – v tomto stadiu se zvyšuje koncentrace hormonů stresu, tělo na stres začíná fyzicky reagovat, např. se zrychluje dech, zvyšuje se tep. Tělo se snaží připravit k obraně, je aktivován autonomní nervový systém.

2. *fáze odporu, rezistence (odolnosti)* – je-li to možné, organismus se v této etapě stresu přizpůsobuje, případně se se situací vyrovnává všemi dostupnými prostředky.

3. *fáze vyčerpání* – nastává, působí-li stres příliš dlouho nebo organismus není schopen efektivně reagovat. Důsledkem může být onemocnění, syndrom vyhoření, deprese, nezvratné poškození, dokonce smrt.

(Hrstka, Z., Vosečková, A., 2008)

5.1 Stresory

Stresory „jsou příčiny, podněty, okolnosti vyvolávající stresovou reakci“.¹¹ Seley upozornil, že „působení stresorů závisí v první řadě na tom, jak je tento stresor danou osobou chápán“.¹² Další americký psycholog, který se podobnou problematikou zabýval, Robert Epstein, tvrdí, že „stresor je pro člověka tím těžší, čím více ohrožuje jeho vlastní „já“, tj. samo jádro jeho osobnosti“.¹³

Z citovaných formulací je patrné, že stresor je obecně řečeno původcem stresu. K tomu je nutná poznámka, že se jedná o velmi individuální záležitost. Každý jedinec spatřuje stresor v něčem jiném, i intenzita jeho působení je nadmíru odlišná. To ovšem neznamená, že takový stav je neměnný. Jestliže má nějaký člověk sklony k přehnaným reakcím na stresory, existují východiska, jak takové pochody usměrnit.

Také je vhodné upozornit na to, že je možné stresory podle jejich povahy rozčlenit. Hovoříme pak o *stresorech myšlenkových*, ty pramení z emocí, vztahů, z pohledu na sebe i druhé. *Stresory úkolové* mají podstatu ve způsobech řešení úkolů, za které zodpovídáme. *Fyzikální stresory* vyvstávají z prostředí, ve kterém pobýváme. (Rheinwaldová, E., 1995) Jiné dělení (ovšem s obdobným pojmenováním) rozlišuje *fyzikální stresory*, kterými v rámci této klasifikace myslíme „jedy“. To znamená škodlivé látky, znečištění vzduchu, živelné katastrofy, nehody, úrazy, těhotenství, nechtěný sexuální styk. *Emocionální stresory* v tomto kontextu zahrnují úzkost, smutek, obavy, strach, nenávisť a další negativní pocity. *Ministresory* rozumíme mírné působení, které vyvolává slabý stres. Svou kumulací může dosáhnout hranice silného stresu, podnět pak přerůstá v makrostresor. *Makrostresory* jsou tedy naopak ničivé, děsivé a deptající vlivy. (Hrstka, Z., Vosečková, A., 2008)

¹¹ Holeček, Václav, Jana Miňhová a Pavel Prunner. *Psychologie pro právníky*. 1. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2003, s. 164.

¹² Vašina, Lubomír a Věra Strnadová. *Psychologie osobnosti I*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. s. 205.

¹³ Vašina, Lubomír a Věra Strnadová. *Psychologie osobnosti I*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. s. 205.

5.2 Reakce na stres

Již jsme předznamenal, že prožívání stresu je ryze individuální záležitost. Také podněty ke stresu, stresory, každý jedinec vnímá odlišně. Různí lidé v týchž situacích mají naprosto odlišné pocity. Pro někoho je daná situace zdrojem stresu, jiný člověk se zachová naprosto klidně a není nikterak vyveden z normálu. Tudiž samotný zdroj stresu je poměrně subjektivní záležitostí, zrovna tak i reakce na stres. Taková odezva vychází z osobnosti každého jedince zvlášť, navíc se v ní odráží další momentální činitelé, jako zdravotní či psychické rozpoložení v danou chvíli, předchozí zkušenost se stresorem a vliv dalších stresorů. V zásadě bývají obvykle reakcí psychosomatická onemocnění. Jestliže sumarizujeme reakce na stres, vzniknou nám výčty symptomů, které lze rozdělit do tří skupin – *fyziologické, emocionální a behaviorální reakce*. (Rheinwaldová, E., 1995) Níže jmenované odezvy se projevují v různé míře a v odlišné kombinaci v závislosti na dané osobnosti a dalších faktorech, které jsme již uváděli. Pochopitelně nejsou přítomné všechny najednou, některé projevy se střídají, další jsou trvalé po celou dobu působení stresorů, jiné se u konkrétních osob neprojevují vůbec.

Nejzákladnější *fyziologické reakce* na stres, které nejčastěji lidé udávají, shrnuje následující výčet:

- bolest a sevření na hrudi
- bušení srdce, nepravidelná činnost srdce
- třes rukou, popřípadě celého těla
- nechutenství, vysýchání v ústech, přejídání
- časté nucení k vyprazdňování
- křečovitě bolesti v oblasti břicha
- sexuální nechutenství
- nepravidelnost v menstruačním cyklu
- bodavé, řezavé nebo palčivé pocity v končetinách
- svalové napětí v různých částech těla
- bolesti hlavy, až migréna
- vyrážka v obličeji
- nepříjemné pocity v krční oblasti, případně v dalších částech těla

- dvojité vidění
- pocení
- tiky

Mezi základní stresové reakce patří i *emocionální stresové odezvy*. Lidé v tomto kontextu pociťují zejména:

- časté změny nálad
- úzkostlivé stavy kvůli malichernostem
- neschopnost se emocionálně projevit
- neúměrná starost o své zdraví a vzhled
- nadměrné fantazírování
- pocity únavy, nízká soustředěnost
- abnormální podrážděnost
- hádavost, podrážděnost
- nervozita

Třetí skupinu reakcí na stres tvoří *behaviorální odezvy*. O odpovědích organismu nás v rámci tohoto dělení informuje následující výčet:

- neschopnost se rozhodovat
- nemocnost, pomalé uzdravování
- sklony k nepozornosti
- zhoršená kvalita práce (všech výkonů)
- zvýšené množství konzumace drog (včetně cigaret, kávy, alkoholu atd.)
- změněný denní rytmus, potíže se spánkem, noční bdění
- odosobnění od přátel, rodiny, kolegů v zaměstnání, atd.

5.3 Stres v těhotenství

Gravidita je pro ženu významným obdobím, které přináší řadu změn, přestože se jedná vesměs o změny pozitivní, jsou doprovázeny stresem. Každá změna v životě člověka jde ruku v ruce se stresem bez ohledu na to, zda se jedná o změnu pozitivní či nikoli – od toho se pak odvíjí pouze intenzita prožívání stresu. Gravidní žena prochází tělesnými i psychickými změnami a zároveň se musí připravovat na budoucí roli matky, procházet tolika zvraty nemůže být vůbec jednoduché. Vypořádání se s tolika změnami závisí na mnoha faktorech. V první řadě hraje roli otázka, zda je těhotenství plánované a chtěné. Dalším důležitým faktorem je osobnost ženy, věk a případná zkušenost (předchozí těhotenství nebo potrat). Neméně významný činitel ovlivňující hladký průběh je prostředí, ekonomické i sociální. (Ratislavová, K., 2008) Má-li žena finanční zázemí, pocit bezpečí a podporu od svých blízkých, považujeme to za značný předpoklad pro lepší zvládnutí stresových situací.

Je nutné říci, že jakýkoli intenzivnější emoční prožitek matky se placentou přenáší k plodu a ovlivňuje ho. Prožívá-li matka radost, dítě se cítí lépe, prochází-li rodička stresovým obdobím, dítě to pociťuje stejnou měrou. Přesněji řečeno se mění vlivem emocí hormonální složka krve, která prochází tělem matky, potažmo skrz placentu přichází do kontaktu s plodem. Je přirozené, že i spokojená a zdravá rodička někdy zaváhá a ocitne se ve stresové situaci. Krátkodobé působení stresu nemá žádné fatální důsledky. Ovšem, působí-li stres dlouhodobě, je oprávněné se obávat následků. Silný a dlouhodobý stres může ovlivnit vývoj dítěte nebo vyvolat předčasný porod. Skutečně extrémně intenzivní a dlouhodobý stres působící v 1. trimestru může mít za následek poškození nervového systému, v horším případě smrt plodu. (Matějček, Z., 1986)

5.3.1 Stresory v těhotenství

Podle uvedených teoretických poznatků můžeme soudit, že každá těhotná žena pociťuje v graviditě různé stresory. Pro naše účely si můžeme alespoň obecně podněty ke stresu rozdělit na **objektivní a subjektivní**.

Největším *objektivním* faktorem, který pociťují všechny ženy je samo těhotenství. Ostatní činitelé spadající do této kategorie nejsou tolik vlivné, avšak nejsou ani

zanedbatelné. Bezesporu sem patří události obyčejného každodenního života, tzv. „*daily uplifts*“¹⁴. Tyto události zahrnují obvyklé rozhovory a další běžné situace, které nastávají denně. Jejich účinky jsou poté pozitivní i negativní, záleží na konkrétních podmínkách a okolnostech. Celkový průběh gravidity jakožto objektivní stresor ovlivňuje již několikrát zmiňované prostředí, od životního až po nejbližší, ve kterém žena žije. Řeč je o životním prostředí, o politických a kulturních podmínkách, které mají na těhotnou bezesporu dopad, v užším slova smyslu hovoříme o spokojeném životě, na kterém se podílí harmonické manželství a dobrý vztah s nejbližšími.¹⁵ Pak jsou to samozřejmě podmínky na pracovišti, ať už ty skutečně pracovní nebo ryze vztahové. Ne všechny těhotné v zaměstnání ovšem setrvávají, což vyplývá z povahy jejich zaměstnání. Pokud je tedy žena zaměstnána v takové sféře, kde jako těhotná zůstat nemůže, objevuje se další stresor, kdy se žena najednou ocitne doma. Pokud žena v zaměstnání zůstává do pokročilejšího stadia gravidity, může se potýkat zejména s přetížením. Dalším objektivním stresorem jsou informace. Těhotná pro svůj vnitřní klid potřebuje mít dostatek informací o průběhu gravidity. Lékař či porodní asistentka by měli informace podávat dostatečně srozumitelně a musí najít rovnováhu v množství podávaných informací. Žena potřebuje být řádně poučena, ale přehlcení je též nežádoucí. Také veškeré návyky týkající se zdravého životního stylu mohou přerůst ve stresory, jestliže nebudou řádně plněny a sledovány. Jedná se o nedostatek spánku, nevhodnou výživu, dehydrataci, nedostatečnou hygienu, nemoc. Nezanedbatelným stresorem je také organizace času. Časový stres je u těhotných poměrně rozšířený, ale při troše snahy jde poměrně snadno eliminovat.

Subjektivní zdroje stresu vycházejí především z osobnostních vlastností¹⁶. Nepodcenitelný je v tomto ohledu tzv. *emoční stresor*, který pramení ze způsobu myšlení gravidních. Žena myslí na něco, co jí nahání strach a co ji silně znepokojuje, v tom

¹⁴ tj. běžně se vyskytující situace s emotivními účinky In: Vašina, Lubomír a Věra Strnadová. *Psychologie osobnosti I.* 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002, s. 216.

¹⁵ Nejnověji se Hörnquist (1989) pokouší o systémové rozvinutí tohoto konceptu. Definiuje šest základních životních domén – *biologická* – somatické zdraví, *psychologická* – pohoda a kognice, *sociální* – veškerý společenský život, *behaviorálně-činnostní* – veškerý aktivní život, *hmotná* – osobní ekonomická situace, *strukturální* – životní význam. In: Vašina, Lubomír a Věra Strnadová. *Psychologie osobnosti I.* 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002, s. 217.

¹⁶ struktura osobnosti čítá tyto kategorie: aktivačně motivační vlastnosti, vztahově-postojové vlastnosti, seberegulační vlastnosti, dynamické vlastnosti (temperametrn), výkonové vlastnosti, individuální

okamžiku následuje úzkost, strach, zoufalství, dokonce i hněv. (Rheinwaldová, E., 1995) Emoční stres je způsoben pouze myšlenkami a představami, nehrozí žádné skutečné nebezpečí, přesto dokáže vyvolat velkou stresovou reakci. Jakousi podkategorií emočního stresu tvoří *anticipační stres*. Stresorem jsou zde opět pouhé myšlenky. Žena je nepřiměřeně starostlivá, chce vše podnikat naprosto správně, navíc je její myšlení negativistické. Žena neustále myslí na to, co by se mohlo přihodit, žije v neustávajícím strachu a má stále starosti a očekává vždy tu nejhorší možnou variantu. Za subjektivní zdroj stresu také pokládáme *stresor z rozhodování*. Žena se nachází v období, kdy musí čelit řadě rozhodnutí. Rozhodování pro ni představuje velkou zátěž, protože i při nedůležitém rozhodování má pocit, že rozhoduje o celém svém osudu a nejen to, řeší i osud nenarozeného dítěte. Relativně často se budoucí matky potýkají se stresory, které vyvstávají z dosavadních *denndenních zvyků a návyků*. Těhotenství vyžaduje jisté posuny v denním režimu, ve stravování, v práci i jiných aktivitách. Již bylo předznamenáno, každá změna je jistým podnětem ke stresu. Jestliže se žena musí vyvarovat určitým stereotypům, na které je zvyklá, čelí velkému náporu, který je na její psychiku vyvíjen. Na jednu stranu se musí vyhýbat určitým činnostem, na které je navyklá, na druhou stranu musí ještě navíc utvářet návyky nové. V kontextu běžných zvyků a návyků existuje desatero zásad pro podporu psychosomatického zdraví:

- radovat se ze života
- aktivně vyhledávat vše, co je dobré
- vědomě upřednostňovat kladné emoce
- negativní emoce nahrazovat kladnými
- pěstovat smysl pro humor, vytvářet si určitý nadhled
- nenechat se ovládat zlostí, agresí
- nedat se ovládat depesemi a beznadějnými myšlenkami
- dělat věci/činnosti, ze kterých je možné se posléze radovat
- umět si vytvořit odstup od těžkostí, se kterými se zrovna tělo i psychika potýká
- učit se stále novým způsobům relaxace, a to tělesné i duševní

(Křivohlavý, J., 2004)

Poslední složku subjektivních stresorů představují *biologické podněty*. Těhotenství a zdraví spolu úzce souvisí, proto hovoříme o biologických podnětech jako o zásadním zdroji stresu. Tělo i psychika prochází během gravidity četnými změnami. Žena se potýká s psychickými zvraty, které jsou pro ni nové. Zrovna tak fyzické změny jsou neznámé. Zpočátku je těhotenství doprovázeno nevolnostmi, což může být vnímáno negativně a tyto stavy mohou být zdrojem stresu. Nezanedbatelnou roli hraje také zkušenost z gestace matky těhotné, jelikož jsou spolu pravděpodobně v blízkém kontaktu, zážitky si sdělí. Jestliže měla matka těhotné komplikace v graviditě potažmo u porodu, je pochopitelné, že se její dcera také obává. Závěrem lze říci, je velmi složité takto obecně definovat zdroje stresu pro těhotné ženy. Vždy záleží především na osobnostních vlastnostech, na konkrétní situaci a na způsobu, jakým je situace interpretována.

5.4 Důsledky působení stresu v těhotenství

Stres má neblahý důsledek na matku, mohou vznikat různá psychosomatická onemocnění, prakticky strádá tělo i „duše“. Avšak stres matky ovlivňuje hladinu hormonů, což má negativní vliv na nenarozené dítě, které se teprve vyvíjí. V podstatě můžeme říci, že nejen stres, ale i jakákoli negativní zkušenost z prenatálního období ovlivňuje plod po fyzické i psychické stránce. Následky se projevují dokonce i s velkým časovým odstupem. V důsledku stresu se v pozdějším věku dítěte mohou projevovat sklony ke schizofrenii, takové děti mají často problémové chování, trpí depresemi, mají četné další obtíže a choroby s porovnáním s dětmi, které pocházejí ze spokojeného těhotenství.¹⁷ Nevhodný přístup k těhotenství může mít také za následek rozvoj autismu.¹⁸ Badatelé zabývající se tímto výzkumem mají zázemí v lékařském centru nizozemské univerzity v Utrechtu. Tito vědci se zaměřili na 255 výzkumů, jež sledovaly vliv prostředí na vývoj plodu a pozdější

¹⁷ Stres v těhotenství programuje dítě k úzkosti. In: *Dáma* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://rodina.dama.cz/clanek.php?id=16358>

¹⁸ Goverová, Lucie. Události před narozením a jejich důsledky: V únoru proběhlo v Brně sympozium na téma UDÁLOSTI PŘED NAROZENÍM A JEJICH DŮSLEDKY. In: *Rodina: O dětech i rodičích* [online]. [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek5579.htm>

psychopatologii.¹⁹ Průzkum byl zaměřen na lidi i na zvířata (hlodavce). Jak u lidí, tak u hlodavců se potvrdila souvislost mezi působením stresu v těhotenství a následnou psychopatologií v pozdějším věku jedinců. Bohužel nebyl odhalen přesný mechanismus, jak tato spojitost konkrétně funguje. Vědci mají důvodné podezření, že působení stresu v graviditě má skutečně za následek vznik schizofrenie.

Jim van Os z Maastrichtské univerzity v roce 1998 sledoval působení stresu v graviditě, které bylo způsobené německou invazí v roce 1940, a pozdějšími projevy psychopatologie u dětí pocházejících z takových těhotenství.²⁰ Vědci se povedlo shromáždit data o 100 000 lidech, jejichž matky byly ve zkoumané době těhotné. Opět byla potvrzena tato domněnka. Ze statiky vyplynulo, že z celé množiny zkoumaných osob je výrazně vyšší podíl výskytu schizofrenie než u dětí, které se narodily o rok dříve či o rok později.

Velkou úlohu v tomto směru hraje fáze těhotenství. Klíčová jsou období 1. a 2. trimestru, protože se v tu dobu teprve vyvíjí mozek plodu²¹ a jelikož na plod působí změny hladin hormonů, které zapříčinil stres, dochází ke složitým reakcím. Vědci jako další východiska výzkumu uvádějí emoční labilitu dětí, jejichž matky byly v těhotenství vystaveny stresu, a mají problémy se zvládnutím stresových situací.

H. Gunter a T. Elbert z univerzity Konstanz v Německu shledali, že stres ovlivňuje vývoj genu. Celý výzkum i s výsledky byl zveřejněn v časopise *Translational Psychiatry*.²² Stručně řečeno bylo zjištěno, že stres těhotné ženy vede dokonce až k biologickým změnám v organismu dítěte.²³ Tito vědci tvrdí, že geny potomků stresovaných matek mají odlišné složení genů, které jsou odpovědné za reagování na stres, proto mají jejich děti

¹⁹ Stres v těhotenství programuje dítě k úzkosti. In: *Dáma* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://rodina.dama.cz/clanek.php?id=16358>

²⁰ Stres v těhotenství programuje dítě k úzkosti. In: *Dáma* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://rodina.dama.cz/clanek.php?id=16358>

²¹ Stres v těhotenství programuje dítě k úzkosti. In: *Dáma* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://rodina.dama.cz/clanek.php?id=16358>

²² Stres v těhotenství programuje dítě k úzkosti. In: *Dáma* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://rodina.dama.cz/clanek.php?id=16358>

²³ Stres v těhotenství programuje dítě k úzkosti. In: *Dáma* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://rodina.dama.cz/clanek.php?id=16358>

posléze sklony k úzkostem, depresím, nedokáží konstruktivně řešit stresové situace, kterým jsou v životě samy vystavené. Proto vědci varují, že psychosociální prostředí má na gestaci větší vliv, než se společnost domnívá.

Vůbec v tom nejhorším případě může stres, psychické trauma nebo jakýkoli duševní otřes způsobit smrt. Může se jednat o smrt ještě nenarozeného dítěte, ke které může dojít zmíněnými činiteli spontánním potratem. Úmrtí se může vztahovat i na těhotnou. Stres ve své nejhorší formě může jedince dohnat k sebevraždě, nebo organismus vyčerpá natolik, že skoná. Ještě jednou připomínáme, že sebevražd v těhotenství není mnoho, jelikož ženu krotí myšlenka na zodpovědnost za dítě. Tudíž k sebevraždě dochází spíše v případě nechtěného těhotenství.

5.5 Prevence a zvládání stresu v těhotenství

Prevence nespočívá ve vyhýbání se kontaktu se stresem. Náležitá ochrana před stresem zahrnuje kromě částečné eliminace umění se s ním vyrovnat. Existuje mnoho způsobů, jak se se stresem aktivně vypořádat. Každému z nás vyhovuje jistě jiný způsob a nějaký čas trvá, než nalezneme tu pravou metodu, která se nám osvědčila. Těhotné ženy mají toto hledání o poznání těžší. Na jednu stranu u nich nemusí fungovat dosavadní postupy, kterými se stresem bojovaly, protože se mění i psychika. Na druhou stranu je škála metod zúžena, jelikož zdaleka ne všechny prostředky boje se stresem jsou pro gravidní příhodné.

5.5.1 Relaxace

Jednou z možností relaxace v těhotenství jsou *relaxační masáže*. Jsou účinným nástrojem k odreagování. Masáž stimuluje nervová zakončení, zlepšuje krevní oběh, navozuje pocit klidu. (Macků, F., 1998) Není nutné, aby masírování prováděl kvalifikovaný odborník, mírnou masáž může realizovat i partner, tím spíše je její účinek hlubší a upevňuje partnerské pouto, žena se při masírování partnerem lépe uvolní.

Dechové cvičení je nenáročná technika, kterou je možné provozovat v podstatě kdekoli a kdykoli. Toto cvičení má mnohá pozitiva. Pomáhá vyprazdňovat plíce a zbavuje

krev od kysličníku uhličitého. Zároveň s sebou přináší příjemný pocit uvolnění, také je zdrojem energie. (Rheinwaldová, E., 1995) Klidným dýcháním můžeme ovlivnit aktuální pocity. Pokud dojde k nějakému rozčilení, je to vhodná metoda, jak navodit klid a harmonii.

