

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

PSYCHOLOGIE PORODU
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kristýna Vušková

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, 2017

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

V Plzni, 2017

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Na prvním místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Kateřině Šámalové, za její odborné rady, příjemnou spolupráci a vstřícný přístup, který mi věnovala po celou dobu psaní a zpracovávání práce. Druhé vyjádření díky patří ženám, které ochotně odpovídaly na všechny mé otázky a sdílely tak se mnou jedny z nejhezčích chvil jejich života.

1 OBSAH

ÚVOD	3
2 HISTORIE PORODU.....	4
3 ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY PORODU	6
3.1 POROD BEZ NÁSILÍ FREDERICKA LEBOYERA.....	6
3.2 POROD DOMA	7
3.3 POROD DO VODY.....	7
3.4 AMBULANTNÍ POROD.....	8
4 PORODNÍ DOBY	9
4.1 PRVNÍ DOBA PORODNÍ.....	9
4.2 DRUHÁ DOBA PORODNÍ	10
4.3 TŘETÍ DOBA PORODNÍ.....	11
5 PSYCHOLOGIE OSOBNOSTI V TĚHOTENSTVÍ.....	13
5.1 PSYCHOLOGIE ŽENY PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ.....	13
5.2 PSYCHOLOGIE ŽENY NEPLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ.....	14
5.3 PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE.....	15
5.4 PRENATÁLNÍ KOMUNIKACE	16
6 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ.....	18
6.1 BENIGNÍ TĚHOTENSKÁ ENCEFALOPATIE.....	18
6.2 PRVNÍ TRIMESTR.....	18
6.3 DRUHÝ TRIMESTR	19
6.4 TŘETÍ TRIMESTR.....	20
7 VĚK ŽENY JAKO FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ TĚHOTENSTVÍ.....	22
7.1 ŽENY KOLEM 20. ROKU ŽIVOTA.....	22
7.2 ŽENY PŘES 30. LET A VÍCE.....	23
8 PSYCHOLOGIE PORODU.....	24
8.1 PORODNÍ EMOČNÍ KRIZE A CHOVÁNÍ ŽENY PŘI PORODU	25
9 PODPORA ŽENY U PORODU.....	28
9.1 PARTNER U PORODU	28
9.2 JINÁ OSOBA U PORODU	30
10 PORODNÍ BOLEST.....	31

10.1 BOLEST PŘI PORODU.....	31
10.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY BOLESTI PŘI PORODU.....	32
11 PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ ŽENY PO PORODU A V OBDOBÍ ŠESTINEDEŘLÍ.....	34
11.1 „POPORODNÍ BLUES“.....	34
11.2 POPORODNÍ DEPRESE.....	35
12 PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
12.1 POPIS VÝKUMNÉHO VZORKU.....	37
12.2 POPIS POUŽITÝCH METOD.....	37
12.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE.....	38
12.3.1 kazuistika č. 1.....	38
12.3.2 kazuistika č. 2.....	41
12.3.3 Kazuistika č. 3.....	44
12.3.4 kazuistika č. 4.....	47
12.4 SHRNUÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	49
ZÁVĚR.....	51
RESUMÉ.....	53
SUMMARY.....	54
SEZNAM LITERATURY.....	55
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	57

Úvod

Jsme matkami od narození, ať již pro první panenku v kočárku, mladšího sourozence a později pro naše vlastní dítě. Tento pud výchovy a péče o druhého člověka, mají ženy vrozený. V určitém věku, začnou ženy pomýšlet na potomky a mají potřebu zplodit dítě. Psychika ženy se v okamžiku otěhotnění začne měnit. Nejen postava, ale přístup k životu, přístup k ní samotné. A jelikož se v mém okolí začalo objevovat více a více těhotných žen, začalo mě toto téma velice zajímat, i jakožto potencionální matku. Je to užitečné a pro mne velmi dobře využitelné téma do budoucnosti. Díky tomuto tématu mám možnost dozvědět se, jak se mění hodnoty těhotných žen, jak se mění jejich psychika, co očekávají od porodu a jak ho prožívají.