Pro těhotné je také vhodným způsobem relaxace pouhý *klid a odpočinek*. Protože ve své podstatě klid je protipólem stresu. (Rheinwaldová, E., 1995) Klid je nejlepší obrana a zároveň působí preventivně. Gravidní žena by se odpočinku měla věnovat více, než byla zvyklá. Nemělo by se čekat až na signál těla, kterým je únava. Pochopitelně nejlepší polohou je leh. Uleví se tak i dolním končetinám, na které je vyvíjen velký nápor. Odpočinek je také dobré doplnit *relaxační hudbou*. Hudba má celkově blahodárné účinky na psychiku, v těhotenství tedy pochopitelně dvojnásob. Hudba působí na psychiku ženy a na ještě nenarozené miminko. Jestliže se dítěti hudba líbí, začne jemně kopat, pokud se mu nelíbí, kope silně.²⁴ S tím souvisí i lidský hlas. Hlas údajně dovede léčit i harmonizovat, dokonce nalézt duševní i tělesnou rovnováhu.²⁵ Řeč je o zpěvu - zpěv matky podporuje vývoj miminka i zdraví ženy. Při zpěvu dochází kromě jiného k uvolňování emocionálních bloků. Jestliže se nenarozenému miminku zpívá, je větší šance, že bude po porodu lépe spinkat, nebude tolik plačtivé a v případě působení stresu se s ním bude umět lépe vypořádat.²⁶ Také se doporučuje pouštět hudbu, která byla pouštěna nenarozenému miminku, ještě i po narození. Dítě si totiž hudbu pamatuje a nyní mu bude připomínat bezpečné a klidné prostředí.²⁷

²⁴ Relaxační hudba v těhotenství. In: *Bonella: Portál pro maminky a těhotné* [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.bonella.cz/prubeh-tehotenstvi/relaxacni-hudba-v-tehotenstvi.html>

²⁵ Relaxační hudba v těhotenství. In: *Bonella: Portál pro maminky a těhotné* [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.bonella.cz/prubeh-tehotenstvi/relaxacni-hudba-v-tehotenstvi.html>

²⁶ Relaxační hudba v těhotenství. In: *Bonella: Portál pro maminky a těhotné* [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.bonella.cz/prubeh-tehotenstvi/relaxacni-hudba-v-tehotenstvi.html>

²⁷ Relaxační hudba v těhotenství. In: *Bonella: Portál pro maminky a těhotné* [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.bonella.cz/prubeh-tehotenstvi/relaxacni-hudba-v-tehotenstvi.html>

5.5.2 Spánek

Gravidita sama o sobě ženu vyčerpává a vzniklá únava pak může být negativní okolnost, která umožní vznik stresu. Dostatečný a dobrý spánek obnovuje fyzické i psychické síly těla. Potřeba spánku je v těhotenství vyšší, proto by se žena neměla bránit a mít pocit viny, že potřebuje více spát. (Macků, F. a Macků, J., 1998) Jestliže tělu dopřeje více spánku, bude se cítit po fyzické i psychické stránce mnohem lépe. Pokud se ženě nechce spát, postačí si pouze na chvíli odpočinout. Horší model potom nastává, pokud dochází k poruchám spánku. Tento stav bychom spíše hodnotili jako důsledek depresivní poruchy, samozřejmě ne v každém případě. Nespavost je také spojena s určitým nepohodlím – časté močení, starosti, spánková poloha, nevolnosti. Zejména ke konci těhotenství ideální podmínky mizí a je pocíťováno spíše nepohodlí.

5.5.3 Tělesné aktivity

Těhotným ženám se doporučuje vyvarovat se některým sportovním činnostem. To ale neznamená, že nesmí provozovat žádné tělesné aktivity. Naopak je vhodné se takovým činnostem v omezené míře věnovat. Účinek je hned dvojitý, vhodné tělesné aktivity napomáhají dobré kondici, zároveň působí proti stresu. Cvičení zbavuje člověka svalového napětí a přitom odbourává stresové reakce. Tělesné aktivity podporují pozitivní přístup k životu a zvyšují sebedůvěru. (Rheinwaldová, E., 1995) Primárně je důležité si uvědomit, že cílem zde není zvyšování výkonnosti. Cvičení kromě již uvedených pozitiv také přináší tu výhodu, že přispívá k méně vyčerpávajícímu, snadnějšímu porodu.

Vhodným způsobem odreagování se jeví např. *plavání*, to je doporučováno po celou dobu těhotenství, ustat se radí teprve krátce před porodem. (Macků, F., 1998) Plavání těhotnou nevyčerpává, uvolňuje svalstvo celého těla a podporuje správné dýchání, to je velmi žádoucí. Při plavání se také uvolňuje pánevní dno a ulevuje se páteři a kloubům, které v těhotenství často působí bolest. Musíme zmínit, že i tento způsob si vyžaduje dodržování určitých zásad. Voda ve veřejných bazénech obsahuje chlór, který dráždí poševní sliznici. Proto je nevyhnutelné se po opuštění bazénu osprchovat, řádně usušit a neprochladnout. (Macků, F., 1998)

Oblíbenou aktivitou těhotných je *břišní tanec*. Zde spočívá další výhoda v tom, že se jedná o kolektivní aktivitu, kde se setkává více žen najednou, mohou si vyměňovat zkušenosti a rady. Vůbec kontakt s dalšími gravidními hodnotíme jako přínosný, jelikož se mohou vzájemně podporovat a povzbuzovat. Samotný tanec je doprovázen hudbou, a tak má pozitivní protistresové účinky.

Také *těhotenská gymnastika* je velmi vhodná a prospěšná. Opět jejím účelem není zvyšování tělesné zdatnosti, nýbrž posílení žádoucích oblastí, zároveň je to jakási příprava k porodu. Neméně důležitým efektem je dosažení klidu a rovnováhy, pocit sebevědomí a dobrý dojem z aktivity. Duševní vyrovnanost snižuje sklony k napětí, ke křečím a zvyšuje schopnost tělesné i psychické relaxace. (Pařízek, A., 2005)

Vyhledávaná a populární alternativa je *gravidjóga*. Jedná se o nenáročné a bezpečné cvičení, které by měl vést odborník. Gravidjóga se přizpůsobuje novým požadavkům, které organismus v těhotenství vyžaduje. Je zaměřena především na dýchání a uvolnění. Toto cvičení učí ženu zvládat stavy spojené s nervovou soustavou, podporuje svaly pánevního dna, ulevuje od bolesti zad, podporuje správnou činnost orgánů, zejména trávicího ústrojí, pomáhá od napětí, ulevuje od otoků končetin.²⁸

Blahodárné účinky ženám poskytuje *aromaterapie*. Metody práce s bylinnými přípravky, vonnými a aromatickými oleji pomáhají těhotným vypořádat se svojí fyzickou i emocionální stránkou. Aromaterapeuti se snaží o holistický přístup.²⁹ Stejně jako předchozí možnosti relaxace ulevuje aromaterapie od fyzických potíží (bolesti zad, otoky, křeče, atd.) i od psychické zátěže. Terapie navozuje příjemný pocit, odbourává stres, napětí a rozladěnost. Nějaké lehčí metody se případně může naučit i partner a opakovat je potom v pohodlí domova, čímž může ženě ulevovat častěji a také se prohlubuje vztah obou partnerů, kteří se vlivem změn v těhotenství nemálo odcizují.

²⁸ Gravidjóga - cvičení pro těhotné. In: *PRO FIT SPORT: Dámský fitness a sportovní centrum* [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.cviceni-plzen.cz/gravidjoga/>

²⁹ Aromaterapie v těhotenství a během porodu. In: *Asociace českých aromaterapeutů* [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://aromaterapie.cz/index.php/?archives/8-Aromaterapie-v-tehotenstvi-a-behem-porodu.html>

5.5.4 Psychoprofylaktická příprava žen před porodem

Účelem této metody je připravit ženu na průběh porodu včetně možnosti komplikací i případné operace. (Ratislavová, K., 2008) Přípravu obvykle vedou vyškolené terapeutky nebo porodní asistentky, psychologové či lékaři. (Janáčková, L., 2009) Příprava slouží ke snížení úzkosti před porodem, k racionálnímu vysvětlení všech pochodů, k nácviku správného dýchání a možnosti relaxace. Výhodou je, že se připrav účastní i partneři rodiček, a tak se těhotné cítí lépe a partneři získávají potřebné informace, jak těhotenství i porod probíhají. (Janáčková, L., 2009) Shrneme-li úkoly psychoprofylaxe, zjistíme, že prvky přípravy jsou skutečně širokospektré. V první řadě jde o podání informací, doporučení a rad, které jsou pro těhotnou velmi cenné. Těhotné si nacvičují různé polohy, trénují dechová cvičení a relaxační techniky. Při přípravě se vedoucí kurzu snaží vést těhotné k samostatné aktivitě (jóga, cvičení s míčem, plavání, atd.). Ženám je nabídnuta nefarmakologická metoda tlumení bolesti. Dokonce mají nastávající rodiče možnost se seznámit s prostředím porodnice či porodního domu (záleží na volbě jejich výběru). Celý kurz by měl posilovat důvěru mezi nastávající maminkou a porodní asistentkou, což přispívá k lepšímu průběhu porodu, jelikož pacientka porodní asistentce více důvěřuje. V neposlední řadě se při přípravě posiluje vazba matka – otec – plod na základě cvičení v páru.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Výzkumné šetření

Teoretické znalosti v oblasti psychiky těhotné ženy musí být neustále ověřovány. Nejlépe je získávat tyto skutečnosti od žen samotných. Tím lze nejen teorii potvrzovat, nýbrž i nabývat poznatky nové. Informace od těhotných žen jsou v otázce oblasti těhotenství a psychiky v tomto období nesmírně důležité, neboť dokládají či vyvrací hypotézy, které s problematikou souvisí. Tato praktická část je jistým obohacením teoretického celku, nyní od těhotných žen získáme konkrétní údaje o jejich pocitech, názorech i postojích, dokonce obavách. Pro účely praktického bádání byla použita poměrně objektivní psychologická metoda dotazníkového šetření. Uvedená volba se jevila jako nejefektivnější v poměru vynaloženého úsilí a množstvím získaných informací od gravidních žen. Dotazníky byly šířené v psané podobě, tudíž se jedná o metodu nepřímou. Celkem bylo osloveno 70 žen, konečný počet respondentek, který šetření dokončil, je pouze 63, zbylých 7 žen v průběhu dotazování odstoupilo. Dotazníkové šetření se skládalo ze 3 dotazníků (příloha č. 1, 2, 3), které zkoumaly vždy shodné skutečnosti odděleně za každý trimestr; jinými slovy byl dotazník vyplněn touž ženou v každém trimestru zvlášť. Tudíž jsme získali údaje od 63 těhotných za každý trimestr a můžeme je nyní porovnávat jednak mezi sebou dle stupně gravidity, jednak v kombinaci s odpověďmi ostatních žen. Všechny tři dotazníky byly v podstatě anonymní, respondentky byly vždy požádány pouze o uvedení křestního jména a iniciály příjmení, tento požadavek měl jediný cíl, a to ten, že budeme mít vždy přehled o tom, jak se liší odpovědi jedné ženy na otázky v jednotlivých trimestrech. Sběr dat proběhl v době od ledna 2011 do prosince 2011. Šetření podpořily dvě gynekologické ordinace, zhruba 1/3 dotazníků byla získána prostřednictvím gynekologické ordinace ve Starém Plzenci a Blovicích a gynekologické ordinace v Plzni. Zbylé 2/3 dotazovaných byly osloveny prostřednictvím internetového portálu www.eMimino.cz, šetření se nastávající maminky účastnily pomocí elektronické pošty.

Dotazník obsahoval uzavřené, polouzavřené i otevřené otázky. Tato volba napomohla k hojnějšímu množství získaných údajů. Otázky byly rozděleny do tří kategorií, kdy první skupina otázek zjišťovala *obecné informace* o ženě, které zůstaly po dobu těhotenství neměnné, a tak jsou zahrnuty pouze v dotazníku na 1. trimestr. Druhá

kategorie, kterou jsme zkoumali ve všech trimestrech, je *změna životního stylu*. Třetí soubor otázek se dotazuje na *psychiku ženy* a byl taktéž součástí všech tří dotazníků.

Respondentky byly vždy přesně informované, pokud otázka dovolovala zvolit více variant, což bylo ale spíše výjimečné. Dotazník ve většině případů připouštěl pouze jedinou možnou odpověď. Po sběru dat byly dotazníky ručně roztrženy a k jejich vyhodnocení byla využita čárkovací metoda (především u otevřených otázek) a program Microsoft Office Excel. Zjištěné údaje budou pro přehlednost uváděny v relativních hodnotách, tedy v celých zaokrouhlených procentech. Pro názornou představu budou ve vyhodnocení v některých případech užity grafy.

6.1 Cíl šetření, stanovení základních hypotéz

Naším cílem je zmapovat působení těhotenství na ženu a její psychiku, zejména bude naše pozornost v praktickém šetření zaměřena na změny v této oblasti, které pak budeme porovnávat v jednotlivých trimestrech i mezi respondentkami vzájemně. Obzvláště bude náš zájem směřován na otázky, které se týkají stresu a stresorů. Odděleně budeme zjišťovat, jaký vliv má těhotenství na životní styl a jak ovlivňuje psychiku. Jistě by bylo velmi zajímavé sledovat vývoj psychiky spolu se stresem a stresory i po porodu, ale z časových důvodů jsme zařadili pouze nastíněné cíle. Našimi konkrétními cíli jsou tyto aspekty:

- 1. analyzovat změny životního stylu s ohledem na stupeň gravidity*
- 2. popsat psychiku ženy v jednotlivých trimestrech, případné změny pak mezi sebou porovnat*
- 3. zjistit, čím jsou ženy stresované – opět s ohledem na stadium těhotenství, tj. zmapovat stresory*
- 4. získat konkrétní poznámky, komentáře a postřehy nastávajících maminek, které se vztahují k naší problematice*
- 5. ověřit, zda se všechny uvedené proměnné mění v jednotlivých fázích těhotenství*

Kromě již uvedených cílů si také stanovme hypotézy, které je nutné ověřit:

H1: Ženy, které nejsou prvorodičky, považují svá těhotenství díky předchozí zkušenosti za bezstarostnější.

H2: Kolísání emocí, nálad se objevuje nejčastěji v 1. a 3. trimestru.

H3: Ve všech trimestrech předpokládáme zvýšenou náchylnost ke stresu než před těhotenstvím.

H4: Zdrojem stresu je v 1. trimestru obava z nepravidelného průběhu těhotenství a zda žena vše zvládne, ve 2. trimestru je stresorem otázka zdraví dítěte, ve 3. trimestru obava z porodu, z komplikací a strach ze zvládnutí opatrování novorozence.

6.2 Popis dotazníkového šetření

Dotazník (příloha č. 1, 2 a 3) se skládá celkem z 21 otázek a samozřejmě každý dotazník, jak je v příloze zřejmé, obsahoval instrukci a poděkování. Ačkoli byla většina otázek uzavřených, ženy měly prostor vždy k problematice dodat vlastní postřeh, názor či pocit, což nebylo povinné. V oblasti **obecných otázek** jsme se žen dotazovali na jejich věk, jelikož, jak již bylo uvedeno v teoretické části, věk je jedním z rizikových faktorů, proto se budeme následně snažit odhalit případný stresor, který ze stáří gravidní pramení. Dále jsme se orientovali na to, zda bylo těhotenství plánované, abychom mohli eventuálně identifikovat další stresor, a zda jsou budoucí matky prvorodičky. Pokud se nejednalo o prvorodičky, tázali jsme se, zda je pro ně těhotenství díky předchozí zkušenosti bezstarostnější. U této otázky bychom mohli předpokládat, že pokud předchozí těhotenství proběhlo v pořádku a bez komplikací, mohla by pozitivní zkušenost přispět k menším obavám z dalšího těhotenství. Dále do této oblasti dotazů spadá dotaz na rodinný stav, budeme předpokládat, že vdané ženy a ženy žijící s partnery budou mít menší tendenci ke stresu než svobodné matky. Následující otázka zjišťovala, zdali má žena vlastní pravidelný příjem. Účelem dotazu je zjištění, je-li věc příjmu jedním ze stresorů. Kromě toho jsme zkoumali otázku zrušeného porodného. Je pravděpodobné, že ženy v této otázce budou odpovídat spíše, že je zrušené porodné stresuje, což je také důvod, proč byla tato otázka zařazena. Dále ženy potvrzovaly skutečnost, jestli jsou kuřačky či nikoli, nebo zda kvůli těhotenství s kouřením přestaly. Pokud žena uvede, že je kuřačka i v těhotenství, mohla by

být tato informace považována s ohledem na povahu následujících výpovědí za další stresor. Za stejným účelem byla včleněna i otázka zjišťující užívání léků a případný důvod užívání medikamentů. Původce stresu bychom zde mohli odhalit hned dva. Jednak obavu ze samotného užívání jakýchkoli léků, jednak strach pramenící ze zdravotních problémů, pro které je lék užíván. Pro upřesnění byl zařazen dotaz na specifikaci zdravotního problému, samozřejmě existuje-li nějaký. Je třeba ještě jednou podotknout, že otázky z této oblasti obsahoval pouze dotazník zaměřený na 1. trimestr (příloha č. 1), protože se jedná o fakta, která jsou po dobu trvání těhotenství celkem neměnná, není důvod se na tyto skutečnosti opětovně dotazovat ve 2. a 3. trimestru. Popsaná oblast teoretických otázek nebude součástí vyhodnocování, nýbrž bude zpracována v rámci charakteristiky vzorku.

Otázky z oblasti *změny životního stylu* jsou na rozdíl od předchozího okruhu součástí dotazníků všech tří trimestrů. My se následně budeme snažit porovnat jejich posuny se zřetelem na stupeň pokročilosti gravidity. První otázka z této sféry je orientována na omezení těhotné v zaměstnání (**otázka č. 1** – *Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vašem zaměstnání?*). Možnost výběru odpovědi se nabízí ze čtyř variant. Žena volila mezi faktem, že je pro ni zaměstnání fyzicky náročnější, psychicky náročnější, kombinací obou předchozích variant, nebo nemá žádná omezení. Následující otázka je podobného ražení (**otázka č. 2** – *Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vaší domácnosti?*). Gravidní volila ze stejných variant. **Otázka č. 3** (*Máte kvůli těhotenství nějaká omezení v oblasti svých koníčků a zájmů?*) udává stupeň omezení ve sféře volného času. Bylo možné vybírat mezi skutečnostmi, kdy nastávající maminka není vůbec omezena, kdy koníčky a zájmy provozuje tytéž, ale v menší míře, nebo zda má kvůli těhotenství záliby nové a odlišné.

Okruh otázek spadající pod sféru *psychika v těhotenství* v první řadě ověřoval pocit změn nálad (**otázka č. 4** – *Pocítujete v těhotenství častější změny nálad?*). Odpovědět v tomto případě stačilo ano, nebo ne. Do okruhu byla zapojena otázka orientovaná na celkové naladění (**otázka č. 5** – *Vaše celkové naladění je spíše:*), vybírat bylo možné ze 4 skutečností: pozitivně naladěna, negativně naladěna, prožívám lhostejnost, střídání všech jmenovaných variant. Dále ženy hodnotily svůj stav z pohledu pocitu jistoty (**otázka č. 6** – *Váš psychický stav v současné době hodnotíte jako:*). Respondentky posuzovaly svůj dojem jako stav jistoty, nejistoty nebo střídání obou dojmů. Následně se gravidní ženy vyjadřovaly k problému změn v psychice (**otázka č. 7** – *Pozorujete na sobě v poslední době změny v psychice?*). Tato otázka pokračuje jistým doplněním (**otázka č. 8** – *Myslíte*

si, že změny v psychice jsou vyvolané:), kde chceme vypátrat původce psychických změn. Na tuto otázku odpovídají pouze ty dotazované, které změny psychiky pociťují, a udávají, zda si myslí, že obměny jsou vyvolány čistě těhotenstvím, nebo veškerými zvraty s těhotenstvím spjatými. **Otázka č. 9** (*Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?*) odkrývá zdání podpory rodinného kruhu, nabídka možností udávala 3 skutečnosti – větší pozornost rodiny, stejný zájem, nezájem. **Otázka č. 10** (*Přejete si více pozornosti od partnera?*) stanovovala postoj ženy k pozornosti partnera. Obdržíme informaci o tom, zda gravidní nevyžaduje více pozornosti, nebo vyžaduje, v tom případě udá jakou. Respondentky poté odpovídaly na **otázku č. 11** (*Komunikujete vy sama s nenarozeným miminkem?*) Jestliže zněla odpověď „ano“, ptali jsme se dále na konkrétní způsob komunikace. Z této otázky pak vycházela následující **otázka č. 12** (*Je reakce Vašeho partnera na Vaši komunikaci s miminkem podle Vašich představ?*), na kterou odpovídaly pouze ty ženy, které v předešlém bodě potvrdily, že s nenarozeným dítětem komunikují. **Otázkou č. 13** (*Máte potřebu vyhledávat jiné těhotné ženy?*) bylo zkoumáno, jak velkou potřebu mají ženy vyhledávat jiné těhotné. Dotazované vybíraly mezi možnostmi ano, ne a kombinací, tj. že společnost ženy tvoří již stávající skupina přátel, ale je rozšířena i o těhotné. **Otázka č. 14** (*Projevuje se u Vás v současné době přehnanější emoční reagování?*) byla zaměřena na emoce. Volit bylo možné pouze mezi obměnou ano – ne. Avšak otázka nabízela u možnosti ano nepovinný konkrétní příklad. V **otázce č. 15** (*Jste více kritická ke svému okolí nebo k sobě?*) účastnice šetření posuzovaly svůj kritický postoj vůči sobě a okolí. Eventuality odpovědi byly opět ano – ne, i nyní bylo možné nepovinně uvést konkrétní příklad. **Otázka č. 16** (*Jste více rozladěná?*) zkoumala míru rozladěnosti, přičemž možnost volby při odpovědi spočívala stále pouze mezi variantami ano – ne, taktéž s možností uvedení nepovinného konkrétního případu. **Otázka č. 17** (*Objevuje se u Vás pocit nejistoty?*) se dotazovala na přítomnost dojmu určitých pochybností. Odpovědět bylo možné pouze ano – ne, taktéž jako u předchozích otázek s prostorem pro faktický doklad. V **otázce č. 18** (*Jste v současné době náchylnější ke stresu než jindy?*) jsme se zaměřili na sklon dotazované ke stresu, jestliže stres připustí, je vybídnuť k uvedení určitých okolností, jak se se stresem vyrovnává. **19. otázka** (*Co Vás v soudobé chvíli konkrétně nejvíce stresuje?*) je otevřená a vyžaduje skutečný příklad stresu, který je v současném stadiu gravidity aktuální. **20. otázka** (*Objevily se u Vás nějaké nové psychické stavy, které jste před těhotenstvím neměla?*) bádá po přítomnosti nových psychických stavů, které jsou s těhotenstvím spojené. Když žena tuto pravdu připustí, je

požádána o příklad. Poslední **21. otázka** (*Pokud chcete, můžete cokoli, co Vás k dané problematice napadá, dodat. Každá připomínka nebo postřeh budou vítány.*) je opět otevřená a nabízí prostor pro jakékoli podotknutí i komentáře. Účelem jsou poznatky, které neobstarají dotazníkové otázky.

Výhodou našeho dotazníkového šetření je kvantum nabytých informací, nevýhoda spočívá v časové náročnosti celého šetření a v existenci individuálních rozdílů jednotlivkyň, které mohou ovlivnit volbu mezi variantami odpovědí, proto je tedy záporem jistá subjektivita odpovědí. Jako další klad můžeme označit ochotu maminek ke spolupráci, některé se sami přihlásily, tudíž je velký předpoklad, že dotazníky budou vyplněné svědomitě a bez snahy odpovídat tak, aby respondentka zapadala do průměru.

Před samotnou distribucí dotazníku byla použita metoda, která bývá označována jako sonda. Dotazník dostalo do ruky několik žen, které už rodily (většinou se jednalo o rodinné příslušníky). Úkolem dobrovolníků bylo ověřit srozumitelnost, věcnost a jasnost dotazníků. Pochopitelně na tomto základě byla odstraněna řada chyb, které touto metodou byly odhaleny. Několik otázek bylo přeformulováno. U jedné otázky došlo k rozšíření varianty odpovědi, tj. u otázky č. 5 (*Vaše celkové naladění je spíše:*) byly možnosti odpovědi z původních – pozitivní, negativní, střídání obou variant – rozšířeny o možnost pocit lhostejnosti. Některé otázky byly z výzkumu vyřazeny, jelikož se dobrovolníci shodli na tom, že by tyto dotazy mohly být pro budoucí maminky nepříjemné nebo by je dokonce mohly rozrušit. Několik otázek bylo ještě doplněno, jelikož dobrovolnice cítily nutkání v souvislosti s problematikou na toto téma něco sdělit, konkrétně mluvíme o otázce č. 9 – „*Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?*“, otázce č. 11 – „*Komunikujete Vy sama s nenarozeným miminkem?*“, otázce č. 21 „*Pokud chcete, můžete cokoli, co Vás k dané problematice napadá, dodat.*“. Také jsme touto metodou porovnávali délku, která je nezbytná na vyplnění dotazníku. Obecně není vhodné, aby čas strávený odpovídáním, nezabral déle než 20 minut, což bylo dodrženo.

6.3 Charakteristika vzorku

Celkový počet respondentek, který byl po celou dobu šetření ochotný ke spolupráci a ze kterého budeme vycházet, je **63**. Původně plánovaný vzorek byl pouze 50 těhotných, ale kvůli obavě z předčasného odstupu některých maminek byla vytvořena jistá rezerva.

Jelikož byla spolupráce s nastávajícími maminkami velmi dobrá, získali jsme vyplněných dotazníků více, než jsme si předsevzali, čímž bude mít vyvozený závěr daleko vyšší vypovídací hodnotu.

Zhruba 1/3 těhotných žen, které se účastnily šetření, bydlí v Plzni a blízkém okolí. Zbývající 2/3 zastupují různá města z celé České republiky, jedna z dotazovaných dokonce bydlí na Slovensku a jedna v Polsku. Průměrný věk respondentek je 27,5 roku, z toho nejmladší je 20 let a nejstarší 38 let. Tudíž můžeme eliminovat stresor, který by pro náš vzorek pramenil z nepřiměřeného věku, jelikož mezi nejstarší ženy našeho vzorku nespádají žádné prvorodičky. Téměř u všech dotazovaných bylo těhotenství plánované (tj. 90 %), prostých 10 % udalo, že jejich gravidita původně zamýšlená nebyla. Prvorodičky jsou v celkovém vzorku zastoupeny v 67 %, matky, které už minimálně jedenkrát rodily, pouhými 33 %. Co se týče rodinného stavu, je vzorek poměrně různorodý, je totiž složen z 63 % vdanými ženami, z 32 % svobodnými respondentkami, které ale žijí s partnerem, pouze 5 % představují svobodné matky. Většina dotazovaných žije ve vlastním bytě/domě (68 %), méně pak u rodičů jednoho z partnerů (22 %), zbytek (10 %) bydlí v podnájmu. Příjem mají respondentky v 87 % svůj vlastní a pravidelný. Přes tuto skutečnost 36 % dotazovaných přiznalo, že je pro ně opravdu stresující fakt, že je na našem území poměrně nově zrušené porodné, zbytek (tj. 64 %) udává, že jim jmenovaný fakt nevádí. Vzorek těhotných je ze 78 % složen z výlučných nekuřáček, 20 % potvrdilo, že kvůli těhotenství s kouřením přestalo a 2 % připouští, že kouří i v těhotenství. Většina maminek, která se šetření účastnila, neužívá vůbec žádné medikamenty, konkrétně hovoříme o 82 %, ovšem 13 % přiznává, že léky ze zdravotních důvodů užívat musí, dalších 5 % léky s počátkem těhotenství vysadilo. S touto pravdou souvisí i další bod, kde jsme zjišťovali, s jakým zdravotním problémem se respondentky dlouhodobě léčí. Jedná se o skupinu, která je tvořena 24 %, 76 % dlouhodobými zdravotními problémy netrpí. Ženy udávaly, že se léčí nejčastěji (uvedeno sestupně) se štítnou žlázou, dále s astmatem, migrénami, sennou rýmou, skoliózou páteře, celiakií (potravinovou alergií) a chronickým zánětem slinivky.

6.4 *Vyhodnocení dotazníků a interpretace výsledků*

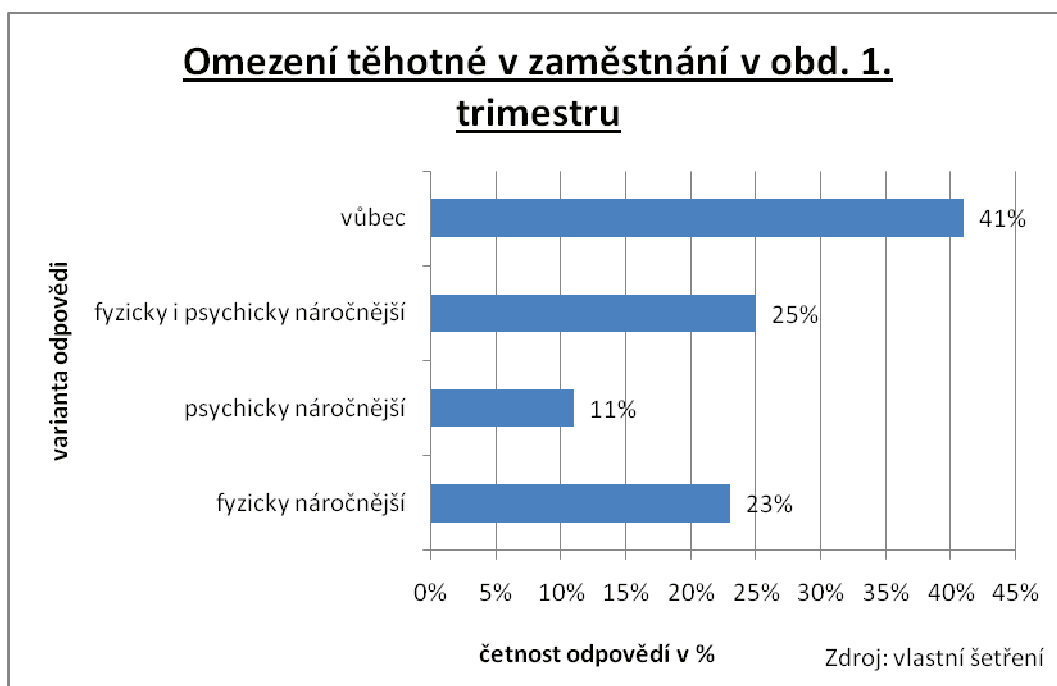
Než jsme přistoupili k vyhodnocování, proběhla kontrola, zda jsou vyplněny všechny dotazníky náležitě a zda žádný nechybí, jelikož jsme žádali od každé maminky dotazník za každý trimestr zvlášť. Nedokončený dotazník jsme objevili pouze u jedné respondentky, který byl stanoven pro 1. trimestr, zbylé dva chyběly úplně. Proto jsme tento necelý dotazník z šetření vyřadili, aby nedošlo ke zkreslení údajů. Pro náležitou přehlednost uvedeme vždy znovu celé znění otázky a možnost odpovědí. Kde to bude vhodné, doplníme vyhodnocení grafem. V příloze č. 4, 5, a 6 je možné nahlédnout do tabulek, které představují ucelený přehled o reálných počtech odpovědí a procentuálním vyjádření. Pro přehlednost jsme procenta zaokrouhlovali na celá čísla, pro bližší seznámení s nezaokrouhlenými procenty tedy odkazujeme do náležité přílohy.

6.4.1 Období 1. trimestru

Otázka 1. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vašem zaměstnání?

- a) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **fyzicky** náročnější
- b) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **psychicky** náročnější
- c) ano, kombinace obojího (a + b)
- d) ne, vůbec

Můžeme říci, že v období 1. trimestru 41 % respondentek nepocítuje žádné omezení v oblasti svého zaměstnání. Ale druhá nejčtenější odpověď paradoxně poukazuje, že 25 % vnímá omezení po stránce psychické i fyzické, hovoříme o variantě „c“. Větší fyzickou náročnost pocítuje 23 % a psychickou pouhých 11 %. Níže zobrazený graf 1 ukazuje rozdíly mezi jednotlivými variacemi.



Graf 1 Omezení těhotné v zaměstnání v obd. 1. trimestru

Otázka 6. Váš psychický stav v současné době hodnotíte jako:

- a) stav spokojenosti
- b) stav nejistoty
- c) časté střídání obojího

psychický stav	četnost odpovědí v %	skutečný počet odpovědí
stav spokojenosti	64 %	40
stav nejistoty	9 %	6
střídání obojího	27 %	17

Tabulka 1 Hodnocení psychického stavu těhotných v 1. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Z tabulky 1 lze vyčíst, kolik jednotlivé varianty odpovědí získaly hlasů v procentuelním zastoupení, třetí sloupec tabulky zobrazuje, kolik žen uvedenou variantu volilo. Výslovně tedy tabulka říká, že svůj stav posuzuje 64 % respondentek jako spokojenost, což z reálného celku 63 dotazovaných činí 40 žen. Nejistotu pocítuje 9 %, to znamená 6 jednotlivkyň. 27 %, tedy 17 osob, říká, že pocítuje střídání uvedených eventualit.

Otázka 7. Pozorujete na sobě v poslední době změny v psychice?

- a) ano
- b) ne

varianta odpovědi	četnost odpovědí v %	skutečný počet odpovědí
ano	56 %	35
ne	44 %	28

Tabulka 2 Změny v psychice v období 1. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 2 znázorňuje údaje, které byly v šetření udávány. Pocity se zatím jeví jako málo vyhraněné. Kladné odpovědi (56 %) jsou téměř vyrovnané s negujícími (44 %).

Jestliže bylo v této otázce odpovězeno záporně, netýkala se respondentky následující otázka, která je pouze determinujícím rozšířením této.

Otázka 8. Myslíte si, že změny v psychice jsou vyvolané:

- a) především těhotenstvím
- b) veškerými změnami (jiný režim v zaměstnání, domácnosti, více péče o tělo a zdraví...)

Jestliže žena v předchozí otázce prožívání psychických změn potvrdila, v této otázce byla vybídnuata, aby blíže specifikovala domnělý původ změn. Tento fakt je důležitý z toho hlediska, že u otázky tedy nevycházíme z celkového počtu účastnic šetření, ale z počtu, který v předchozí otázce volil možnost „ano“, tj. 35 osob. Těhotenství za původce psychických změn považuje 69 %, zbylých 31 % se domnívá, že jsou vyvolány veškerými změnami. Pro lepší a konkrétnější obraz uvádíme tabulku 3, která vše přehledně zprostředkuje.

varianta odpovědi	četnost odpovědi v %	skutečný počet odpovědí
těhotenství	69 %	24
veškeré změny	31 %	11

Tabulka 3 Zdroj změn v psychice v období 1. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Otázka 9. Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?

- a) ano, rodina o mě projevuje větší zájem
- b) ne, vše je při starém
- c) ne, rodina mě nepodporuje

varianta odpovědi	četnost odpovědí v %
ano	75 %
beze změn	23 %
nemám podporu	2 %

Tabulka 4 Podpora rodinného kruhu za období 1. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Respondentky v rodinném kruhu pocítují ze 75 % větší podporu a zájem. Pro 23 % je starost rodiny beze změn. Bohužel 2 % gravidních přiznávají, že jejich rodina je nepodporuje. Tato možnost si však vyžaduje komentář. Někdy se z důvodu možného potratu doporučuje, aby se těhotenství rodině oznamovalo až ve 2. trimestru. Nevíme, zda o graviditě rodina ví nebo zda se nejedná o nechtěné těhotenství (jedním či druhým partnerem) nebo zda jde o neplánované těhotenství. Jelikož v dotazníku nebyla možnost, kde by se dalo potvrdit, zda rodina o graviditě ví, nemusí tyto 2 % znamenat hned nejhorší. To ostatně zjistíme při porovnání dotazníků za 1. trimestr se zbylými dvěma etapami.

Otázka 11. Komunikujete Vy sama s nenarozeným miminkem?

a) ano, uveďte, prosím, jak

b) ne

V období 1. trimestru není těhotenství pro nastávající matku tolik zřejmé, přesto jsme zjistili, že 70 % se svým dítětem již komunikuje. 30 % uvádí, že ne. Respondentky, které s nenarozeným miminkem komunikují, také prozrazovaly, jak jejich komunikace probíhá. Jelikož nastávající maminky měly možnost uvést i více způsobů, nebylo by procentuelní zastoupení odpovídající počtu žen, které se dítětem dorozumívají. Z tohoto důvodu si uvedeme jen sestupně podoby, které jsme šetřením vytěžili:

- na miminko mluvím
- miminku zpívám
- děťátko přes břicho hladím
- miminku vyprávím
- popisuji, co se děje, co dělám
- čtu dítěti
- snažím se naladit na společný vnitřní hlas
- miminku děkuji, že je

Otázka 12. Je reakce partnera na Vaši komunikaci s miminkem podle Vašich představ?

a) ano

b) ne

Tato otázka je reakcí na předchozí bod, týká se tedy žen, které uvedly, že se s miminkem jakkoli dorozumívají. V dotazníku byl samozřejmě tento zřetel dostatečně patrný. V souvislosti s tím, že tedy vycházíme z kladných reakcí předchozího bodu, podotýkáme, že celek je nyní 44 respondentek, z čehož 86 % je spokojeno s odezvou partnera, volilo tudíž „ano“. Zbývajících 14 % nepocítuje potřebné pochopení pro svoje jednání.

Otázka 13. Máte potřebu vyhledávat jiné těhotné ženy?

- a) ano, myslím, že si více rozumíme, máme společné radosti i trápení, více se chápeme
- b) ne, stačí mi stejná společnost jako před těhotenstvím
- c) kombinace obojího

varianta odpovědi	četnost odpovědí v %	skutečný počet odpovědí
ano	24 %	15
ne	40 %	25
kombinace	36 %	23

Tabulka 5 Potřeba vyhledávat jiné těhotné jako společnost v 1. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

V prvním trimestru ženám v největší míře postačuje dosavadní společnost jako před těhotenstvím (40 %), dalších 36 % již obohacuje existující společnost o jiné těhotné. Celých 24 % potvrzuje, že vyhledává blízkost jiných těhotných, což můžeme vzhledem k počátku těhotenství hodnotit jako relativně vysoké procento.

Otázka 14. Projevuje se u Vás v současné době přehnanější emoční reagování?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

59 % z celkového vzorku si myslí, že se skutečně projevuje emočně přehnaně. Naopak 41 % dotázaných má za to, že mají své emoce pod kontrolou. Poměrně dost gravidních ochotně uvedlo konkrétní případ, jak se domnívají, že se jejich přehnané emoční reagování projevuje. Nejčastěji bylo uvedeno, že plačtivostí i v nesmyslných situacích, dále velkou vztahovačností, pak přílišnou přecitlivělostí, v dalších případech jsme zaznamenali vznětlivost s následnou změnou ve smutek; jedna žena uvedla, že se jí často střídají všechny možné emoce v krátkých intervalech. Ze jmenovaných zkušeností jsme také zaregistrovali velkou nervozitu a občasný smutek.

Otázka 15. Jste více kritická ke svému okolí a k sobě?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

K sobě ani okolí není kritických plných 68 % ze všech oslovených. 32 % se ke kritickému pohledu přiznalo. Z konkrétních příkladů, které jsme zpracovali, jmenujme např., že jedna žena uvedla, že je kritická výhradně vůči sobě, okolí vnímá stále stejně, jiná respondentka uvedla, že má pocit, že kriticky hledí pouze na některé jedince a ostatním leccos promíjí. Objevil se i názor, že zjišťovaný postoj je často doprovázen pocitem neschopnosti a neuvědomělosti ostatních, autorka tvrzení dodává, že často tápe, zda je jen ovlivněna hormony, nebo jsou skutečně všichni ostatní tolik neznalí, nezkušení.

Otázka 16. Jste více rozladěná?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

Pocit rozladěnosti udává 40 % žen, zbylých 60 % ho vyvrací. Zajímavé jsou ovšem postřehy, které byly udávány ženami, jež rozladěnost vnímají. Důvody byly velice různorodé a zřejmě se podobné budou vyskytovat i jako zdroj stresu. Nyní si tedy uvedeme, jaké příčiny byly oslovenými stanoveny: *nemám dobrý pocit z výsledků vyšetření; při předchozím těhotenství jsem potratila a teď mě velmi trápí otázka, zda dokážu miminko v pořádku donosit; rozčilují mě naprosté maličkosti a samotnou mě to vyvádí z míry; dotkne se mě sebemenší výtka i nevyžádaná rada, ačkoli v podstatě musím uznat, že je dobrá; vždy přijdu rozladěná z poradny pro těhotné a kdykoli ji mám navštívit znova, mám ten pocit nanovo; jsem nesvá ze všeho, co se děje, vše je najednou tak jiné.*

Otázka 17. Objevuje se u Vás pocit nejistoty?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

Nejistotu vykazuje 57 % těhotných, 43 % ji popírá. Zajímaly nás i konkrétní příklady nejistoty, kterých jsme vyšetřili poměrně mnoho. Zdroje nejistoty se stejně jako prameny rozladěnosti mohou objevit i jako samotní původci stresu. K této otázce ženy poznamenávaly následující: *jsem nejistá kvůli financím, jelikož podnikáme; nevím, jak moje těhotenství přijmou rodiče; nemám potřebné zkušenosti, které bych si jako nastávající matka přála a děsí mě, jestli za těch 9 měsíců stihnu vše „nastudovat“; není mi příjemné, jak je vše neznámé a nové; chtěla bych mít jistotu, že vše dopadne dobře; jsem nejistá v otázce péče o dítě; výsledky vyšetření nedopadly zrovna nejlépe, tak jsme s manželem a celou rodinou všichni nejistí, ale doufáme; zaměstnání partnera je velmi nejisté a to mi vzhledem k mé povaze moc nepřidává; otěhotněla jsem neplánovaně a kromě zaměstnání dálkově studuji, a tak nevím, zda mám raději školu nechat.*

Otázka 18. Jste v období těhotenství náchylnější ke stresu než jindy?

- a) ano, uveďte, prosím, jak se se stresem vyrovnáváte
- b) ne

Překvapivých 68 % oslovených nevnímá větší náchylnost ke stresu, než je u nich obvyklé. 32 % si myslí, že ano. A právě tyto dotazované nám prozradily, jak se se stresem vypořádávají. Zaznamenali jsme poznámky jako: *chodím na procházky, uklidňuji se povídáním s miminkem; zkrátka jen odpočívám; začínám nakupovat vybavu pro naše miminko; čtu si oblíbené knížky i knihy o těhotenství a miminku; věnuji se především domácnosti; hodně spím, to mi pomáhá; povídám si s kamarádkou; rozveseluje mě náš pes; sleduji své oblíbené pořady v televizi; vařím; napustím si vanu; poslouchám hudbu; snažím se rozpoznat projevy těhotenství a to mi moc pomáhá ve všem; zapálím si svíčku a vybavuji si hezké vzpomínky; jdu mezi lidi.*

Otázka 19. Co Vás konkrétně nejvíce stresuje?

Jelikož byla tato otázka otevřená, bylo její vyhodnocování relativně obtížné. Hojnost jednotlivých odpovědí udává tabulka 6, jejíž výčet je uspořádán sestupně, podle četnosti a shody v odpovědích. Maminky měly možnost sdělit i více stresorů, proto by celkový součet přesahoval celkový počet respondentek.

stresor	skutečný počet odpovědí
nic mě nestresuje	19
výsledky vyšetření	10
jak budu vše zvládat	9
hádky s partnerem	5
radý ostatních	5
nezájem od partnera	4
starost o starší dítě	3
zaměstnání	3
finance	3
má hmotnost	2
dálkové studium	2
návrat do práce po mateřské	2
jak se mnou lidé jednají	2
negativní zprávy z okolí	1
možný pobyt v nemocnici	1
nepořádek doma	1
partnerův postoj ke sňatku	1
strach, že zůstanu na vše sama	1

Tabulka 6 Výčet stresorů za období 1. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Otázka 20. Objevily se u Vás nějaké nové psychické stavy, které jste před těhotenstvím neměla?

a) ano, uveďte, prosím, konkrétně jaké

b) ne

Dotazované z 81 % nové nebo neznámé psychické stavy vůbec nezaznamenaly. 19 % připouští, že se s počátkem těhotenství potýkají s novými psychickými stavy. Jako konkrétní příklady jsme zachytili: *naprosto bezdůvodně brečím; mám strach, a nevím z čeho; přestala jsem si absolutně věřit, stále hledám oporu a pocit bezpečí u někoho dalšího, nejčastěji u partnera, ale i u kamarádek; nikdy jsem se s tím (alespoň u sebe) nesetkala, najednou mám sklony k hysterii; bojím se zodpovědnosti za miminko, nevím, jestli to zvládnu; nedůvěřuji vlastnímu tělu, že bude schopné udělat vše pro to, aby se miminku dařilo dobře; začala jsem všechny podezřívát, zda vůbec chtějí moje dobro; nejradši bych na vše byla sama, ale zároveň se bojím, že bych to nezvládla; začala jsem na partnera žárlit ve všech ohledech, najednou mi vadí i to, že si jde zasportovat, chtěla bych, aby všechen volný čas trávil se mnou, ačkoli vím, že to není možné, přesto mu to v duchu vyčítám.*

Otázka 21. Pokud chcete, můžete cokoli, co Vás k dané problematice napadá, dodat.

Tato otevřená otázka byla pouze dobrovolná. Díky zařazení této otázky jsme vytěžili několik poznámek, které respondentky chtěly doplnit. Zaznamenali jsme doporučení, že těhotná nesmí propadat negativním pocitům. Další dotazovaná měla potřebu sdělit, že jí přijde žalostná naše politická situace, že jí přijde naprosto nereálné, aby bylo zrušené porodné. Získali jsme názor, kdy jedna žena popisuje, že její stav (v 1. trimestru) jí velmi připomíná stav před menstruací. Velmi zajímavý je příspěvek jedné nastávající maminky, který se taktéž týká porodného. Příspěvek uvádíme v původním znění, tedy přesně tak, jak byl autorkou napsán: „*Stresuje mě letošní přístup vlády a změny v mateřském a rodičovském příspěvku, pořád se mluví o tom, že populace stárne, ale jak se mají rodit další děti, když rodina finančně utáhne sotva 1 dítě...? Zvláštní přístup – sebereme porodné a téměř všechny příspěvky. Navíc já jsem podnikatelka a tam je situace ještě upnutější.*“ Za zveřejnění stojí i poznámka další respondentky, která je taktéž

v původním znění bez úprav: „*Jelikož se jedná o plánované těhotenství, nemusím se stresovat problémy s financemi, bydlením, reakcí partnera... Z toho důvodu nás netrápí ani zrušení porodného a změny v rodičovském příspěvku. A to, že jsem prvorodička, zas naopak přináší trochu nejistoty, že nevím, co bude.*“ Přípomínka další dotazované je sice ve slovenském jazyce (opět původní znění získané z elektronické podoby dotazníku), ale to nehodnotíme jako překážku v jeho zveřejnění: *“Najviac sa musim vyrovnavat s tym, ako sa meni moje telo a ze tehotenstvo nie je len brusko, ale komplexny stav, ktory človeku prinasa uplne ine pocity – nepohodlie, dychavickosť, obmedzenia, pribratosť – na druhej strane kopkajúce dieta v brusku, veľky rešpekt okolia atď. - aj kde to kopanie patri asi skor do 2. trimestra.”*

Otázka 6. Váš psychický stav v současné době hodnotíte jako:

- a) stav spokojenosti
- b) stav nejistoty
- c) časté střídání obojího

psychický stav	četnost odpovědí v %	skutečný počet odpovědí
stav spokojenosti	73 %	46
stav nejistoty	6 %	4
střídání obojího	21 %	13

Tabulka 7 Hodnocení psychického stavu těhotných v 2. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Za spokojené se považuje 73 %. Nejistotu pocítuje 6 % a 21 % udává, že vnímá spíše střídání obou variant, jak přehledně ukazuje tabulka 7. Oproti 1. trimestru je zde mírný posun. Nyní ve 2. trimestru zaznamenáváme více spokojených žen a méně žen s pocitem nejistoty. Což v podstatě potvrzuje i teoretická východiska, která jsme studovali v teoretické části. Máme na mysli to, že 2. trimestr je považován za relativně nejkldnější období, kde už si žena na novou skutečnost zvykla a zatím se ještě tolik neobává porodu.