Zdaleka nemohu porovnávat, jak probíhalo těhotenství a porod žen v minulosti a nyní. Dříve se porod prováděl v podmínkách, které si nyní už ani nedovedeme představit. Většinou doma, za pomoci jedné porodní asistentky, která ani nebyla vystudovaná, pouze měla své zkušenosti s porody dětí. V dnešní době si mohou ženy vybrat, zda chtějí být pod dohledem lékařského personálu, nebo zavřené v klidné místnosti s minimem světla za poslechu jimi vybrané hudby. Možností je spousta, každá žena si porod představuje jinak a jinak ho prožívá. Osobně si myslím, že má smysl se tomuto tématu věnovat, jelikož je zajímavé a obsáhlé. Mohu zde porovnat teoretickou část s praktickou a sama si udělat názor na myšlení a pocity těhotných žen. Myslím, že největším „strašákem“ těhotenství je porod a všechny nepříjemnosti s ním spojené. Ženy mají strach z bolesti, je to pro ně stresující záležitost, kterou si nosí v hlavě po celé těhotenství a následně jim to při porodu může být spíše na škodu. Dle mého názoru velice záleží na psychické vyrovnanosti ženy, od toho se pak dále vyvíjí průběh porodu a následné šestinedělí a přijímání dítěte.

Bakalářskou práci proto zaměřuji na psychiku ženy během těhotenství, v jednotlivých trimestrech, jakými faktory se nechávají ženy ovlivňovat a jak na ně působí bolest při porodu. Cílem mé práce je teoreticky a následně i prakticky zmapovat smýšlení žen během těhotenství, od začátku až do konce. Jak se cítí, čím se nechávají ovlivnit, co pro ně znamená porod, jak ho prožívají a také co se děje s jejich tělem než dojde k narození dítěte.

2 HISTORIE PORODU

V minulosti žila většina lidí mimo kulturní centra, v podmínkách, které bychom v dnešní době považovali za kritické. Porod byl pro lidi v minulosti spjat se spoustou rituálů a s ukazateli na posvátná místa, které by je ochránily před nepříznivými vlivy. Samozřejmě lékařství a porodnictví nebylo v žádném případě natolik vyvinuté jako v dnešní době, tak mužům a ženám nezbývalo nic jiného, než věřit ve vyšší moc a modlit se. V zemích jako je Řecko, Řím a Egypt ve starověku nebylo zvykem, že se porodů účastnili muži. Byli povoláni pouze ve chvíli, kdy začalo jít o život, a to nejspíše z důvodu znalostí anatomie zvířat. Svou roli hrála u porodu i katolická církev, která považovala dle bible ženské pohlavní orgány za orgány zla a "sídla hříchu". Ženy celkově byly v této době považovány za podřízené mužům, a to nejen ve vrstvách nižších. A i přesto, že byly odbornice ve svém oboru, tak nesměly psát informační a poučující spisy. Své zkušenosti předávaly pouze ústně a s praktickými ukázkami. V 17. století se o ženy během porodu staraly stále jen ženy a to i přesto, že mohly být nařčeny z čarodějnictví. Účastnily se porodů jako asistentky, byly u narození dětí. Církev byla nejdříve vůči těmto porodním asistentkám shovívavá, ale nakonec je církev stejně považovala za čarodějnice. Až v 18. století se začaly otevírat školy pro porodní asistentky. Byly zde ovšem podmínky, které se musely plnit. Porodní asistentku, tehdy porodní bábu mohla dělat žena starší, silná, nejlépe vdova s cennými zkušenostmi, která je kladně brána společností a úřady. Civilními a samozřejmě církevními. Většinou byly tyto ženy mnohem zkušenější než specialisté v té době. Byl tu rozdíl mezi porodní asistentkou ve městech a na venkově. Venkovské porodní "báby" měly většinou velmi malý přehled. V pozdější době se prosadili i porodníci, kteří většinou začínali na panských dvorech a mezi šlechtou. Porodnictví se poté stalo velmi vyhledávaným zaměřením, jelikož zde byla možnost, že po narození jednoho potomka, se může dostat lékař k dalším členům rodiny. S koncem 19. století přišlo i tvrzení, že je lepší, když žena rodí v nemocnici. Lékaři tvrdili, že porod v nemocnici sníží zasahování lékařů v domácnostech, bude možnost vynechat od porodu příbuzné a sousedy. Ve střední Evropě se porodnost v nemocnicích zvýšila ve třicátých letech dvacátého století a v 70. letech probíhaly porody již skoro jen v nemocnicích. (Sarti, Sparnacci, 2007) Samozřejmě i v minulosti měly ženy zájem o přípravu k porodu, a vznikaly tak první knihy o přípravách. Obsahovaly většinou obecné informace o těhotenství a porodu a psali je většinou gynekologové. Jednou z nich je například Papírová matka od G. Sbisai. „Tyto knihy

obvykle nepřipouštějí pochybnosti. Jsou plné příkazů, pokynů, zákazů a povolení týkajících se snad všech oblastí života těhotné ženy.“ (Sarti, Sparnacci, 2007, str. 64)