Otázka 7. Pozorujete na sobě v poslední době změny v psychice?

- a) ano
- b) ne

varianta odpovědi	četnost odpovědí v %	skutečný počet odpovědí
ano	41 %	26
ne	59 %	37

Tabulka 8 Pocit změn v psychice v období 2. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Je zřetelné, jak uvádí tabulka 8, že respondentky většinou, tj. v 59 %, nevnímají změny v psychice. Naproti tomu nemalé procento, konkrétně 41 %, změny v psychice

potvrzuje. Pokud se ohlédneme na vyhodnocení téže otázky v 1. trimestru, zjistíme, že vyhodnocení je přesně opačné. Ženy v minulém trimestru spíše změny v psychice spíše pociťovaly, nyní je spíše vyvrací. Tento obrat bychom mohli odůvodnit právě tím, že v 1. trimestru se žena nejprve musela vyrovnat s tím, že je v jiném stavu, a to i v případě, že bylo těhotenství chtěné a plánované.

Otázka 9. Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?

- a) ano, rodina o mě projevuje větší zájem
- b) ne, vše je při starém
- c) ne, rodina mě nepodporuje

varianta odpovědi	četnost odpovědi v %
ano	86 %
beze změn	14 %
nemám podporu	0

Tabulka 9 Podpora těhotné rodinou v období 2. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Celých 86 % těhotných je rodinou velmi podporováno, což jim pochopitelně pomáhá i po psychické stránce. Bohužel 14 % má pocit, že zájem rodiny je beze změny. Tedy bez ohledu na změnu stavu. V minulém trimestru jsme k podobné skutečnosti dodávali poznámku, že rodina o těhotenství ještě nemusí vědět. Nyní už toto můžeme eliminovat, ovšem opět tento stav nemusí znamenat nejhorší. V procentu mohou být zahrnuty také rodiny, které mají nezvykle dobré vztahy, tudíž není nutné zvyšovat zájem o danou osobu, i když je těhotná. Navíc tabulka 9 ukazuje, že žádná z dotazovaných nevnímá, že by nebyla rodinou podporována.

Otázka 11. Komunikujete Vy sama s nenarozeným miminkem?

a) ano, uveďte, prosím, jak

b) ne

Pouze 10 % prozradilo, že s dítětem nekomunikuje. Celých 90 % se s miminkem dorozumívá. Kromě toho jsme se také tázali na způsob. Jestliže budeme jmenovat prostředky sestupně, musíme na prvním místě, stejně jako v 1. trimestru, uvést mluvení. Dále se v dotazníkovém šetření často vyskytovalo zpívání, hlazení a vyprávění. Pak maminky líčily, že dítěti popisují, co dělají a proč, co se „venku“ děje. Na konci výčtu se objevila skutečnost, že maminka dítěti čte. Je tedy velmi zajímavé, že tuto metodu komunikace uvedla pouze jediná respondentka, ačkoli se v povědomí veřejnosti jedná o poměrně častou záležitost.

Otázka 12. Je reakce partnera na Vaši komunikaci s miminkem podle Vašich představ?

a) ano

b) ne

Tato otázka se týká pouze těch dotazovaných, které v předchozím bodě uvedly, že s nenarozeným dítětem komunikují. Ptali jsme se, jaká je reakce partnera na jejich dorozumívání s miminkem. 86 % má pocit, že odezva partnera je adekvátní. 14 % se domnívá, že reakce jejich druha není přiměřená. Tento dojem může být ovšem způsoben přehnanými nároky, což ale nepředpokládáme u celých 14 %, pouze považujeme za vhodné tuto poznámku zmínit.

Otázka 13. Máte potřebu vyhledávat jiné těhotné ženy?

- a) ano, myslím, že si více rozumíme, máme společné radosti i trápení, více se chápeme
- b) ne, stačí mi stejná společnost jako před těhotenstvím
- c) kombinace obojího

varianta odpovědi	četnost odpovědí v %	skutečný počet odpovědí
ano	27 %	17
ne	41 %	26
kombinace	32 %	20

Tabulka 10 Potřeba těhotných vyhledávat další těhotné v obd. 2. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Z jednoduchého shrnutí v tabulce 10 je zřetelné, že mezi jednotlivými variantami není žádný obrovský propad. Respondentky se rozdělily mezi tři relativně vyvážené skupiny. Hovoříme o 27 %, které mají potřebu vyhledávat zejména další těhotné, protože mají zdání, že si s nimi více rozumí a že mají společné potěšení i starosti. 41 % dotázaných negovala nutkání k vyhledávání jiných gravidních žen, tudíž jim plně postačuje stejná společnost jako před těhotenstvím. 32 % uznává, že kombinují obě varianty, to znamená, že se jednak stýká stále se svými dosavadními přáteli, jednak zmíněnou společnost rozšiřují o další těhotné ženy.

Otázka 14. Projevuje se u Vás v současné době přehnanější emoční reagování?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

V otázce číslo 14 jsme zkoumali projevy přehnaného emočního chování. Zaměřili jsme se na jejich přítomnost jako takovou, pokud by existovala, tázali jsme se na její projev. 59 % připouští, že se projevuje přehnaněji, než je obvyklé. Zbýlých 41 % to popírá. Shrňme-li projevy, které ženy uváděly jako konkrétní příklady svého přehnanějšího

vystupování, získáme následující výčet: *stále kvůli něčemu pláču; jsem dojatá u filmu, dokonce u televizních zpráv; kvůli rizikovému těhotenství musím ležet a trápí mě, že přípravy musí obstarávat ostatní – nechci obtěžovat ostatní a navíc se chci o výbavu postarat sama.*

Otázka 15. Jste více kritická ke svému okolí a k sobě?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

76 % toto stanovisko odmítá. 24 % udává, že se u nich skutečně projevuje kritičtější pohled, než tomu bylo doposud. Jako u několika dalších otázek, i zde měly dotazované možnost poznamenat příklad. Bohužel musíme konstatovat, že této možnosti v dotazníku pro 2. trimestr využila pouze jediná dotazovaná, která se svěřila s pocitem, kdy se jí zdá, že je příliš kritická k osobám, které kouří. Citujeme poznámku: „*Strašně mi vadí, když někdo v mém okolí kouří a je mu jedno, že tím obtěžuje další lidi. Kdyby to nebylo škodlivé, tak mi to nepřijde tak sobecké. Ale takhle...*“

Otázka 16. Jste více rozladěná?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

76 % nepocituje rozladění. Pouhých 24 % dotazovaných skutečnost potvrzuje. Opět se odvoláváme na teoretickou pasáž, kde je popsáno, že 2. trimestr je obdobím nejvíce klidovým, což koresponduje s touto otázkou. V minulém trimestru se ženy cítily rozladěné o mnoho více než nyní. Bude zajímavé sledovat další vývoj ve 3. trimestru. Možnosti konkrétního příkladu opět využila pouze jedna respondentka, která nám prozradila, že svoje rozladění přikládá tomu, že je v časové tísní.

Otázka 17. Objevuje se u Vás pocit nejistoty?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

Dotazované v této otázce nejprve označovaly, jestli pociťují nejistotu. V případě, že odpověděly „ano“, mohly navíc zmínit zdroj své nejistoty. Odpovědi „ne“ tvoří z celkového souboru 56 %, odpovědi „ano“ představuje 44 %. Nastávající maminky uvedly několik původců svých pocitů. Uvádíme opět podle sestupné tendence, jak četné poznámky byly: *nemám dobrý pocit z porodu; budu se muset starat o dvě děti a mám strach, abych jednomu nevěnovala více pozornosti a lásky; jsem nejistá z našich financí; mám pocit, že nezvládnou péči o novorozence; rozrušuje mě myšlenka na zdraví dítěte; znepokojuje mě čekání na výsledky plodové vody; děsí mě to, že mám rizikové těhotenství kvůli tomu, že mám myom, nevím, co bude a zda vše dopadne dobře; jsem na rizikovém těhotenství, protože se mi předčasně otevírá děložní hrdlo a nemůžu si být ničím jistá.*

Otázka 18. Jste v období těhotenství náchylnější ke stresu než jindy?

- a) ano, uveďte, prosím, jak se se stresem vyrovnáváte
- b) ne

I u této otázky jsme v první řadě zjišťovali existenci většího sklonu ke stresu. Pokud se skutečnost potvrdila, měly oslovené uvést, jak se se stresem vypořádávají. Ze všech účastnic šetření 68 % žen negovalo větší tendenci ke stresu. Náchylnost potvrdilo 32 %. Těchto 32 % posléze ještě uvádělo, jak stresu čelí, jakým způsobem odolávají. Výsledkem je následující seznam: *chodím na procházky; hodně se věnuji četbě; rozveselí mě pes/popř. jiný domácí mazlíček; dívám se na televizi, sleduji oblíbené pořady a filmy; jdu za kamarádkou; rozptýlím se u počítače; dám si horkou a dlouhou koupel; jdu pracovat na zahradu; relaxuji poslechem hudby; věnuji se domácím pracem; odpočívám; relaxuji; hladím děťátko (bříško); hodně spím; trávím čas se svým partnerem, probírám s ním svoje obavy a vše spolu plánujeme; jdu a nakupuji vybavu pro miminko.*

Otázka 19. Co Vás konkrétně nejvíce stresuje?

Těhotné u této otázky směly vyplnit více skutečností, které je stresují, proto výsledný součet odpovědí neodpovídá počtu oslovených žen. Tabulka 11 znázorňuje soupis všech stresorů, které byly šetřením vytěženy. Přehled je uspořádán sestupně, což nám umožňuje lépe se orientovat v jednotlivých alternativách. Nejčtenější odpovědí bylo „nic mě nestresuje“, opět bychom se v tomto případě odvolávali na teoretický celek, kde je tato skutečnost vzhledem k 2. trimestru popsána. Kupodivu se hned na druhém místě vyskytovala volba „finance“. Tato skutečnost je pozoruhodná, jelikož v 1. trimestru byla volba udělována minimálně.

STRESOR	SKUTEČNÝ POČET ODPOVĚDÍ
nic mě nestresuje	26
finance	12
zdraví dítěte	5
hádky	3
čas	3
osamělost	3
práce	2
nevolnosti	2
nevychovanost okolí	2
zkoušky na VŠ	2
moje žárlivost	1
zda bude přítel pomáhat	1
nemožnost sportu	1
rady příbuzných	1
nestihnu vše připravit	1
rizikové těhotenství	1
předčasný porod	1

Tabulka 11 Inventář stresorů těhotných žen za období 2. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Otázka 20. Objevily se u Vás nějaké nové psychické stavy, které jste před těhotenstvím neměla?

- a) ano, uveďte, prosím, konkrétně jaké
- b) ne

83 % dotázaných nové pocity nepostřehlo. Zbýlých 17 % je naopak potvrzuje. I když se jedná o malé procento, získali jsme opět jakýsi výčet pocitů, které účastnice šetření udávaly s tím, že se objevily až během těhotenství.

nové psychické stavy	skutečný počet odpovědí
často pláču	3
moc se raduji	2
střídají se mi nálady	1
mám strach o zdraví dítěte	1

Tabulka 12 Přehled pocitů ve 2. trimestru, které ženy před těhotenstvím nezaznamenaly.
Zdroj: vlastní šetření

Otázka 21. Pokud chcete, můžete cokoli, co Vás k dané problematice napadá, dodat.

Díky závěrečné otevřené otázce jsme i ve 2. trimestru získali zajímavé a velmi cenné postřehy. Uvedeme příspěvky gravidních, které jsou opět bez jakéhokoli zásahu, tedy v původním znění. Jedna maminka přispěla hned několika myšlenkami: „*Je to krásné období, když máte partnera, se kterým se můžete těšit a který vám pomůže. Být svobodná matka si ani neumím představit - to teprve musí být ohromně náročné - jak psychicky, tak fyzicky. A vlastně ještě další stresor, který mě napadl, je jídlo: netěhotná vyběhnete ráno z domova a cestou do práce si koupíte koláček v pekařství. Ale těhotná?! Bez pořádné snídane ani krok, jinak se vám za hodinu začnou podlamovat kolena a motat hlava z hladu. Pořádnou snídání nemyslím rohlík se sýrem zapitý džusem, ale celozrnný chleba, na to sýr, salám, jogurt s müsli, veliký hrnek čaje a tatrunku. Zkrátka na jídlo musím teď myslet neustále a tělo si samo žádá neustálý přísun kvalitní stravy, takže denní návštěva*

supermarketu není žádnou výjimkou, což mě zase na druhou stranu strašně stresuje. Dříve stačilo občasné zaběhnout do obchodu pro cokoliv, teď už nad tím člověk hodně přemýšlí, ale když dám tělu, co si žádá, odměnou je spokojenost a pocit, že vše dělám dobře.“ Další respondentka přispěla kratšími, avšak výstižnými poznámkami: „Psychický stav se celkem ustálil. Stále převládá nejistota, přecitlivělost, ale také radost z prvních pohybů miminka. Nakupuji vybavičku a začínám se těšit na příchod miminka. Dbám na zdravý životní styl.“ Bohužel poslední příspěvek těhotné ze Slovenska není příliš pozitivní: „Mám ťažké zdravotné komplikácie, takáto situácia nie je na psychiku nič moc, na druhej strane potláča všetky doterajšie problémy jako priberanie, dýchavičnosť apod., ktoré su tvárou v tvár možnosti predčasného porodu úplné malichernosti.“ Je velmi obdivuhodné, že respondentka za takovýchto podmínek dále pokračovala ve spolupráci a vyplnila i tento dotazník včetně nepovinných podotázek.

Otázka 6. Váš psychický stav v současné době hodnotíte jako:

- a) stav spokojenosti
- b) stav nejistoty
- c) časté střídání obojího

Opět podobně laděná otázka, ovšem zaměřená na částečně jiné pocity stanovila údaje, které přehledně ilustruje tabulka 13. Stav spokojenosti pociťuje největší procento oslovených, konkrétně hovoříme o celých 64 %. Podíl 30 % postřehl, že se stav spokojenosti často střídá se stavem nejistoty. Zbýlých 6 % podléhá opakujícím se pocitům nejistoty.

psychický stav	četnost odpovědí v %	skutečný počet odpovědí
stav spokojenosti	64 %	40
stav nejistoty	6 %	4
střídání obojího	30 %	19

Tabulka 13 Zhodnocení psychického stavu v období 3. trimestru. Zdroj: vlastní šetření.

Otázka 7. Pozorujete na sobě v poslední době změny v psychice?

- a) ano
- b) ne

Tato otázka sumarizuje předchozí dotazy na pocity, nálady a podobně. Ucelený přehled o odpovědích prezentuje tabulka 14. Mezi odpověďmi opět nevidíme až tak hluboký rozdíl, ačkoli větší část čítající 59 % tvrdí, že změny v psychice v tomto trimestru nepozoruje. Menší, ale stále poměrně čteně zastoupená, 41% součást celku přítomnost změn v psychice potvrzuje. Pokud ženy na tuto otázku odpověděly záporně, netýkala se jich následující otázka, tj. otázka č. 8.

varianta odpovědi	četnost odpovědi v %	skutečný počet odpovědí
ano	41 %	26
ne	59 %	37

Tabulka 14 Změny v psychice v období 3. trimestru Zdroj: vlastní šetření.

Otázka 8. Myslíte si, že změny v psychice jsou vyvolané:

- a) především těhotenstvím
- b) veškerými změnami (jiný režim v zaměstnání, domácnosti, více péče o tělo a zdraví...)

Pokud ženy pociťovaly změny psychiky, byly v této otázce dotazovány na domnělý zdroj změn. Na výběr měly ze dvou variant. Zdrojem tedy mohlo být jednak samotné těhotenství, jednak změny související s novým životním obdobím. 58 % dotazovaných jako zdroj označilo graviditu. O něco menší procento, přesně 42 %, spatřuje příčinu ve veškerých změnách, které se dějí, kterým se musí žena přizpůsobit. V tabulce 15 uvádíme kompletní přehled o odpovědích této otázky.

varianta odpovědi	četnost odpovědi v %	skutečný počet odpovědí
těhotenství	58 %	15
veškeré změny	42 %	11

Tabulka 15 Zdroj změn v psychice v období 3. trimestru. Zdroj: vlastní šetření.

Otázka 9. Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?

- a) ano, rodina o mě projevuje větší zájem
- b) ne, vše je při starém
- c) ne, rodina mě nepodporuje

varianta odpovědi	četnost odpovědi v %	skutečný počet odpovědí
ano	87 %	55
beze změn	13 %	8
nemám podporu	0	0

Tabulka 16 Podpora rodinného kruhu za období 3. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 16 je názorným doplněním popisu vyhodnocení. 87 % vnímá větší podporu rodinného kruhu. 13 % nepociťuje žádné výrazné změny, což nemusí být negativní, může to pouze svědčit o dobrých dosavadních vztazích. Žádná respondentka neodpověděla, že by ji rodina nikterak nepodporovala, což je v tomto choulostivém období velmi důležité.

Otázka 11. Komunikujete Vy sama s nenarozeným miminkem?

- a) ano, uveďte, prosím, jak
- b) ne

Ve 3. trimestru je již těhotenství velmi pokročilé a nastávajícím maminkám by podle všeho mělo připadat přirozené (zejména oproti 1. trimestru) s plodem komunikovat. 13 % se přiznalo, že s miminkem nekomunikuje. Oproti tomu 87 % budoucích rodiček uvedlo, že se s miminkem dorozumívají. V tomto případě byly dále dotazované na způsob komunikace, který sestupně prezentuje tento seznam:

- mluvím na miminko
- miminko hladím
- zpívám miminku
- děťátku čtu
- spolu s miminkem posloucháme hudbu
- miminku vyprávím různé příběhy
- miminku vyznávám lásku

Otázka 12. Je reakce Vašeho partnera na Vaši komunikaci s miminkem podle Vašich představ?

- a) ano
- b) ne

Tato otázka rozvíjí předchozí dotaz. Respondentky byly informované, že na tuto otázku odpovídají pouze v případě, že v předchozí otázce (tj. otázka č. 11) uvedly, že s nenarozeným miminkem komunikují. Nyní se dotazujeme, zda partner na dorozumívání reaguje podle představ nastávající maminky. 89 % oslovených zastává názor, že je partnerova odezva adekvátní požadavkům partnerky. 11 % má pocit, že ohlas partnera není přiměřený.

Otázka 13. Máte potřebu vyhledávat jiné těhotné ženy?

- a) ano, myslím, že si více rozumíme, máme společné radosti i trápení, více se chápeme
- b) ne, stačí mi stejná společnost jako před těhotenstvím
- c) kombinace obojího

varianta odpovědi	četnost odpovědí v %	skutečný počet odpovědí
ano	27 %	17
ne	33 %	21
kombinace	40 %	25

Tabulka 17 Potřeba vyhledávat jiné těhotné jako společnost v 3. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 17 poskytuje celistvý přehled četnosti odpovědí. 40 % účastnic šetření se stýká s tímž okruhem společnosti jako doposud, ale navíc okruh obohacuje o další těhotné, jinými slovy se jedná o variantu „kombinace obojího“. 33 % žen nevyhledává jiné těhotné vůbec a plně si vystačí s existujícím okruhem přátel a známých jako před těhotenstvím. 27 % dává přednost společnosti jiných těhotných žen, protože má pocit, že si mají více co říci.

Otázka 14. Projevuje se u Vás v současné době přehnanější emoční reagování?

- a) ano
- b) ne

Zkoumaný vzorek se v zodpovídání tohoto dotazu rozdělil téměř na poloviny. Samozřejmě v počtu 63 respondentek to není možné, ale právě rozdíl mezi jednotlivým zastoupením odpovědí je pouze jediná replika. 49 % říká, že ve svých projevech pozoruje poněkud přehnanější emoční reagování. 51 % (podíl pouze o jednu dotazovanou vyšší) takové tvrzení neguje. Pokud oslovené chtěly, mohly na uvedený řádek napsat také konkrétní příklad, jak se právě v jejich případě emoční reagování projevuje, dodatek se nepochybně týkal pouze těch, které skutečnost potvrdily. Jelikož byl dovětek dobrovolný, nezískali jsme tak příliš údajů. Vytěžili jsme pouze tyto 3 příklady: *jsem neopodstatněně plačtivá; jsem strašně výbušná; pořád všem něco vytýkám.*

Otázka 15. Jste více kritická ke svému okolí a k sobě?

- a) ano
- b) ne

Převahu zde získala varianta, která kritičnost vyvrací, 64 % nám v dotazníku pro 3. trimestr vyvrátilo skutečnost, že by cítilo kritičtější postoj. 38 % naopak pocit potvrzuje. Nyní dobrovolné varianty konkrétního příkladu využilo více žen, a tak si uveďme doklady, které jsme šetřením nabyli. Je zajímavé, že ženy se zamýšlely i nad kritikou vůči sobě samým. Objevovaly se údaje: *moc jsem přibrala a cítím se obézní, trápí mě to, ale přitom je to v těhotenství normální; více než kdy jindy mi vadí nepořádek; obtěžuje mě, když někdo v mé blízkosti nebo přítomnosti kouří; lidé mi přijdou daleko více neohleduplní a jsou naprosto lhostejní vůči ostatním včetně mě; dráždí mě manželovo odsouvání příprav na miminko, vždyť už je nejvyšší čas.*

Otázka 16. Jste více rozladěná?

- a) ano
- b) ne

76 % nám sdělilo, že rozladění nepocituje. Pouhých 24 % určité rozladění vnímá. Ale jelikož tento pocit může být zaviněn různými okolnostmi, opět jsme zařadili dobrovolnou možnost upřesnit důvod nebo uvést příklad. Ženy v tomto kontextu uváděly: *moje rozladěnost pramení z nepohodlí, které kvůli svým proporcím mám; nemůžu se pořádně vyspat, už se těším, až porodím; moje rozladěnost pramení pouze z toho, že mám velké bolesti zad, mám velké otoky a „poslíčci“ mi dávají také hodně zabrat; jsem celá nesvá z blížícího se porodu, nedobře totiž reaguji na bolest.*

Otázka 17. Objevuje se u Vás pocit nejistoty?

- a) ano
- b) ne

U této otázky jsme opět nedospěli k jednoznačnému závěru. Co se týká 3. trimestru, nepřevažuje výrazně ani jedna z alternativ, tedy alespoň ne tak, abychom ji mohli označit za jasné východisko. 44 % žen udává, že se s pocitem nejistoty udávaly. 56 % naopak nejistotu potvrzuje. Využijeme nyní možnost doplnění o konkrétní příklad a obohatíme poznatky o konkrétní příklady z praxe. Ženy zdroj nejistoty odůvodňovaly: *mám obavy z porodu; nevím, jestli jsem si těhotenství dobře rozmyslela, bude mě teď čekat péče o dvě děti zároveň; bojím se, jak zvládnu porodní bolesti; znepokojuje mě myšlenka na porodní komplikace; moc se bojím, jestli bude miminko v pořádku; nevím, jak zvládnou péči o novorozence, manžel pořád sliboval, jak mi bude pomáhat, ale když teď vidím jeho přístup k pouhým přípravám na miminko, ani si nechci představovat, jaké to bude, až se miminko narodí a budu potřebovat jeho pomoc snad ještě více.*

Otázka 18. Jste v období těhotenství náchylnější ke stresu než jindy?

- a) ano, uveďte, prosím, jak se se stresem vyrovnáváte
- b) ne

Kupodivu 60 % budoucích maminek není ke stresu náchylnější než před těhotenstvím. To je velmi povzbudivé zjištění. 40 % těhotných se domnívá, že vyšší tendenci ke stresu má. Podle uvedených způsobů vypořádání se se stresem můžeme soudit, že rizika spojená se stresem velmi účelně eliminují. Podoby vyrovnávání se stresem, které jsme šetřením zjistili, jsou velmi funkční. Tak tedy ženy uváděly: *relaxuji; hodně spím; čtu sobě i miminku; věnuji se psovi; uklízím a starám se o domácnost; trávím hodně času s přáteli; sleduji televizi; hledám rady pro těhotné na počítači; začínám zkoušet vařit dětská jídla; poslouchám hudbu; chodím s partnerem na procházky*

Otázka 19. Co Vás konkrétně nejvíce stresuje?

Tabulka 18 nabízí shrnutí hojnosti stresorů, které byly udávány. Jelikož se jedná o otevřenou otázku, mohly dotazované uvést i více příkladů, proto by konečný součet odpovědí nesouhlasil s počtem účastnic šetření. Jelikož je tabulka přehledná, není třeba komentovat umístění stresorů, pouze se nabízí poznámka, že ve 3. trimestru v první řadě ženy stresuje myšlenka na porod, což je pochopitelné a poměrně předvídatelné.

STRESOR	SKUTEČNÝ POČET ODPOVĚDÍ
porod	18
nic	16
nedostatečná výbava	10
zdraví dítěte	8
zvládnutí domácnosti po porodu	5
předčasný porod	4
radý ostatních	3
nepříznivý zdravotní stav	3
mé vlastní negativní představy	3
hádky	2
nedostatečná láska	2
zda dítě donosím	2
pobyt v nemocnici	2
péče o 2 děti	2
finance	2
příprava svatby	1

Tabulka 18 Výčet stresorů za období 3. trimestru. Zdroj: vlastní šetření

Otázka 20. Objevily se u Vás nějaké nové psychické stavy, které jste před těhotenstvím neměla?

- a) ano
- b) ne

73 % dotázaných se v důsledku 3. trimestru těhotenství neseznámila s psychickými stavy, které by doposud nepoznala. 27 % se s novými psychickými stavy potýká. Konkrétně jsme zaznamenali: *obávám se, zároveň se strašně těším na dítě; nikdy jsem nepociťovala nejistotu a najednou je tu; mám velký strach, to neznám; jsem ve stresu a přitom pořádně nevím z čeho; bojím se o sebe i o miminko; obávám se komplikací.*

Otázka 21. Pokud chcete, můžete cokoli, co Vás k dané problematice napadá, dodat.

Díky poslední otevřené otázce jsme i nyní zaznamenali cenné postřehy, dodatky a připomínky. Předznamenáváme, že následující text je původním zněním bez jakýchkoli zásahů, tedy je přesně takový, jak ho autorky napsaly.

První příspěvek se velmi hodí k naší zkoumané problematice: *„Myslím, že nejdůležitější v těhotenství je právě to, aby se žena snažila alespoň v rámci možností vyhnout stresu nebo s ním alespoň zkusit různými metodami bojovat. Každá žena má určitě během těhotenství chvíli, kdy má pochybnosti (jestli zvládne porod, bude mít mléko, bude dobrou matkou,...), ale rozhodně to nechce se tím stresovat, a je třeba si takové myšlenky nepřipouštět. I já jsem překonala dost problémů v těhotenství a myslím si, že jsem je zvládla celkem v pohodě (např. těhotenskou cukrovku – i když to mi trvalo nějaký čas, abych se s tím tak trochu vyrovnala a šžila, dále mé ubývání na váze (kvůli dítěti na cukrovku od přísné diabetoložky jsem za těhotenství o víc jak 3 kg hubenější a musela jsem kvůli tomu podstoupit řadu interních vyšetření) ale všechno jsem se snažila pro svého miláčka v bříšku zvládat v pohodě a to přeji všem ostatním maminkám, aby se jim taky trochu dařilo se všemi problémy v těhotenství úspěšně bojovat.“*

Druhá žena zase nabízí jakési porovnání dvou těhotenství, které už zažila: *„Jen mě napadá, jsem podruhé těhotná. První porod jsem měla v roce 2006, narodila se nám zdravá holčička. Tenkrát jsem neměla přístup na internet, tak jsem se nemohla dočíst vše*

o těhotenství, samozřejmě i ty špatné věci. Teď přístup mám a jsem ze všeho hned polekaná.“

Třetí příspěvek je zhodnocením 3. trimestru: *„Ke konci těhotenství je velkým strašákem porod a taky časté kontroly u gynekologa, kdy máte pořád strach, aby bylo všechno v pořádku. Nicméně třetí trimestr těhotenství si užívám a oba s manželem se velmi těšíme na miminko a hodně o tom mluvíme.“*

Další příspěvek také hodnotí poslední trimestr, ale zase z trochu jiného pohledu: *„Na konci 3. trimestru hodnotím své těhotenství jako celkem pohodové. Jistě k tomu přispěla i skutečnost, že jsem ve 2. trimestru opustila zaměstnání. Nyní krátce před porodem pociťuji nejistotu a strach z blížícího se porodu, ale zároveň velkou zvědavost, radost a lásku k zatím ještě nenarozenému tvorečkovi. Velmi se těším na miminko. Vše již mám nachystané a připravené.“*

Poslední dodatek, který jsme touto otázkou získali, je znovu od slovenské respondentky, jejíž těhotenství bylo doprovázeno mnoha komplikacemi, proto je skutečně obdivuhodné, že ve spolupráci dále pokračovala: *„Stres z toho, ako sa meni moje telo, ustupil a skor bol stres z toho, ci sa mi podari dieta donosit. Tiez neustale lezania ako také a nemoc nic robit a byt odkazana len na pomoc rodiny bolo narocne na psychiku. Tiez jedenapol tyzdnovy pobyt v nemocnici bol narocny psychicky. Nastastie vsetko vizera dobre.“*

6.5 Shrnutí výsledků, vyvození závěrů

Nejprve se budeme zabývat porovnáváním všech tří trimestrů, postupovat budeme strategicky po jednotlivých otázkách tak, abychom získali přehled o tom, k jakým posunům v průběhu těhotenství docházelo. Tímto krokem vyhledáme konkrétní odchylky, budeme moci vyvodit výstupy pro jednotlivé trimestry, neboť to lze pouze v porovnání s ostatními stadii. Konečně budeme moci ověřit hypotézy, které jsme si v úvodu praktické části stanovili. Komparováním všech trimestrů pak získáme souhrnná východiska, čili dojdeme k závěrům, které je možné z našeho šetření vyvodit. Pochopitelně bude vyvození závěrů pouze jakousi nabídkou možné interpretace. To zejména z toho důvodu, že šetření mohlo být značně ovlivněno subjektivním pohledem respondentek, a tak podání výstupů nemusí být ve všech případech reprezentativní, tedy takové, o kterém bychom mohli říci, že platí o všech těhotných.

6.5.1 Porovnání všech trimestrů

Otázka 1. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vašem zaměstnání?

- a) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **fyzicky** náročnější
- b) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **psychicky** náročnější
- c) ano, kombinace obojího (a + b)
- d) ne, vůbec

Graf 19 představuje průběh celého těhotenství s ohledem na omezení těhotných žen v zaměstnání. Z grafu je zřejmé, že větší fyzické zatížení bylo ženami udáváno poměrně beze změn s tím, že ve 2. trimestru byl zaznamenán mírný pokles. Psychicky náročnější se zaměstnání jevílo ženám nejvíce v 1. trimestru (11 %), ve 2. trimestru tento údaj klesl téměř o polovinu, tedy na 6 %, ve 3. trimestru došlo již jen k minimální změně. Tudíž se ženy pracovní psychicky zatížené cítily nejvíce v 1. trimestru. Kombinace fyzického a psychického zatížení zároveň v průběhu gravidity postupně stále vzrůstala, největší fyzickou a psychickou zátěž dotazované udávaly ve 3. trimestru. Co se týče dojmu absolutní nezátíženosti, zůstal poměrně beze změn, pouze v posledním trimestru mírně

Otázka 6. Váš psychický stav v současné době hodnotíte jako:

- a) stav spokojenosti
- b) stav nejistoty
- c) časté střídání obojího

Po celou dobu sledování psychického stavu týkajícího se nestability nedošlo k žádnému zásadnímu kolísání. Ženy nejčteněji posuzovaly svůj stav jako spokojený, nejvyššího vrcholu tento pocit dosáhl ve 2. trimestru. Pocit nejistoty byl zaznamenán poměrně konstantně, nejvíce byl ovšem ženami pociťován v 1. trimestru, což lze přisuzovat prvotnímu šoku a překvapení, že žena otěhotněla. Střídání pocitů jsme nejvíce zaznamenali ve 3. trimestru, což můžeme spojovat s obavami z porodu, jak jsme mimo jiné zjistili šetřením. V tomto ohledu byl nejkolidnější 2. trimestr, jak ostatně interpretuje tabulka 19.

	1. trimestr	2. trimestr	3. trimestr
spokojenost	64 %	73 %	64 %
nejistota	9 %	6 %	6 %
střídání obojího	27 %	21 %	30 %

Tabulka 19 Zhodnocení psychického stavu napříč těhotenstvím. Zdroj: vlastní šetření.

Otázka 7. Pozorujete na sobě v poslední době změny v psychice?

- a) ano
- b) ne

Zkoumání změn psychiky v obecné rovině, jak podává tabulka 20, neukázalo žádné velké odchylky. Odchylky v psychice dotazované udávaly v nejvyšší míře v 1. trimestru, což souhlasí s fakty zpracovanými v teoretické části. Příčinou je zde zejména kolísání hladin hormonů. Ve 2. a 3. trimestru jsme nezaregistrovali žádný obrat. Ženy v odpovědích přítomnost změn v psychice spíše negovaly.

	1. trimestr	2. trimestr	3. trimestr
ano	56%	41%	41%
ne	44%	59%	59%

Tabulka 20 Změny v psychice s ohledem na jednotlivé trimestry. Zdroj: vlastní šetření.

Otázka 8. Myslíte si, že změny v psychice jsou vyvolané:

- a) především těhotenstvím
- b) veškerými změnami

Nejvyšší vliv těhotenství na psychické změny byl vykázán v 1. trimestru, to můžeme odůvodnit přizpůsobováním se nové roli a adaptací na hormonální změny a vůbec zvykání si na to, že je těhotenství skutečné. Samotné těhotenství jakožto původ psychických změn bylo ve všech trimestrech ženami udáváno vždy nadpolovičním zastoupením, vrcholu dosáhla varianta odpovědi, jak již bylo zmíněno, v 1. trimestru, tj. 69 %, ve 2. trimestru mírně ubylo žen, které spatřovaly příčinu čistě jen v graviditě. Ve 3. trimestru jsme zaznamenali znovu menší nárůst. Pro nás nejsou až tak důležitá přesná číselná nebo procentuální vyjádření. Nám postačuje v tomto případě závěr, že v průběhu celé gravidity dominovala varianta, která určovala, že původcem psychických změn je těhotenství.

Otázka 9. Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?

- a) ano, rodina o mě projevuje větší zájem
- b) ne, vše je při starém
- c) ne, rodina mě nepodporuje

Po celou dobu těhotenství pokládaly dotazované podporu a zájem v rodinném kruhu za vyšší. Podle získaných údajů ještě můžeme říci, že počet žen, které větší pozornost rodiny zaznamenávaly, rostl. V 1. trimestru jsme variant s vyšším zájmem zaregistrovali 75 %, ve 2. trimestru již 86 %, ve 3. trimestru 87 %. Tato stoupající tendence byla na úkor možnosti „vše je při starém“. Nárůst lze odůvodnit tím, že pro rodinu bylo rostoucí břicho těhotné podnětem pro větší zájem, jelikož až fyzické proměny hovořily o skutečnosti těhotenství. Dokud nebylo tolik zřejmé, nedokázala si rodina skutečnost plně uvědomit. Také rodinný kruh nemusel mít zprvu o graviditě tušení, tudíž nemohl projevovat vyšší zájem. Stejně odůvodnění bychom našli i pro fakt, že v 1. trimestru jsme evidovali 2 % respondentek, které říkaly, že je rodina vůbec nepodporuje. Ve zbylých trimestrech už tuto variantu nevyužila žádná z účastnic šetření.

což pro něho asi nebylo tak jednoduché, jelikož na počátku gravidity je pro muže těhotenství velmi abstraktní pojem. Ve 2. trimestru, a to je velmi zajímavé, ženy toužily spíše po tom, aby se partner věnoval především jim samotným, aby se jich více dotýkal a hladil je. Ve 3. trimestru už ženy hodně myslí na to, jaké to bude, až se miminko narodí, proto zřejmě nejvíce volily variantu, kde vyjadřovaly přání, aby s nimi partner trávil více času. Také v období před porodem potřebují oporu, a tak více vyžadují čas strávený s blízkou osobou, v tomto případě s partnerem a otcem miminka zároveň.

Otázka 11. Komunikujete Vy sama s nenarozeným miminkem?

- a) ano
- b) ne

Podle očekávání bylo zaznamenáno vždy vysoké procento žen, které s nenarozeným dítětem komunikují. Ze všech trimestrů jsme nejnižší procento dorozumívání zaznamenali v 1. trimestru (70 %). To je velmi očekávaný údaj. Mezi 1. a 2. trimestrem došlo k velkému nárůstu, nyní ženy udávaly v celých 90 %, že s miminkem komunikují. Ve 3. trimestru došlo už jen k mírnému poklesu oproti 2. Na počátku těhotenství se obvykle neočekává nejvyšší míra dorozumívání z celého těhotenství a dalo se předpokládat, že tento údaj bude mít stoupající tendenci, což se také potvrdilo.

Otázka 12. Je reakce partnera na Vaši komunikaci s miminkem podle Vašich představ?

- a) ano
- b) ne

Od všech dotazovaných, které v předchozí otázce potvrdily, že s miminkem komunikují, jsme nyní dostali velmi konstantní údaje napříč celou graviditou. Reakce na tento dotaz byly velmi vyrovnané po celou dobu šetření, mluvíme o zhruba 87 %, které ve všech trimestrech potvrdily, že odezva partnera na dorozumívání budoucí rodičky je adekvátní a tím pádem i podle představ. Zbýlých 13 % ve všech třech dotaznících zaujímalo negativní postoj vůči partnerovým reakcím na komunikaci s miminkem.

Otázka 14. Projevuje se u Vás v současné době přehnanější emoční reagování?

- a) ano
- b) ne

	1. trimestr	2. trimestr	3. trimestr
ano	59 %	59 %	49 %
ne	41 %	41 %	51 %

Tabulka 21 Přítomnost přehnanějšího emočního reagování ve všech trimestrech. Zdroj: vlastní šetření.

Jak ukazuje tabulka 21, mezi 1. a 2. trimestrem jsme v odpovědích nezaznamenali vůbec žádný pohyb. Oproti oběma trimestrům byl v posledním trimestru registrován pokles v pocitu žen, že by reagovaly emočně přehnaněji. Celkový závěr v této dílčí problematice není nikterak jednoznačný. Četnost každé varianty odpovědi se neliší natolik, abychom mohli s jistotou říci, zda si ženy v těhotenství všimají, že by jakýmkoli způsobem přehnaněji emočně reagovaly. Obecně bychom se tedy mohli přiklonit k variantě „ano“, ale skutečně pouze obecně bez podstatných dokladů. Roli bude hrát patrně konkrétní situace, také momentální rozpoložení a jistě osobnostní vlastnosti.

Otázka 15. Jste více kritická ke svému okolí a k sobě?

- a) ano
- b) ne

	1. trimestr	2. trimestr	3. trimestr
ano	32 %	24 %	36 %
ne	68 %	76 %	64 %

Tabulka 22 Kritické jednání v průběhu těhotenství. Zdroj: vlastní šetření

Po celou dobu gravidity jsme zaznamenali velké procento žen, které nepocíťovalo větší kritiku k sobě ani ke svému okolí. O poznání menší podíl oslovených zvýšenou kritičností potvrdil. Můžeme tedy usoudit, že na základě našeho vzorku nemá těhotenství žádnou významnou účast na tom, že je či není žena kritická. Tabulka 22 podává přesný obraz o konkrétních hodnotách, jak jsme je zaznamenali.

Otázka 18. Jste v období těhotenství náchylnější ke stresu než jindy?

- a) ano
- b) ne

Díky našemu šetření jsme zjistili, že gravidní nevykazují větší sklony ke stresu, než tomu bylo před těhotenstvím, jak je možné se přesvědčit v tabulce 23. První dva trimestry zaznamenalo náchylnost ke stresu jen malé procento žen (32 %). Ve 3. trimestru žen, které vnímají větší sklon ke stresu, přibylo. Na základě vzorku vyvracíme tendence v těhotenství směřující k většímu stresu a potvrzujeme nárůst tohoto sklonu ke konci těhotenství. Nárůst je pravděpodobně dán obavami z porodu, porodních komplikací a představou péče o novorozence. Zjištění je velmi povzbudivé, otázkou zůstává, nakolik odpovídá realitě, jelikož zkoumaný vzorek je poměrně malý na to, abychom mohli učinit definitivně platící závěr.

	1. trimestr	2. trimestr	3. trimestr
ano	32 %	32 %	40 %
ne	68 %	68 %	60 %

Tabulka 23 Náchylnost ke stresu v průběhu těhotenství. Zdroj: vlastní šetření.

Otázka 19. Co Vás konkrétně nejvíce stresuje?

V 1. trimestru jsme překvapivě zjistili, že dotazované nestresuje nic, na druhém místě se objevil strach z výsledků vyšetření a až na třetím místě jsme zaznamenali variantu, která je pro období počátku gravidity typická, starost z toho, jak vše žena zvládne. 2. trimestr, jak jsme již mnohokrát uváděli, je nejvíce klidové období, a tak bude zajímavé porovnat, co respondentky např. stresovat přestalo. Podle očekávání ženy nejvíce udávaly, že je nyní nic nestresuje, na druhé pozici nejvíce ženy stavěly finanční stresor. Na třetí místo se zařadila obava o zdraví dítěte. Ve 3. trimestru v našem vzorku „zvítězil“ opět očekávaný stresor – porod. Na druhém místě nejčastěji budoucí maminky udávaly, že je nic nestresuje. Na třetí pozici se objevil stres způsobený nedostatečnou připraveností na příchod dítěte.

Otázka 20. Objevily se u Vás nějaké nové psychické stavy, které jste před těhotenstvím neměla?

- a) ano
- b) ne

Přítomnost nových psychických stavů vlivem těhotenství potvrdilo jen malé množství dotazovaných. Počet se ještě mírně zvýšil ve 3. trimestru, přesto takových žen nebylo mnoho. Navýšení ke konci těhotenství přikládáme myšlence na blížící se porod. Konkrétní údaje ohledně této otázky zobrazuje tabulka 24. Na základě našeho šetření lze stanovit to východisko, že se u žen v těhotenství objevují nové psychické stavy velmi minimálně nebo výjimečně. V podstatě i shrnutím skutečných příkladů, které respondentky uváděly, dedukujeme, že nové psychické stavy jsou přecitlivělost a přehnané emoční reagování.

	1. trimestr	2. trimestr	3. trimestr
ano	19 %	17 %	27 %
ne	81 %	83 %	73 %

Tabulka 24 Výskyt nových psychických stavů. Zdroj: vlastní šetření.

6.5.2 Ověření hypotéz

H1: Ženy, které nejsou prvorodičky, považují svá těhotenství díky předchozí zkušenosti za bezstarostnější.

Tato domněnka vycházela z běžné životní praxe. Jestliže v životě zaznamenáme nějakou situaci, která se po čase opakuje, vycházíme právě ze zkušenosti, kterou dle konkrétní potřeby upravujeme. Každá nová okolnost je pro člověka stresující už jen tím, že neví, jak se v dané situaci zachovat a nemá z čeho vycházet. Z uvedených důvodů jsme se domnívali, že ženy, které už alespoň jedno dítě mají, budou současné těhotenství prožívat poklidněji. Prvorodičky se hodně obávají neznáma, neví, co přesně se s jejich tělem bude dít. Ženy, které již rodily a jsou znovu těhotné, by mohly vycházet z předešlé zkušenosti a

využít ji, jelikož už ví, jaký přesný průběh je čeká. Ženy, které už rodily, si umí představit, co pro ně je a není během gravidity pohodlné, a patřičně této znalosti mohou využít. Předpokládali jsme, že se ženy nebudou tolik obávat porodu, jelikož pro ně není neznámý. Pochopitelně vše jmenované lze předpokládat pouze, pokud těhotenství (včetně porodu) probíhalo hladce. Pokud se vyskytly komplikace, funguje stejný mechanismus, gravidní si přenáší negativní zkušenost do dalšího těhotenství a vycházejí naopak z nepříjemné zkušenosti, které se posléze opakovaně obávají. Kdybychom počítali s hladkým průběhem těhotenství i porodu, dalo by se očekávat méně obav.

Hypotézu jsme ověřovali pouze v dotazníku pro 1. trimestr, jelikož nebylo nutné tuto otázku zařazovat i do dalších dotazníků. Pouhých 19 % dotazovaných potvrdilo, že díky předchozímu těhotenství je pro ně to současné bezstarostnější. Celých 81 % uvedlo, že nikoli. Skutečnost nás velmi zaskočila. Otázkou zůstává, zda zkušenost, kterou ženy měly, byla pozitivní. Mohlo se stát, že předchozí těhotenství neprobíhalo pravidelně. Nebo zkrátka nefunguje přenos zkušenosti tak silně, aby matka dokázala odvrátit obavy, zda vše dobře dopadne, i když tomu tak v minulém těhotenství mohlo být. Na základě praktického šetření tedy první hypotézu *nepotvrzujeme*. Zřejmě si ženy uvědomují, že úspěšnost předchozího těhotenství nezaručuje, že to současné bude stejné.

H2: Kolísání emocí, nálad se objevuje nejčastěji v 1. a 3. trimestru.

Hypotéza se opírá o teoretická fakta, kde odborné literatury označují počátek a konec těhotenství za více psychicky náročné, tudíž by měly být doprovázeny různými psychickými, emočními i náladovými výkyvy. Přičemž období 2. trimestru je vyhodnoceno jako období klidové. Gravidní si již na novou skutečnost zvykla, ustaly nevolnosti a zatím je porod ještě natolik vzdálen, že není důvod se ho příliš obávat.

Tuto domněnku jsme ověřovali hned několika otázkami, konkrétně se jedná o otázky č. 4, 5, 6, 7, 14, 16, 17 a 20 v každém dotazníku. Porovnáním vyhodnocených otázek jsme dospěli k závěru, že skutečně v 1. a 3. trimestru těhotné ženy vykazují častější kolísání v emoční rovině, častěji se objevuje střídání nálad a celkově ženy nejsou tak vyrovnané, jako nám ukázalo vyhodnocení dotazníků. Druhou hypotézu *potvrzujeme*. Potvrdilo se, že zkoumaný jev byl častěji udáván na začátku a konci těhotenství. Ovšem podotýkáme, že zaznamenané údaje s gestací nesouvisí do důsledku. V průměru počtu

voleb se nejednalo o výrazně nadpoloviční zastoupení. Hodnoty byly ženami obvykle zvoleny okolo poloviny. Z toho vyplývá, že popsaná problematika není během gestace výjimečná, nicméně nemůžeme doložit přímou úměrnost. Pokud se tedy objevuje, je tomu tak zejména v 1. a 3. trimestru, což jsme předznamenávali stanovením hypotézy.

H3: Ve všech trimestrech předpokládáme zvýšenou náchylnost ke stresu než před těhotenstvím.

Těhotná žena je v celém období 9 měsíců poměrně citlivá a choulostivá. Ačkoli se často říká, že hovoříme o nejkrásnějším období, ženy toto období jako krásné označují spíše až zpětně, pokud ho vůbec takto zhodnotí. I v případech, kdy vše probíhá tak, jak má, každou gravidní jistě čas od času napadne, zda se nepřihodí něco špatného. Každá nepatrná odchylka zaujme pozornost a přináší obavu, z tohoto důvodu jsme se domnívali, že gravidita ženám přináší větší tendenci ke stresu. Obvykle bývají ženy velmi starostlivé, a tak není nemístné myslet si, že v tak citlivém období budou více nervózní a stresované. Gestace v nejhorším případě může ohrozit život matky i dítěte. Obvykle tomu tak nebývá, ale pochopitelně každou budoucí maminku tato myšlenka straší.

V dotazníkovém šetření jsme se na tuto problematiku zaměřili v jedné otázce, která se ptala naprosto přímo, zda je dotazovaná náchylnější ke stresu v průběhu těhotenství než před ním. Ptali jsme se v každém trimestru zvlášť. Musíme konstatovat, že třetí hypotézu ***nepotvrzujeme***. Jen malé procento respondentek potvrdilo tendenci ke stresu napříč celým těhotenstvím. Ve 3. trimestru jsme sice zaznamenali nárůst odpovědí, které sklon dokládaly, ale stále se jednalo o malý poměr oproti ženám, které říkaly, že náchylnější ke stresu nejsou. Postoj maminek nás zaskočil. Nicméně jsou shledaná fakta příjemným zjištěním. Skutečnost, že těhotné ženy nepodléhají stresu více než kdy jindy, je přívětivá a přináší i dobrou prognózu pro průběh gestace.

H4: Zdrojem stresu je v 1. trimestru obava z nepravidelného průběhu těhotenství, a zda žena vše zvládne, ve 2. trimestru je stresorem otázka zdraví dítěte, ve 3. trimestru obava z porodu, z komplikací a strach ze zvládnutí opatrování novorozence.

Předpokládané stresory pro jednotlivé trimestry vyvstávají z teoretické části, kde jsme pojednávali o průběhu gestace z pohledu psychiky. Po zjištění těhotenství prožívá žena prvotně šok, a to i v případě, že bylo těhotenství chtěné a plánované. Ve 2. trimestru se rozčilení i obavy z komplikací či nepravidelného průběhu gravidity utiší. S koncem těhotenství roste obava z porodu a z představy péče o novorozence.

Tuto hypotézu jsme ověřovali ve zvláštní otázce každého dotazníku. V 1. trimestru jsme domnělé stresory či obavy skutečně zaznamenali, avšak nevyskytují se na prvním místě všech voleb. Nejčastěji ženy udávaly, že je nestresuje nic, teprve na druhém a třetím místě se objevila právě naše zamýšlená východiska. Ve 2. trimestru opět nejvíce ženy potvrzovaly, že je nic nestresuje, na druhém místě jsme registrovali jako stresor finance, teprve na třetím místě se objevilo zdraví dítěte. Ve 3. trimestru se opravdu na špičce výčtu podnětů ke stresu objevil porod, v této variantě jsou již zahrnuty obavy z komplikací. Až na páté pozici dle četnosti stojí strach ze zvládnutí péče o dítě a domácnosti. Na základě uvedeného hypotézu ***potvrzujeme***. Pořadí stresorů, tak jak jsme je stanovili, se neprokázalo naprosto, nicméně s malými odchylkami v pořadí se předpokládané podněty ve výčtu stresorů objevily vždy mezi jedněmi z nejčastěji volených. Proto nepokládáme za příliš důležité striktní pořadí, nýbrž to, že se ve výčtu stresory skutečně objevily, a to zejména na předních příčkách.

Závěr

Těhotenství je v životě ženy zlomovým okamžikem. Sama gravidita je velmi náročné období, které vyvrcholí porodem, ale tím nic nekončí, naopak začíná. Ženy se většinou těší, až budou moci pyšně chodit s kočárkem, přesto je trápí obava, aby bylo těhotenství i porod bez problémů. Touha po dítěti je tak silná, že se rozhodnou čelit strachu a ovlivnit vše, co mohou, aby byl průběh co nejladší.

Cílem práce bylo zmapování stresorů, odhad jejich důsledků a naznačení prevence, a to zejména z toho důvodu, že neexistuje mnoho literatury, která by se danou problematikou zabývala, přestože se jedná o aktuální a velmi diskutované téma. To dokládá i skutečnost, že samy účastnice šetření vyjadřovaly o zkoumanou oblast velký zájem, chtěly znát závěry i doporučení. V této práci je skutečně možné najít odpovědi na problémy stanovené cílem, které jsou navíc rozšířené o další okruhy, které s tématem úzce korespondují. Byly charakterizovány zásadní problémy, práce hovoří o rizicích spojených se stresory. Přínos spočívá v teoretickém základě, který je doplněn praktickou částí. Nemalým přínosem jsou konkrétní postřehy těhotných žen, ke kterým v každém trimestru dostaly prostor navíc. Stres, stresory i nežádoucí psychické pochody, neblahé pocity budou naše životy a především těhotenství doprovázet nadále, my jsme ovšem poskytli rady, jak eliminovat dopad, jak s předmětnými negativy bojovat.

Dospěli jsme k závěru, že ženy k těhotenství přistupují velmi racionálně. Nesnaží se období brát lehkomyšlně, avšak ani příliš úzkostně. Zjistili jsme, že těžší komplikace ženám přináší nové pohledy na graviditu, po takové zkušenosti označují za problémy skutečné těžkosti, nikoli banality, a radují se z každého pokroku. Potvrzujeme, že během těhotenství dochází k psychickým změnám, avšak nejsou zdaleka tak zásadní, jak se o nich mezi laiky hovoří. Samy ženy nám potvrdily, že jisté kolísání v náladách, pocitech, emocích zaznamenávají. Samozřejmě se objevují i stresory, které vyvstávají z nové role a z mnoha změn. Nejedná se ale o žádné výjimečné stavy. Zásadní důraz je třeba klást na individuální odlišnosti. S ohledem na to jsme učinili závěry, o kterých lze tvrdit, že jsou pouze obecné, jelikož je téměř nemožné zohlednit tento individuální faktor. Z toho také vyplývá jistá „povinnost“ partnera a rodiny být těhotné oporou, protože pouze blízcí dokáží spolehlivě vyhodnotit, jak nejlépe zareagovat, aby se žena cítila dobře.

V praktické části jsme ověřili pravdivost hypotéz, které jsme si stanovili na počátku. Bylo pro nás překvapením, že se nepotvrdila domněnka, že ženy, které nejsou

prvorodičky, považují jejich další těhotenství díky předchozí zkušenosti za bezstarostné. Další hypotéza, která spočívala v předpokladu, že v 1. a 3. trimestru dochází k největšímu kolísání nálad, se potvrdila. Ověřili jsme si, že 2. trimestr je hodnocen jako poměrně klidové období. Zvýšená náchylnost ke stresu po celou dobu těhotenství, se kterou počítala třetí hypotéza, se s podivem neprokázala. Šetřením jsme dospěli k závěru, že tendence ke stresu oproti období před těhotenstvím není až tak zásadní, jak jsme předpokládali. Čtvrtá hypotéza spočívala v konkrétním označení stresoru pro každý trimestr. Můžeme částečně potvrdit její platnost. Na počátku jsme si stanovili stresor pro 1. trimestr jako obavu z nepravidelného průběhu těhotenství a zda žena zvládne péči o novorozence, pro 2. trimestr jsme určili jako stresor otázku zdraví dítěte, ve 3. trimestru pak obavu z porodu, komplikací a zvládnutí opečovávání dítěte. Praktické šetření tyto podněty ke stresu skutečně potvrdilo, ovšem stanovené stresory nezaujímaly první postavení na škále možností.

Díky našemu šetření vyvstávají motivy pro další výzkumy v podobné oblasti, navíc by mohly tento stávající více rozšířit. Za zvážení by stálo doplnit dosavadní šetření o informace od dalších těhotných, pak bychom hovořili o daleko reprezentativnějším vzorku. Zajímavě se jeví myšlenka zkoumání problematiky stresu a stresorů, potažmo komplexně změn psychického vnímání, z pohledu těhotné v kontrastu názoru partnera, jelikož by výsledky mohly dostat objektivnější rozměr. Dále se nabízí zaměřit bádání na pohled ženy, který bude těhotenství hodnotit tak, jak jsme se na něj zaměřili my, ale s tím rozdílem, že k hodnocení bude docházet s určitým odstupem po porodu. Ženy si mohou uvědomit skutečnosti, které nemusely v danou chvíli vnímat jasně. Předmětem dalšího šetření by mohlo být zjišťování příčin, kvůli kterým dochází ke změnám nálad. V této souvislosti nesmíme opomenout odkázat na předního českého odborníka gynekologie, MUDr. PhDr. Pavla Čepického, CSc., který publikoval téměř 400 vědeckých a odborných prací. Zaobírá se podobnou problematikou a především jsou přínosné jeho výzkumy.

Jelikož měly respondentky zájem o výsledky šetření, budou jim s radostí poskytnuty. Doufáme, že bude splněno očekávání a práce se stane přínosnou nejen pro účastnice šetření, ale i pro širokou veřejnost. Stresory pochopitelně nelze vymýtit, ale bojovat s nimi lze poměrně snadno a účinně. Proto věříme, že jsme nabídli takový výčet návodů prevence, ze kterého si každá nastávající maminka bude moci vybrat.

RESUMÉ

Předložená diplomová práce nese název *Stresory v těhotenství*. Pojednává především o těhotenství a zdrojích stresu. Na stresory jsme se zaměřili jednak za každý trimestr zvlášť, jednak souhrnně za celé těhotenství. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme se zabírali vymezením psychologie ženy. Zdůraznili jsme důležitost plánovaného rodičovství s ohledem na stresory. Dále vymezujeme základní informace ohledně těhotenství. Charakterizujeme tělesné i psychické změny, jimiž žena prochází a které mohou přerůst ve zdroje stresu. Samozřejmě se zabýváme i emočními poruchami, které se jmenovanými stavy souvisí. Další součástí teoretického celku zahrnuje záporné a nepříznivé faktory, které graviditu ovlivňují a zrovna tak mohou být podnětem stresu. V praktické části přinášíme výsledky bádání, které bylo realizováno pomocí dotazníkového šetření. Osloveny byly gravidní ženy hned na počátku těhotenství a dotazník vyplňovaly vždy za každý trimestr zvlášť. Objasňovali jsme otázku stresu, stresorů, změn v psychice, v náladě i v jednání. Hledali jsme souvislosti mezi závěry šetření a teoretickými fakty, které jsme následně potvrzovali, nebo vyvraceli. Neopomenutelným kladem jsou autentické poznámky, dodatky a připomínky těhotných žen. Závěrem poskytujeme výstupy (včetně grafických ilustrací), ke kterým jsme dospěli, nabízíme více variant interpretace a podáváme motivy pro další bádání.

SUMMARY

The present thesis is called *Stressors during pregnancy*. It mainly deals with pregnancy and sources of stress. We concentrated on stressors for each trimester separately, but also for the entire pregnancy. The work is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part, we are concerned with the delimitation of psychology of women. We have emphasized the importance of the Planned Parenthood with regard to stressors. Furthermore, we define basic information about pregnancy. We characterize the physical and psychological changes that a woman goes through and that can grow into the sources of stress. We also treat the emotional disorders associated with the abovementioned conditions. Another part of the theoretical part includes negative and unfavorable factors that affect pregnancy and can also trigger stress. In the practical part we bring the results of research that was carried out using a questionnaire survey. Pregnant women were contacted early in pregnancy and they filled out the questionnaire for each trimester separately. We clarified the issue of stress, stressors, changes in the psyche, in mood and behavior. We looked for a link between the findings and theoretical facts, which we subsequently confirmed or refuted. Indispensable asset of the thesis are authentic comments, additions and observations of pregnant women. At the end, we provide outputs (including graphic illustrations) to which we arrived, offering more variants of interpretations. Finally, we suggest motifs for further research.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literatura

- (1) BAŠTECKÝ, Jaroslav, ŠAVLÍK, Jiří a ŠIMEK, Jiří. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993, 363 s. ISBN 80-716-9031-7.
- (2) BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
- (3) *Celostátní kongres České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP: program: Karlovy Vary, 11. - 13. listopad 1999*. Editor Pavel Čepický. Praha: Levret, 1999, 281 s. ISBN 80-238-4740-6.
- (4) ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 432 s. ISBN 80-716-9355-3.
- (5) ČEPICKÝ, Pavel a ČERNÁ, Marcela. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology-porodníky*. Praha: Levret, 2006, 99 s. ISBN 80-903-1839-8.
- (6) ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. 1. vyd. Brno: ERA, 2008, 144 s. ISBN 978-80-7366-114-4.
- (7) CHERRY, Sheldon H. a MERKATZ, Irwin R.. *Complications of pregnancy: medical, surgical, gynecologic, psychosocial, and perinatal*. 4th ed. Baltimore: Williams, c1991, 1334 s. ISBN 06-830-1672-5.
- (8) DEANS, Anne. *Knihy knih o mateřství*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 2004. 392 s. ISBN 80-7321-117-3.

- (9) DELAHAYE, Marie-Claude. *Praktický průvodce těhotné ženy*. 1. vyd Praha: Portál, 2006, 170 s. ISBN 80-736-7073-9.
- (10) DENNERSTEIN, Lorraine a FRASER, Ian S. *Hormones and behaviour: proceedings of the 8th International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Melbourne, 10-14 March 1986*. New York, NY, USA: Sole distributors for the USA and Canada, Elsevier Science Pub. Co., 1986, 614 s. ISBN 04-448-0837-X.
- (11) FREUNDL, Günter, GNOTH, Christian a FRANK-HERRMANN, Petra. *Chceme mít miminko: nové cesty k vytouženému dítěti*. České vyd. 1. Praha: Vašut, 2008, 180 s. ISBN 978-80-7236-603-3.
- (12) GOER, Henci. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. 1. vyd. Překlad Jiří Královec. Praha: One Woman Press, 2002, 549 s. ISBN 80-863-5613-2.
- (13) HOLEČEK, Václav, MIŇHOVÁ, Jana a PRUNNER, Pavel. *Psychologie pro právníky*. 1. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2003, 311 s. ISBN 80-86473-50-3.
- (14) HORNEY, Karen. *Ženská psychologie*. 1. vyd. Překlad Lenka Němečková. Praha: Triton, 2004, 291 s. ISBN 80-725-4501-9.
- (15) HŘÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana a NOVOTNÁ, Lenka. *Vývojová psychologie pro učitele*. 2. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2000, 82 s. ISBN 80-708-2626-6.
- (16) HRSTKA, Zdeněk, VOSEČKOVÁ, Alena. *Kapitoly z psychologie zdraví*. 2. díl. Hradec Králové: Univerzita obrany, 2008, 64 s. ISBN 978-80-7231-332-7
- (17) HUCH, Renate. *Šťastné těhotenství od A do Z: 461 hesel*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 150 s. ISBN 978-80-247-1717-3.
- (18) CHARVÁT, Josef. *Život, adaptace a stress*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973, 153 s.

- (19) CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2008, 138 s. ISBN 978-80-247-2142-2.
- (20) CHMEL, Roman. *Průvodce těhotenstvím: jak se připravit na otěhotnění, jednotlivé měsíce těhotenství, porod, šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 140 s. ISBN 80- 247-0962-7.
- (21) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994, 190 s. ISBN 80-716-9121-6.
- (22) LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, 343 s. ISBN 80-716-9195-X.
- (23) LISÁ, Lidka a KŇOURKOVÁ, Marie. *Vývoj dítěte a jeho úskalí*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1986, 274 s. ISBN 80-084-86.
- (24) MACKŮ, František a MACKŮ, Jaroslava. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 327 s. ISBN 80-716-9589-0.
- (25) MACKŮ, František a ČECH, Evžen. *Porodnictví: pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002, 143 s. ISBN 80-86073-92-0.
- (26) MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002, 260 s. ISBN 80-7281-090-1.
- (27) MATĚJČEK, Zdeněk. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986. 365 s.
- (28) MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod: Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004, 162 s. ISBN 80-251- 0205-X.

- (29) MURKOFF, Heidi, EISENBERG, Arlene, HATHAWAY, Sandee. *Co čekat v radostném očekávání*. Praha: Slovart, 2004, 595 s. ISBN 80-7209-457-2.
- (30) NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996, 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
- (31) ODENT, Michel. *Láska jako věda*. 1. vyd. Praha: SZ, 2001, 112 s. ISBN 80-864- 8902-7.
- (32) ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Překlad Jakub Florian. Praha: Argo, 1995, 152 s. ISBN 80-857-9469-1.
- (33) PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. Praha: Galén, 2005, 425 s. ISBN 80-7262-321-4.
- (34) PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009, 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
- (35) RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978- 802-5421-864.
- (36) RHEINWALDOVÁ, Eva. *Dejte sbohem distresu*. 1. vyd. Praha: Scarabeus, 1995, 211 s. ISBN 80-859-0107-2.
- (37) STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3. přeprac. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, 514 s. ISBN 978-808-6356-501.
- (38) SYMONS, Jane. *Těhotenství a péče o dítě*. 1. vyd. Čestlice: Rebo, 2003, 232 s. ISBN 80-7234-284-3.

- (39) ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 3. upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 189 s. ISBN 978-80-244-2433-0.
- (40) TEUSEN, Gertrud. *Prenatální komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 79 s. ISBN 80-7178-753-1.
- (41) TURKOVÁ, Zuzana. *Gynekologie: učebnice pro zdravotní školy*. Vyd. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 2004, 116 s. Učebnice pro zdravotnické školy (Eurolex Bohemia). ISBN 80-864-3274-2.
- (42) TRČA, Stanislav. *Těhotenství a porod*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 158 s. ISBN 80-201-0024-5.
- (43) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
- (44) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- (45) VAŠINA, Lubomír a STRNADOVÁ, Věra. *Psychologie osobnosti I*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002, 299 s. ISBN 80-704-1401-4.

Časopisecké články

- (46) DAVID, H. P., DYTRYCH, Zdeněk a MATĚJČEK, Zdeněk. Jaké šance na úspěch mají nechtěné děti?. *Psychologie dnes*, 2003, 9(9), 28-30. ISSN 1211-5886.
- (47) JANÁČKOVÁ, Laura. Aplikovaná zdravotnická psychologie v gynekologii. *Medical tribune: aktuální - nezávislá - mezinárodní*. 2009, roč. 5, č. 2. ISSN 1214-8911. Dostupné z: www.tribune.cz/archiv/mtr/236/6787

- (48) JANÁČKOVÁ, Laura. Aplikovaná zdravotnická psychologie v gynekologii. *Medical tribune: aktuální - nezávislá - mezinárodní*. 2009, roč. 5, č. 5. ISSN 1214-8911. Dostupné z: www.tribune.cz/archiv/mtr/241/6924
- (49) KOSTIUK, Pavel. Deprese v graviditě a laktaci: je třezalka vhodným řešením?. *Edukafarm news: vzdělávání v oblasti "OTC" a "self meditation"*. 2009, roč. 6, č. 3. ISSN 1213-1717. Dostupné z: www.edukafarm.cz/soubory/farminews-2009/3/trezalka.pdf
- (50) LUSSKIN, Shari. Deprese v těhotenství: Neléčení není alternativou. *Medical tribune: aktuální - nezávislá - mezinárodní*. 2008, roč. 8, č. 3. ISSN 1213-2578. Dostupné z: www.medical-tribune.cz/archiv/gpp/214/5688
- (51) NEŠPOR, Karel. Alkohol a těhotenství - nová zneklidňující zjištění. *Psychologie dnes*, 2003, 9(10), 6-7. ISSN 1211-5886.
- (52) ZWINGER, A. Spontánní potrat. *Moderní babičtví*. 2004, č. 4. ISSN 1214-5572.

Internetové zdroje

- (53) Aromaterapie v těhotenství a během porodu. In: *Asociace českých aromaterapeutů* [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://aromaterapie.cz/index.php?/archives/8-Aromaterapie-v-tehotenstvi-a-behem-porodu.html>
- (54) GOVEROVÁ, Lucie. Události před narozením a jejich důsledky: V únoru proběhlo v Brně sympozium na téma UDÁLOSTI PŘED NAROZENÍM A JEJICH DŮSLEDKY. In: *Rodina: O dětech i rodičích* [online]. [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek5579.htm>

- (55) Gravidjoga - cvičení pro těhotné. In: *PRO FIT SPORT: Dámský fitness a sportovní centrum* [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.cviceni-plzen.cz/gravidjoga/>
- (56) PAŘÍZEK, Antonín. Spánek těhotné. In: *Porodnice* [online]. 2009 [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/spanek-tehotne-0>
- (57) PAŘÍZEK, Antonín. Životní styl aneb příprava na těhotenství. In: *Porodnice* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/zivotni-styl-aneb-priprava-na-tehotenstvi>
- (58) Psychické změny v těhotenství. In: *Těhotenství Online* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://www.tehotenstvionline.cz/psychicke-zmeny-v-tehotenstvi/>
- (59) Relaxační hudba v těhotenství. In: *Bonella: Portál pro maminky a těhotné* [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.bonella.cz/prubeh-tehotenstvi/relaxacni-hudba-v-tehotenstvi.html>
- (60) Stres matky v těhotenství je rizikem pro dítě: Do seznamu rizikových faktorů pro vznik duševních chorob přibyl další – stres matky během těhotenství. In: *Rodina: O dětech a rodičích* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek3814.htm>
- (61) Stres v těhotenství programuje dítě k úzkosti. In: *Dáma* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://rodina.dama.cz/clanek.php?id=16358>
- (62) WILHELMOVÁ, Radka. Zdravý životní styl v těhotenství. In: *Baby online* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://www.babyonline.cz/tehotenstvi/zdravy-zivotni-styl-v-tehotenstvi>
- (63) Zacházení se stresem v těhotenství. In: *Pregnancy healthy* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://www.pregnancyhealthy.net/Porodne-a-prace/Bolesti-v-prace/Stresu-Zachazeni-se-stresem-v-tehotenstvi.htm>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Omezení těhotné v zaměstnání v obd. 1. trimestru	70
Graf 2 Omezení těhotné v domácnosti v obd. 1. trimestru	71
Graf 3 Omezení koníčků a zájmů v obd. 1. trimestru	72
Graf 4 Pocit změn nálad v období 1. trimestru	73
Graf 5 Celkové naladění těhotných žen v 1. trimestru	74
Graf 6 Podíl požadavků těhotných žen na partnera v období 1. trimestru	78
Graf 7 Omezení těhotné v zaměstnání v obd. 2. trimestru	86
Graf 8 Omezení těhotné v domácnosti v obd. 2. trimestru	87
Graf 9 Omezení koníčků a zájmů v obd. 2. trimestru	88
Graf 10 Pocit změn nálad v období 2. trimestru	89
Graf 11 Celkové naladění těhotných žen v 2. trimestru	90
Graf 12 Podíl požadavků těhotných žen na partnera v obd. 2. trimestru	93
Graf 13 Omezení těhotné v zaměstnání v období 3. trimestru	101
Graf 14 Omezení těhotné v domácnosti v období 3. trimestru	102
Graf 15 Omezení koníčků a zájmů v období 3. trimestru	103
Graf 16 Pocit změn nálad v období 3. trimestru	104
Graf 17 Celkové naladění těhotných žen ve 3. trimestru	105
Graf 18 Podíl požadavků těhotných žen na partnera v období 3. trimestru	108
Graf 19 Omezení těhotných žen v zaměstnání v průběhu těhotenství	117
Graf 20 Omezení těhotných žen v domácnosti v průběhu těhotenství	118
Graf 21 Změny v oblasti zájmů těhotných žen v průběhu těhotenství	119
Graf 22 Pociťování změn nálad v průběhu těhotenství	120
Graf 23 Celkové naladění těhotných žen v průběhu těhotenství	121
Graf 24 Změny požadavků těhotných žen na jejich partnery s ohledem na stupeň těhotenství	124
Graf 25 Potřeba vyhledávat jiné těhotné v celém těhotenství	126
Graf 26 Pocit rozladěnosti gravidních žen v průběhu těhotenství	128
Graf 27 Výskyt pocitu nejistoty u těhotných žen v průběhu těhotenství	129

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1</i> Hodnocení psychického stavu těhotných v 1. trimestru.	75
<i>Tabulka 2</i> Změny v psychice v období 1. trimestru.	75
<i>Tabulka 3</i> Zdroj změn v psychice v období 1. trimestru.	76
<i>Tabulka 4</i> Podpora rodinného kruhu za období 1. trimestru.	77
<i>Tabulka 5</i> Potřeba vyhledávat jiné těhotné jako společnost v 1. trimestru.	80
<i>Tabulka 6</i> Výčet stresorů za období 1. trimestru.	83
<i>Tabulka 7</i> Hodnocení psychického stavu těhotných v 2. trimestru.	91
<i>Tabulka 8</i> Pocit změn v psychice v období 2. trimestru.	91
<i>Tabulka 9</i> Podpora těhotné rodinou v období 2. trimestru.	92
<i>Tabulka 10</i> Potřeba těhotných vyhledávat další těhotné v obd. 2. trimestru.	95
<i>Tabulka 11</i> Inventář stresorů těhotných žen za období 2. trimestru.	98
<i>Tabulka 12</i> Přehled pocitů ve 2. trimestru, které ženy před těhotenstvím nezaznamenaly	99
<i>Tabulka 13</i> Zhodnocení psychického stavu v období 3. trimestru.	106
<i>Tabulka 14</i> Změny v psychice v období 3. trimestru.	106
<i>Tabulka 15</i> Zdroj změn v psychice v období 3. trimestru.	107
<i>Tabulka 16</i> Podpora rodinného kruhu za období 3. trimestru.	107
<i>Tabulka 17</i> Potřeba vyhledávat jiné těhotné jako společnost v 3. trimestru.	110
<i>Tabulka 18</i> Výčet stresorů za období 3. trimestru.	113
<i>Tabulka 19</i> Zhodnocení psychického stavu napříč těhotenstvím.	122
<i>Tabulka 20</i> Změny v psychice s ohledem na jednotlivé trimestry.	122
<i>Tabulka 21</i> Přítomnost přehnanějšího emočního reagování ve všech trimestrech.	127
<i>Tabulka 22</i> Kritické jednání v průběhu těhotenství.	127
<i>Tabulka 23</i> Náchylnost ke stresu v průběhu těhotenství.	130
<i>Tabulka 24</i> Výskyt nových psychických stavů.	131

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník pro 1. trimestr

Příloha č. 2: Dotazník pro 2. trimestr

Příloha č. 3: Dotazník pro 3. trimestr

Příloha č. 4: Tabulky reálných odpovědí za 1. trimestr získané vlastním šetřením

Příloha č. 5: Tabulky reálných odpovědí za 2. trimestr získané vlastním šetřením

Příloha č. 6: Tabulky reálných odpovědí za 3. trimestr získané vlastním šetřením

Příloha č. 1: Dotazník pro 1. trimestr

Dotazník - 1. TRIMESTR

Vážená nastávající maminko,
obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude využit pouze pro účely diplomové práce. Tato práce se nazývá *Stresory v těhotenství a píši ji pod Katedrou psychologie ZČU*. Cílem mé práce je zmapovat stresory v těhotenství a četnost jejich výskytu s ohledem na stadium gravidity. O vyplnění Vašeho křestního jména a iniciály Vás žádám pouze proto, abych mohla zaznamenávat jednotlivé změny v odpovědích. Dotazník potřebuji vyplnit v každém trimestru opakovaně. Vyplněním dotazníku mi velmi pomůžete, proto Vám děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.

Bc. Radka Štefánková, DiS.

Pokyny pro vyplňování: pokud je u otázek možnost výběru z několika variant a není-li uvedeno jinak, vyberte, prosím, vždy **jen jednu**.

Křestní jméno: _____ Iniciála příjmení: _____

Obecné informace

A) Věk: _____

B) Bylo Vaše těhotenství plánované?

- a) ano
- b) ne

C) Jste prvorodička?

- a) ano
- b) ne

D) Je pro Vás díky předchozí zkušenosti těhotenství bezstarostnější?

- a) ano
- b) ne

E) Jste:

- a) vdaná
- b) svobodná, ale žiji s partnerem
- c) svobodná matka

F) Žijete:

- a) u rodičů
- b) v podnájmu
- c) ve vlastním domě/bytě

G) Máte pravidelný příjem?

- a) ano
- b) ne

H) Je pro Vás stresující skutečnost, že je nyní zrušené porodné?

- a) ano
- b) ne

I) Kouříte?

- a) kouřila jsem, ale kvůli těhotenství jsem přestala
- b) ano, kouřím i v těhotenství
- c) ne

J) Užíváte nějaké léky?

- a) ano, musím
- b) s počátkem těhotenství jsem léky vysadila
- c) ne

K) Léčíte se s nějakým zdravotním problémem dlouhodobě?

- a) ano, uveďte, prosím, s čím _____
- b) ne

Změna životního stylu

1) Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vašem zaměstnání?

- a) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **fyziicky** náročnější
- b) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **psychicky** náročnější
- c) ano, kombinace obojího (a+b)
- d) ne, vůbec

2) Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vaší domácnosti?

- a) ano, potřebuji větší **fyziickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- b) ano, potřebuji větší **psychickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- c) ano, kombinace obojího (a+b)
- d) ne, vůbec

3) Máte kvůli těhotenství nějaká omezení v oblasti svých koníčků a zájmů?

- a) ano, provozuji nyní jiné koníčky, mám jiné zájmy, uveďte jaké _____
- b) koníčky a zájmy provozuji tytéž, ale v menší míře
- c) ne, mám stále ty samé koníčky a zájmy, těhotenství mě v ničem neomezuje

Psychika v těhotenství

4) Pociťujete v těhotenství častější změny nálad?

- a) ano
- b) ne

5) Vaše celkové naladění je spíše:

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) pocit lhostejnosti (apatie)
- d) střídání všech 3 variant

6) Váš psychický stav v současné době hodnotíte jako:

- a) stav spokojenosti
- b) stav nejistoty
- c) časté střídání obojího

7) Pozorujete na sobě v poslední době změny v psychice?

- a) ano
- b) ne

(pokud odpovídáte „ne“, neodpovídejte na následující otázku = otázka č. 8)

8) Myslíte si, že změny v psychice jsou vyvolané:

- a) především těhotenstvím
- b) veškerými změnami (jiný režim v zaměstnání, domácnosti, více péče o tělo a zdraví...)

9) Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?

- a) ano, rodina o mě projevuje větší zájem
- b) ne, vše je při starém
- c) ne, rodina mě nepodporuje

10) Přejete si více pozornosti od partnera? (pokud jste svobodná matka, nevyplňujte tuto otázku)

- a) ne
- b) ano – (můžete zaškrtnout i více možností):
 - přejí si, aby se mě partner více dotýkal a hladil mě
 - přejí si, aby partner více komunikoval s nenarozeným miminkem (mluvil, zpíval...)
 - přejí si, aby partner více komunikoval se mnou
 - přejí si, aby mě partner doprovázel k lékaři – na ultrazvuk, vyšetření...
 - přejí si, aby se mnou partner trávil více času
 - přejí si, aby měl partner více pochopení

11) Komunikujete Vy sama s nenarozeným miminkem?

- a) ano, uveďte, prosím, jak _____
- b) ne (pokud jste odpověděla „ne“, neodpovídejte na následující otázku, tj. otázka č. 12)

12) Je reakce partnera na Vaši komunikaci s miminkem podle Vašich představ? (pokud jste svobodná matka, nevyplňujte tuto otázku)

- a) ano
- b) ne

13) Máte potřebu vyhledávat jiné těhotné ženy?

- a) ano, myslím, že si více rozumíme, máme společné radosti i trápení, více se chápeme
- b) ne, stačí mi stejná společnost jako před těhotenstvím
- c) kombinace obojího

14) Projevuje se u Vás v současné době přehnanější emoční reagování?

a) ano

pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____

b) ne

15) Jste více kritická ke svému okolí a k sobě?

a) ano

pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____

b) ne

16) Jste více rozladěná?

a) ano

pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____

b) ne

17) Objevuje se u Vás pocit nejistoty?

a) ano

pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____

b) ne

18) Jste v období těhotenství náchylnější ke stresu než jindy?

a) ano, uveďte, prosím, jak se se stresem vyrovnáváte (relaxace, procházka, TV, atd.)

b) ne

19) Co Vás konkrétně nejvíce stresuje?

20) Objevily se u Vás nějaké nové psychické stavy, které jste před těhotenstvím neměla?

a) ano, uveďte, prosím, konkrétně jaké _____

b) ne

21) Pokud chcete, můžete cokoli, co Vás k dané problematice napadá, dodat. Za každou připomínku budu vděčná.

Příloha č. 2: Dotazník pro 2. trimestr

Dotazník - 2. TRIMESTR

Vážená nastávající maminko,
děkuji Vám za vyplnění předchozího dotazníku, který se týkal 1. trimestru. Nyní Vás žádám o vyplnění dalšího dotazníku, který je zaměřen na 2. trimestr a věřím, že budete tak laskavá a vyplníte můj dotazník i ve 3. trimestru. Moc Vám děkuji za ochotu a Váš čas. Jen pro připomenutí – dotazník slouží jako výzkumná část v mojí diplomové práci *Stresory v těhotenství, kterou píše pod Katedrou psychologie ZČU. Cílem je zmapování stresorů v těhotenství a četnost jejich výskytu s ohledem na těhotenství.*
Bc. Radka Štefánková, DiS.

Pokyny pro vyplňování: pokud je u otázek možnost výběru z několika variant a není-li uvedeno jinak, vyberte, prosím, vždy **jen jednu**.

Křestní jméno: _____ Iničiála příjmení: _____

Změna životního stylu

1. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vašem zaměstnání?

- a) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **fyzicky** náročnější
- b) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **psychicky** náročnější
- c) ano, kombinace obojího (a+b)
- d) ne, vůbec

2. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vaší domácnosti?

- a) ano, potřebuji větší **fyzickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- b) ano, potřebuji větší **psychickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- c) ano, kombinace obojího (a+b)
- d) ne, vůbec

3. Máte kvůli těhotenství nějaká omezení v oblasti svých koníčků a zájmů?

- a) ano, provozuji nyní jiné koníčky, mám jiné zájmy, uveďte jaké _____
- b) koníčky a zájmy provozuji tytéž, ale v menší míře
- c) ne, mám stále ty samé koníčky a zájmy, těhotenství mě v ničem neomezuje

Psychika v těhotenství

4. Pociťujete v těhotenství častější změny nálad?

- a) ano
- b) ne

5. Vaše celkové naladění je spíše:

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) pocit lhostejnosti (apatie)
- d) střídání všech 3 variant

6. Váš psychický stav v současné době hodnotíte jako:

- a) stav spokojenosti
- b) stav nejistoty
- c) časté střídání obojího

7. Pozorujete na sobě v poslední době změny v psychice?

- a) ano
- b) ne

(pokud odpovídáte „ne“, neodpovídejte na následující otázku = otázka č. 8)

8. Myslíte si, že změny v psychice jsou vyvolané:

- a) především těhotenstvím
- b) veškerými změnami (jiný režim v zaměstnání, domácnosti, více péče o tělo a zdraví...)

9. Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?

- a) ano, rodina o mě projevuje větší zájem
- b) ne, vše je při starém
- c) ne, rodina mě nepodporuje

10. Přejete si více pozornosti od partnera? (pokud jste svobodná matka, nevyplňujte tuto otázku)

- a) ne
- b) ano – (můžete zaškrtnout i více možností):
 - přejí si, aby se mě partner více dotýkal a hladil mě
 - přejí si, aby partner více komunikoval s nenarozeným miminkem (mluvil, zpíval)
 - přejí si, aby partner více komunikoval se mnou
 - přejí si, aby mě partner doprovázel k lékaři – na ultrazvuk, vyšetření...
 - přejí si, aby se mnou partner trávil více času
 - přejí si, aby měl partner více pochopení

11. Komunikujete Vy sama s nenarozeným miminkem?

- a) ano, uveďte, prosím, jak _____
b) ne
(pokud jste odpověděla „ne“, neodpovídejte na následující otázku, tj. otázka č. 12)

**12. Je reakce partnera na Vaši komunikaci s miminkem podle Vašich představ?
(pokud jste svobodná matka, nevyplňujte tuto otázku)**

- a) ano
b) ne

13. Máte potřebu vyhledávat jiné těhotné ženy?

- a) ano, myslím, že si více rozumíme, máme společné radosti i trápení, více se chápeme
b) ne, stačí mi stejná společnost jako před těhotenstvím
c) kombinace obojího

14. Projevuje se u Vás v současné době přehnanější emoční reagování?

- a) ano
pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____
b) ne

15. Jste více kritická ke svému okolí a k sobě?

- a) ano
pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____

- b) ne

16. Jste více rozladěná?

- a) ano
pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____

- b) ne

17. Objevuje se u Vás pocit nejistoty?

- a) ano
pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____

- b) ne

18. Jste v období těhotenství náchylnější ke stresu než jindy?

a) ano, uveďte, prosím, jak se se stresem vyrovnáváte (relaxace, procházka, TV,)

b) ne

19. Co Vás konkrétně nejvíce stresuje?

20. Objevily se u Vás nějaké nové psychické stavy, které jste před těhotenstvím neměla?

a) ano, uveďte, prosím, konkrétně jaké _____

b) ne

**21. Pokud chcete, můžete cokoli, co Vás k dané problematice napadá, dodat.
Za každou připomínku budu vděčná.**

Příloha č. 3: Dotazník pro 3. trimestr

Dotazník - 3. TRIMESTR

Vážená nastávající maminko,
děkuji Vám za vyplnění předchozích dvou dotazníků. Jsem vděčná za ochotu a Váš čas. Pro připomenutí uvádím, že dotazníky slouží jako výzkumná část v mé diplomové práci *Stresory v těhotenství, kterou píše pod Katedrou psychologie ZČU*. Cílem je zmapování stresorů v těhotenství a četnost jejich výskytu s ohledem na těhotenství. Ještě jednou Vám děkuji za snahu a za pomoc a přeji Vám mnoho radostných chvil s Vaším miminkem.
Bc. Radka Štefánková, DiS.

Pokyny pro vyplňování: pokud je u otázek možnost výběru z několika variant a není-li uvedeno jinak, vyberte, prosím, vždy **jen jednu**.

Křestní jméno: _____

Iniciála příjmení: _____

Změna životního stylu

1. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vašem zaměstnání?

- a) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **fyzicky** náročnější
- b) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **psychicky** náročnější
- c) ano, kombinace obojího (a+b)
- d) ne, vůbec

2. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vaší domácnosti?

- a) ano, potřebuji větší **fyzickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- b) ano, potřebuji větší **psychickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- c) ano, kombinace obojího (a+b)
- d) ne, vůbec

3. Máte kvůli těhotenství nějaká omezení v oblasti svých koníčků a zájmů?

- a) ano, provozuji nyní jiné koníčky, mám jiné zájmy, uveďte jaké _____
- b) koníčky a zájmy provozuji tytéž, ale v menší míře
- c) ne, mám stále ty samé koníčky a zájmy, těhotenství mě v ničem neomezuje

Psychika v těhotenství

4. Pociťujete v těhotenství častější změny nálad?

- a) ano
- b) ne

5. Vaše celkové naladění je spíše:

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) pocit lhostejnosti (apatie)
- d) střídání všech 3 variant

6. Váš psychický stav v současné době hodnotíte jako:

- a) stav spokojenosti
- b) stav nejistoty
- c) časté střídání obojího

7. Pozorujete na sobě v poslední době změny v psychice?

- a) ano
- b) ne

(pokud odpovídáte „ne“, neodpovídejte na následující otázku = otázka č. 8)

8. Myslíte si, že změny v psychice jsou vyvolané:

- a) především těhotenstvím
- b) veškerými změnami (jiný režim v zaměstnání, domácnosti, více péče o tělo a zdraví...)

9. Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?

- a) ano, rodina o mě projevuje větší zájem
- b) ne, vše je při starém
- c) ne, rodina mě nepodporuje

10. Přejete si více pozornosti od partnera? (pokud jste svobodná matka, nevyplňujte tuto otázku)

- a) ne
- b) ano – (můžete zaškrtnout i více možností):
 - přejí si, aby se mě partner více dotýkal a hladil mě
 - přejí si, aby partner více komunikoval s nenarozeným miminkem (mluvil, zpíval)
 - přejí si, aby partner více komunikoval se mnou
 - přejí si, aby mě partner doprovázel k lékaři – na ultrazvuk, vyšetření...
 - přejí si, aby se mnou partner trávil více času
 - přejí si, aby měl partner více pochopení

11. Komunikujete Vy sama s nenarozeným miminkem?

- a) ano, uveďte, prosím, jak _____
b) ne
(pokud jste odpověděla „ne“, neodpovídejte na následující otázku, tj. otázka č. 12)

**12. Je reakce partnera na Vaši komunikaci s miminkem podle Vašich představ?
(pokud jste svobodná matka, nevyplňujte tuto otázku)**

- a) ano
b) ne

13. Máte potřebu vyhledávat jiné těhotné ženy?

- a) ano, myslím, že si více rozumíme, máme společné radosti i trápení, více se chápeme
b) ne, stačí mi stejná společnost jako před těhotenstvím
c) kombinace obojího

14. Projevuje se u Vás v současné době přehnanější emoční reagování?

- a) ano
pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____
b) ne

15. Jste více kritická ke svému okolí a k sobě?

- a) ano
pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____

- b) ne

16. Jste více rozladěná?

- a) ano
pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____

- b) ne

17. Objevuje se u Vás pocit nejistoty?

- a) ano
pokud chcete, uveďte konkrétní příklad _____

- b) ne

18. Jste v období těhotenství náchylnější ke stresu než jindy?

a) ano, uveďte, prosím, jak se se stresem vyrovnáváte (relaxace, procházka, TV,)

b) ne

19. Co Vás konkrétně nejvíce stresuje?

20. Objevily se u Vás nějaké nové psychické stavy, které jste před těhotenstvím neměla?

a) ano, uveďte, prosím, konkrétně jaké_____

b) ne

**21. Pokud chcete, můžete cokoli, co Vás k dané problematice napadá, dodat.
Za každou připomínku budu vděčná.**

Příloha č. 4: Tabulky reálných odpovědí za 1. trimestr získané vlastním šetřením

1. TRIMESTR

Otázka A. Věk

věk	počet žen
20	3
21	1
22	4
23	2
24	2
25	7
26	5
27	11
28	5
29	5
30	4
31	3
32	5
33	0
34	2
35	2
36	1
37	0
38	1
průměr	27,53968254

Otázka B. Bylo Vaše těhotenství plánované?

- a) ano
- b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	57	90,48 %
ne	6	9,52 %

Otázka C. Jste prvorodička?

- a) ano
- b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	42	66,66 %
ne	21	33,34 %

Otázka D. Je pro Vás díky předchozí zkušenosti těhotenství bezstarostnější?

- a) ano
- b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	4	19,04 %
ne	17	80,92 %

Otázka E. Jste:

- a) vdaná
- b) svobodná, ale žiji s partnerem
- c) svobodná matka

varianta	reálný počet odpovědí	%
vdaná	40	63,49 %
svobodná, ale žiji s přítelem	20	31,74 %
svobodná matka	3	4,76 %

Otázka F. Žijete:

- a) u rodičů
- b) v podnájmu
- c) ve vlastním domě/bytě

varianta	reálný počet odpovědí	%
u rodičů	14	22,22 %
v podnájmu	6	9,52 %
ve vlastním domě/bytě	43	68,25 %

Otázka G. Máte pravidelný příjem?

- a) ano
- b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	55	87,30 %
ne	8	12,69 %

Otázka H. Je pro Vás stresující skutečnost, že je nyní zrušené porodné?

- a) ano
- b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	23	36,5 %
ne	40	63,5 %

Otázka I. Kouříte?

- a) kouřila jsem, ale kvůli těhotenství jsem přestala
- b) ano, kouřím i v těhotenství
- c) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
kouřila jsem, ale přestala jsem	13	20,63 %
ano	1	1,58 %
ne	49	77,77 %

Otázka J. Užíváte nějaké léky?

- a) ano, musím
- b) s počátkem těhotenství jsem léky vysadila
- c) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	8	12,70 %
vysadila jsem	3	4,76 %
ne	52	82,54 %

Otázka K. Léčíte se s nějakým zdravotním problémem dlouhodobě?

- a) ano, uveďte, prosím, s čím
- b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	15	23,80 %
ne	48	76,19 %
onemocnění	reálný počet odpovědí	
štítná žláza	3	
astma	3	
migréna	2	
senná rýma	2	
skolióza páteře	2	
celiakie	2	
chronický zánět slinivky	1	

Otázka 1. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vašem zaměstnání?

- a) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **fyzicky** náročnější
- b) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **psychicky** náročnější
- c) ano, kombinace obojího (a + b)
- d) ne, vůbec

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano, psychicky	14	22,22 %
ano, fyzicky	7	11,11 %
kombinace obojího	16	25,40 %
ne	26	41,27 %

Otázka 2. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vaší domácnosti?

- a) ano, potřebuji větší **fyzickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- b) ano, potřebuji větší **psychickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- c) ano, kombinace obojího (a + b)
- d) ne, vůbec

varianta	reálný počet odpovědí	%
potřebuji fyzickou pomoc	12	19 %
potřebuji psychickou pomoc	3	4,76 %
kombinace obojího	14	22,22 %
ne	34	53,97 %

Otázka 3. Máte kvůli těhotenství nějaká omezení v oblasti koníčků a zájmů?

- a) ano, provozuji nyní jiné koníčky, mám nové zájmy. Uveďte, prosím, jaké...
- b) koníčky a zájmy provozuji tytéž, ale v menší míře
- c) ne, mám stále ty samé koníčky a zájmy, těhotenství mě v ničem neomezuje

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano, mám nové koníčky	15	23,80 %
ne, mám tytéž koníčky v menší míře	30	47,61 %
vše beze změn	18	28,57 %

nové koníčky	skutečný počet odpovědí
četba	7
procházky	5
pes	2
spánek	1
těhotenské cvičení	1

Otázka 4. Pociťujete v těhotenství častější změny nálad?

- a) ano
- b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	43	68,25 %
ne	20	31,74 %

Otázka 5. Vaše celkové naladění je spíše:

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) pocit lhostejnosti (apatie)
- d) střídání všech 3 variant

VARIANTA	reálný počet odpovědí	%
pozitivní	36	57,14 %
negativní	0	0
lhostejnost	1	1,58 %
střídání variant	26	41,23 %

Otázka 6. Váš psychický stav v současné době hodnotíte jako:

- a) stav spokojenosti
- b) stav nejistoty
- c) časté střídání obojího

varianta	reálný počet odpovědí	%
spokojenost	40	63,50 %
nejistota	6	9,50 %
střídání obojího	17	26,98 %

Otázka 7. Pozorujete na sobě v poslední době změny v psychice?

- a) ano
- b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	35	55,55 %
ne	28	44,44 %

Otázka 8. Myslíte si, že změny v psychice jsou vyvolané:

- a) především těhotenstvím
- b) veškerými změnami (jiný režim v zaměstnání, domácnosti, více péče o tělo a zdraví...)

varianta	reálný počet odpovědí	%
těhotenstvím	24	68,57 %
všemi změnami	11	31,42 %

Otázka 9. Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?

- a) ano, rodina o mě projevuje větší zájem
- b) ne, vše je při starém
- c) ne, rodina mě nepodporuje

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	47	74,60 %
beze změn	15	23,80 %
nemám podporu	1	1,58 %

Otázka 10. Přejete si více pozornosti od partnera?

- a) ne
- b) ano – (můžete zaškrtnout i více možností):
 - přejí si, aby se mě partner více dotýkal a hladil mě
 - přejí si, aby partner více komunikoval s nenarozeným miminkem (mluvil, zpíval...)
 - přejí si, aby partner více komunikoval se mnou
 - přejí si, aby mě partner doprovázel k lékaři – na ultrazvuk, vyšetření...
 - přejí si, aby se mnou partner trávil více času
 - přejí si, aby měl partner více pochopení

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	16	25,37 %
ne	47	74,60 %

varianta	reálný počet odpovědí	%
více hlazení a dotyků od partnera	11	17,46 %
více komunikace partnera s miminkem	14	22,22 %
více komunikace se mnou	9	14,28 %
doprovázení k lékaři na vyšetření	14	22,22 %
více společně stráveného času	10	15,87 %
více pochopení od partnera	5	7,93 %

Otázka 11. Komunikujete Vy sama s nenarozeným miminkem?

- a) ano, uveďte, prosím, jak
b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	44	69,84 %
ne	19	30,15 %

VARIANTA	reálný počet odpovědí
mluvím na miminko	22
zpívám miminku	10
hladím miminko přes břicho	9
vyprávím miminku	4
miminku popisuji, co se děje, co dělám	2
dítěti čtu	2
snažím se najít společný vnitřní hlas	1
miminku děkuji, že je	1

Otázka 12. Je reakce partnera na Vaši komunikaci s miminkem podle Vašich představ?

- a) ano
b) ne

VARIANTA	reálný počet odpovědí	%
ANO	54	85,71 %
NE	9	14,28 %

Otázka 13. Máte potřebu vyhledávat jiné těhotné ženy?

- a) ano, myslím, že si více rozumíme, máme společné radosti i trápení, více se chápeme
- b) ne, stačí mi stejná společnost jako před těhotenstvím
- c) kombinace obojího

možnost	skutečný počet odpovědí	%
ano	15	23,80 %
ne	25	39,68 %
kombinace obojího	23	36,50 %

Otázka 14. Projevuje se u Vás v současné době přehnanější emoční reagování?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	37	58,73 %
ne	26	41,26 %

emoční reagování	skutečný počet odpovědí
plačtivá	6
přecitlivělá	3
více vztahovačná	2
výbušnější	1
střídají se mi nálady	1
nervózní	1

Otázka 15. Jste více kritická ke svému okolí a k sobě?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	20	31,74 %
ne	43	68,25 %

Otázka 16. Jste více rozladěná?

a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad

b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	25	39,68 %
ne	38	60,31 %

rozladění	skutečný počet odpovědí
předchozí potrat	1
kvůli maličkostem	1
výsledky vyšetření	1
poradna pro těhotné	1
jakákoli výtky	1

Otázka 17. Objevuje se u Vás pocit nejistoty?

a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad

b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	36	57,14 %
ne	27	42,86 %

pocit nejistoty	skutečný počet odpovědí
finance	4
porod	1
škola	1
péče o dítě	2
výsledky vyšetření	4
strach z neznámého	3
můj zdravotní stav není vyhovující	1
jak budou reagovat rodiče	1
zaměstnání manžela	1

Otázka 18. Jste v období těhotenství náchylnější ke stresu než jindy?

a) ano, uveďte, prosím, jak se se stresem vyrovnáváte

b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	20	31,75 %
ne	43	68,25 %

vyrovnávání se se stresem	skutečný počet odpovědí
procházka	7
četba	4
popovídání s kamarádkou	6
TV	2
odpočinek	2
domácí práce	2
hudba	2
zahrada	2
pes	1
koupel	2

Otázka 19. Co Vás konkrétně nejvíce stresuje?

STRESOR	SKUTEČNÝ POČET ODPOVĚDÍ
nic mě nestresuje	19
výsledky vyšetření	10
jak budu vše zvládat	9
hádky s partnerem	5
radý ostatních	5
nezájem od partnera	4
starost o starší dítě	3
zaměstnání	3
finance	3
má hmotnost	2
dálkové studium	2
návrat do práce po mateřské	2
jak se mnou lidé jednají	2
negativní zprávy z okolí	1
možný pobyt v nemocnici	1
nepořádek doma	1
partnerův postoj ke sňatku	1
strach, že zůstanu na vše sama	1

Otázka 20. Objevily se u Vás nějaké nové psychické stavy, které jste před těhotenstvím neměla?

a) ano, uveďte, prosím, konkrétně jaké

b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	12	19,04 %
ne	51	80,95 %

nové psychické stavy	skutečný počet odpovědí
více brečím	2
mám velký strach	1
jsem vznětlivá	1
často jsem dojatá	1
střídají se mi nálady	1
nedůvěřuji si	1
obávám se zodpovědnosti	1
mám sklony k hysterii	1

Příloha č. 5: Tabulky reálných odpovědí za 2. trimestr získané vlastním šetřením

Otázka 1. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vašem zaměstnání?

- a) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **fyzicky** náročnější
- b) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **psychicky** náročnější
- c) ano, kombinace obojího (a + b)
- d) ne, vůbec

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano, psychicky	10	15,87 %
ano, fyzicky	4	6,34 %
kombinace obojího	23	36,50 %
ne	26	41,27 %

Otázka 2. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vaší domácnosti?

- a) ano, potřebuji větší **fyzickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- b) ano, potřebuji větší **psychickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- c) ano, kombinace obojího (a + b)
- d) ne, vůbec

varianta	reálný počet odpovědí	%
potřebuji fyzickou pomoc	26	41,26 %
potřebuji psychickou pomoc	1	1,58 %
kombinace obojího	22	34,92 %
ne	14	22,22 %

Otázka 3. Máte kvůli těhotenství nějaká omezení v oblasti koníčků a zájmů?

- a) ano, provozuji nyní jiné koníčky, mám nové zájmy. Uveďte, prosím, jaké...
- b) koníčky a zájmy provozuji tytéž, ale v menší míře
- c) ne, mám stále ty samé koníčky a zájmy, těhotenství mě v ničem neomezuje

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano, mám nové koníčky	18	28,57 %
ne, mám tytéž koníčky v menší míře	34	53,97 %
vše beze změn	11	17,46 %

nové koníčky	skutečný počet odpovědí
četba	5
procházky	5
plavání	4
gravidjóga	3
jiné druhy sport. aktivit	1
orientální tanec	1
TV	1
vaření	1
domácnost	1
pes	1

Otázka 4. Pociťujete v těhotenství častější změny nálad?

- a) ano
- b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	31	49,21 %
ne	32	50,79 %

Otázka 5. Vaše celkové naladění je spíše:

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) pocit lhostejnosti (apatie)
- d) střídání všech 3 variant

VARIANTA	reálný počet odpovědí	%
pozitivní	45	71,43 %
negativní	0	0
lhostejnost	1	1,59 %
střídání variant	17	26,98 %

Otázka 6. Váš psychický stav v současné době hodnotíte jako:

- a) stav spokojenosti
- b) stav nejistoty
- c) časté střídání obojího

varianta	reálný počet odpovědí	%
spokojenost	46	73,02 %
nejistota	4	6,35 %
střídání obojího	13	20,63 %

Otázka 7. Pozorujete na sobě v poslední době změny v psychice?

- a) ano
- b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	26	41,26 %
ne	37	58,73 %

Otázka 8. Myslíte si, že změny v psychice jsou vyvolané:

- a) především těhotenstvím
- b) veškerými změnami (jiný režim v zaměstnání, domácnosti, více péče o tělo a zdraví...)

varianta	reálný počet odpovědí	%
těhotenstvím	14	53,85 %
všemi změnami	12	46,15 %

Otázka 9. Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?

- a) ano, rodina o mě projevuje větší zájem
- b) ne, vše je při starém
- c) ne, rodina mě nepodporuje

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	54	85,71 %
beze změn	9	14,29 %
nemám podporu	0	0

Otázka 10. Přejete si více pozornosti od partnera?

a) ne

b) ano – (můžete zaškrtnout i více možností):

- přeji si, aby se mě partner více dotýkal a hladil mě
- přeji si, aby partner více komunikoval s nenarozeným miminkem (mluvil, zpíval...)
- přeji si, aby partner více komunikoval se mnou
- přeji si, aby mě partner doprovázel k lékaři – na ultrazvuk, vyšetření...
- přeji si, aby se mnou partner trávil více času
- přeji si, aby měl partner více pochopení

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	48	76,19 %
ne	15	23,81 %

varianta	reálný počet odpovědí	%
více hlazení a dotyků od partnera	15	21,74 %
více komunikace partnera s miminkem	12	17,39 %
více komunikace se mnou	11	15,94 %
doprovázení k lékaři na vyšetření	10	14,50 %
více společně stráveného času	12	17,39 %
více pochopení od partnera	9	13,04 %

Otázka 11. Komunikujete Vy sama s nenarozeným miminkem?

a) ano, uveďte, prosím, jak

b) ne

VARIANTA	reálný počet odpovědí	%
ANO	57	90,47 %
NE	6	9,52 %

VARIANTA	reálný počet odpovědí
mluvím na miminko	22
zpívám miminku	10
hladím miminko přes břicho	9
vyprávím miminku	4
miminku popisuji, co se děje, co dělám	2
dítěti čtu	1

Otázka 12. Je reakce partnera na Vaši komunikaci s miminkem podle Vašich představ?

- a) ano
- b) ne

VARIANTA	reálný počet odpovědí	%
ANO	49	85,95 %
NE	8	14,04 %

Otázka 13. Máte potřebu vyhledávat jiné těhotné ženy?

- a) ano, myslím, že si více rozumíme, máme společné radosti i trápení, více se chápeme
- b) ne, stačí mi stejná společnost jako před těhotenstvím
- c) kombinace obojího

možnost	skutečný počet odpovědí	%
ano	17	26,92 %
ne	26	41,27 %
kombinace obojího	20	31,75 %

Otázka 14. Projevuje se u Vás v současné době přehnanější emoční reagování?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	37	58,73 %
ne	26	41,27 %

emoční reagování	skutečný počet odpovědí
plačtivá	3
často dojatá	2
trápí mě, že zatěžuji druhé	1

Otázka 15. Jste více kritická ke svému okolí a k sobě?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	15	23,81 %
ne	48	76,19 %

Otázka 16. Jste více rozladěná?

a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad

b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	15	23,81 %
ne	48	76,19 %

Otázka 17. Objevuje se u Vás pocit nejistoty?

a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad

b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	28	44,44 %
ne	35	55,55 %

pocit nejistoty	skutečný počet odpovědí
porod	3
péče o dvě děti	2
čekání na výsledky plodové vody	1
finance	2
strach o zdraví dítěte	2
zda zvládnou péči	2
rizikové těhotenství - mám myom	1
rizikové těhotenství - předčasné otevírání	1

Otázka 18. Jste v období těhotenství náchylnější ke stresu než jindy?

a) ano, uveďte, prosím, jak se se stresem vyrovnáváte

b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	20	31,74 %
ne	43	68,25 %

vyrovnávání se se stresem	skutečný počet odpovědí
procházka	4
četba	4
relaxace	2
TV	3
odpočinek	2
domácí práce	2
hudba	2
zahrada	2
pes	4
koupel	2
PC	2
hlazení břicha	1
spánek	1
pobývání s partnerem	1
nakupování vybavy	1
posezení s kamarádkou	2

Otázka 19. Co Vás konkrétně nejvíce stresuje?

STRESOR	SKUTEČNÝ POČET ODPOVĚDÍ
nic mě nestresuje	26
finance	12
zdraví dítěte	5
hádky	3
čas	3
osamělost	3
práce	2
nevolnosti	2
nevychovanost okolí	2
zkoušky na VŠ	2
moje žárlivost	1
zda bude přítel pomáhat	1
nemožnost sportu	1
radý příbuzných	1
nestihnu vše připravit	1
rizikové těhotenství	1
předčasný porod	1

Otázka 20. Objevily se u Vás nějaké nové psychické stavy, které jste před těhotenstvím neměla?

a) ano, uveďte, prosím, konkrétně jaké

b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	11	17,46 %
ne	52	82,53 %

nové psychické stavy	skutečný počet odpovědí
často pláču	3
moc se raduji	2
střídají se mi nálady	1
mám strach o zdraví dítěte	1

Příloha č. 6: Tabulky reálných odpovědí za 3. trimestr získané vlastním šetřením

Otázka 1. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vašem zaměstnání?

- a) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **fyzicky** náročnější
- b) ano, moje práce je pro mě v těhotenství **psychicky** náročnější
- c) ano, kombinace obojího (a + b)
- d) ne, vůbec

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano, psychicky	15	23,81 %
ano, fyzicky	3	4,76 %
kombinace obojího	26	41,27 %
ne	19	30,16 %

Otázka 2. Cítíte kvůli těhotenství nějaká omezení ve Vaší domácnosti?

- a) ano, potřebuji větší **fyzickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- b) ano, potřebuji větší **psychickou** pomoc partnera/někoho dalšího
- c) ano, kombinace obojího (a + b)
- d) ne, vůbec

varianta	reálný počet odpovědí	%
potřebuji fyzickou pomoc	32	50,79 %
potřebuji psychickou pomoc	1	1,58 %
kombinace obojího	22	34,92 %
ne	8	12,67 %

Otázka 3. Máte kvůli těhotenství nějaká omezení v oblasti koníčků a zájmů?

- a) ano, provozuji nyní jiné koníčky, mám nové zájmy. Uveďte, prosím, jaké...
- b) koníčky a zájmy provozuji tytéž, ale v menší míře
- c) ne, mám stále ty samé koníčky a zájmy, těhotenství mě v ničem neomezuje

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano, mám nové koníčky	25	39,68 %
ne, mám tytéž koníčky v menší míře	32	50,79 %
vše beze změn	6	9,52 %

nové koníčky	skutečný počet odpovědí
cvičení pro těhotné	3
gravidjóga	2
četba	2
procházky	3
křížovky	2
vaření	2
studium literatury o těhotenství	2
žádné	2

Otázka 4. Pociťujete v těhotenství častější změny nálad?

- a) ano
- b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	35	55,55 %
ne	28	44,44 %

Otázka 5. Vaše celkové naladění je spíše:

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) pocit lhostejnosti (apatie)
- d) střídání všech 3 variant

VARIANTA	reálný počet odpovědí	%
pozitivní	45	71,43 %
negativní	1	1,59 %
lhostejnost	0	0
střídání variant	17	26,98 %

Otázka 6. Váš psychický stav v současné době hodnotíte jako:

- a) stav spokojenosti
- b) stav nejistoty
- c) časté střídání obojího

varianta	reálný počet odpovědí	%
spokojenost	40	63,51 %
nejistota	4	6,35 %
střídání obojího	19	30,15 %

Otázka 7. Pozorujete na sobě v poslední době změny v psychice?

- a) ano
- b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	26	41,26 %
ne	37	58,70 %

Otázka 8. Myslíte si, že změny v psychice jsou vyvolané:

- a) především těhotenstvím
- b) veškerými změnami (jiný režim v zaměstnání, domácnosti, více péče o tělo a zdraví...)

varianta	reálný počet odpovědí	%
těhotenstvím	15	57,69 %
všemi změnami	11	42,31 %

Otázka 9. Cítíte nyní větší podporu v rodinném kruhu?

- a) ano, rodina o mě projevuje větší zájem
- b) ne, vše je při starém
- c) ne, rodina mě nepodporuje

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	55	87,30 %
beze změn	8	12,69 %
nemám podporu	0	0

Otázka 10. Přejete si více pozornosti od partnera?

a) ne

b) ano – (můžete zaškrtnout i více možností):

- přejí si, aby se mě partner více dotýkal a hladil mě
- přejí si, aby partner více komunikoval s nenarozeným miminkem (mluvil, zpíval...)
- přejí si, aby partner více komunikoval se mnou
- přejí si, aby mě partner doprovázel k lékaři – na ultrazvuk, vyšetření...
- přejí si, aby se mnou partner trávil více času
- přejí si, aby měl partner více pochopení

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	45	71,43 %
ne	18	28,57 %

varianta	reálný počet odpovědí	%
více hlazení a dotyků od partnera	11	15,94 %
více komunikace partnera s miminkem	12	17,39 %
více komunikace se mnou	12	17,39 %
doprovázení k lékaři na vyšetření	11	15,94 %
více společně stráveného času	16	23,19 %
více pochopení od partnera	7	10,14 %

Otázka 11. Komunikujete Vy sama s nenarozeným miminkem?

a) ano, uveďte, prosím, jak

b) ne

VARIANTA	reálný počet odpovědí	%
ANO	55	87,30 %
NE	8	12,69 %

VARIANTA	reálný počet odpovědí
mluvím na miminko	27
zpívám miminku	11
hladím miminko přes břicho	11
vyprávím miminku	4
miminku popisuji, co se děje, co dělám	3
dítěti čtu	5
miminku pouštím hudbu	4
vyznávám mu lásku	2
říkám, aby vydrželo v bříšku dostatečně dlouho	1

Otázka 12. Je reakce partnera na Vaši komunikaci s miminkem podle Vašich představ?

- a) ano
- b) ne

varianta	reálný počet odpovědí	%
ano	49	89,09 %
ne	6	10,91 %

Otázka 13. Máte potřebu vyhledávat jiné těhotné ženy?

- a) ano, myslím, že si více rozumíme, máme společné radosti i trápení, více se chápeme
- b) ne, stačí mi stejná společnost jako před těhotenstvím
- c) kombinace obojího

možnost	skutečný počet odpovědí	%
ano	17	26,98 %
ne	21	33,33 %
kombinace obojího	25	39,68 %

Otázka 14. Projevuje se u Vás v současné době přehnanější emoční reagování?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	31	49,20 %
ne	32	50,79 %

Otázka 15. Jste více kritická ke svému okolí a k sobě?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
- b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	23	36,50 %
ne	40	63,50 %

příklad kritického chování	počet odpovědí
cítím se obézní	3
vadí mi nepořádek	3

manželova lhostejnost ohledně příprav	2
vadí mi kouření cizích lidí	2
lidé jsou lhostejní	1
lidé jsou bezohlední	1

Otázka 16. Jste více rozladěná?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	15	23,81 %
ne	48	76,20 %

důvod rozladění	počet odpovědí
celkové nepohodlí	8
poslůvci	6
bolesti	5
obavy z porodu	5

Otázka 17. Objevuje se u Vás pocit nejistoty?

- a) ano, pokud chcete, uveďte konkrétní příklad
b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	35	55,55 %
ne	28	44,44 %

pocit nejistoty	počet odpovědí
zda zvládnou porod	5
bolesti	6
komplikace	5
péče o 2 děti	4
strach o zdraví dítěte	2
jak zvládnou péči o novorozence	1

Otázka 18. Jste v období těhotenství náchylnější ke stresu než jindy?

a) ano, uveďte, prosím, jak se se stresem vyrovnáváte

b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	25	39,68 %
ne	38	60,31 %

vyrovnávání se se stresem	skutečný počet odpovědí
relaxace	7
spánek	3
pes	3
PC	1
domácnost	6
popovídání s kamarádkou	5
TV	3
četba	5
dobré jídlo	2
poslech hudby	3
procházka	3

Otázka 19. Co Vás konkrétně nejvíce stresuje?

STRESOR	SKUTEČNÝ POČET ODPOVĚDÍ
porod	18
nic	16
nedostatečná výbava	10
zdraví dítěte	8
zvládnutí domácnosti po porodu	5
předčasný porod	4
radý ostatních	3
nepříznivý zdravotní stav	3
mé vlastní negativní představy	3
hádky	2
nedostatečná láska	2
zda dítě donosím	2
pobyt v nemocnici	2
péče o 2 děti	2
finance	2
příprava svatby	1

Otázka 20. Objevily se u Vás nějaké nové psychické stavy, které jste před těhotenstvím neměla?

a) ano, uveďte, prosím, konkrétně jaké

b) ne

varianta	skutečný počet odpovědí	%
ano	17	26,98 %
ne	46	73,02 %

nové psychické stavy	skutečný počet odpovědí
obava a zároveň těšení na dítě	6
nejistota ve všech směrech	5
strach	6
stres	4