„Jedním z prvních nápadů alternativního porodu by se dala považovat kniha Frédérica Leboyera. Kniha s názvem *Porod bez násilí* přišla s jinou možností příchodu dítěte na svět a to jinde než v porodnici. Autor byl zaměřen především na novorozence a předpokládal, že dítě, které se narodí mimo porodnici, kde na něj nepůsobí podněty jako je například ostré světlo, zvuky, zásahy pediatra, tak novorozenec bude sice unavený z porodu, ale klidnější. V souvislosti s těmito texty se začali lékaři zabývat i ostatními faktory, jako odnesení dítěte od matky hned po porodu, přítomností otce na porodním sále. Zavedení těchto způsobů mělo dopad na vztah mezi novorozencem a matkou a třeba dítěte s otcem. „ (Sarti, Sparnacci, 2007. str. 61) V 70. letech 20. století začaly ženy vyžadovat jiné porodní alternativy, které již zkoušely samotné. Ve stejné době vycházely různé knihy, které vystihovaly jak toto období, tak přicházející změny. Alternativní techniky porodu začaly být velmi populární a ženy často volily porod doma. Díky tomu začaly být nemocnice a lékařská zařízení otevřenější k novým přístupům v porodnictví. V 80. a 90. letech 20. století výrazně vzrostla nabídka porodu na jiných místech než v nemocnici a zvýšil se počet porodů doma. Stále ovšem velká většina žen rodila v nemocnicích, ale z důvodu bezpečnosti jak pro dítě, tak matku. (Sarti, Sparnacci, 2007)

3 ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY PORODU

V dnešní době si každá žena může zvolit druh porodu, jaký ona bude chtít. Ne všechny souhlasí s klasickým porodem v nemocničním zařízení, s lékařem a porodní sestrou. Pro některé ženy může být tento typ porodu stresující, a tak se raději připraví na porod doma. Další možností může být porod do vody, kdy se dítě po narození ocitá v podobném prostředí, jako bylo celých 9 měsíců, a tak pro něj nemusí být porod takovým šokem. Je to na ženě, jaký druh si zvolí, pokud je ona i dítě v pořádku. V dnešní době existuje spousta metod, kterými se dá přivést dítě na svět a je pouze na matce, které si zvolí. Pokud se ovšem u matky objevují během těhotenství komplikace, je lepší dát na rady lékařů a být pod dohledem v porodnici. Jak pro zdraví matky, tak pro zdraví dítěte.

3.1 POROD BEZ NÁSILÍ FREDERICKA LEBOYERA

O tomto porodníkovi jsem se zmiňovala již v části historie porodu a nyní se k němu vrátím. Kritizoval průběh porodu a tvrdil, že je velmi stresově náročný pro matku a novorozence a snažil se proto změnit podmínky v nemocničním prostředí. "Novorozenec je podle Leboyera stresován zejména držení za dolní končetiny a polohou hlavou dolů, změnou prostředí, přerušením pupečníku, světlem, chladem i dalšími vnucenými polohami. Údajně proto pláče a má vystrašený výraz." (Říčan, 2008, str. 466) Francouzský porodník proto navrhl a zavedl na své klinice postup, který bude snižovat tyto stresující vlivy na matku a její dítě. Postup se skládá ze dvou hlavních částí, a to porodnické a pediatrické. V první porodnické části se má s rodičkou nakládat velmi opatrným způsobem, potichu a klidně s ní hovořit, po narození dítěte nejlépe nemluvit vůbec, a když, tak velmi tlumeně. Porodník musí být trpělivý a sleduje ozvy dítěte. Po porodu se nesáhá na hlavičku, stačí vzít za ramínka a položit novorozence na břicho matky do polohy v klubíčku. Nechá se dotepat pupečník až do konce, což může nějakou dobu trvat a zároveň se kontroluje pulsace. V druhé pediatrické části se pozoruje dýchání, po dotepání pupečníku se dítě oddělí a ukládá do vaničky s teplou vodou, vše se děje v místnosti, kde je absolutní klid, teplo a šero. Novorozenec se neměří, pouze se opatrně zváží a poté se přiloží k matce. Nejlépe na levé prso, aby slyšelo tlukot srdce matky. Matka se odveze ze sálu a překládá se na pokoj šestinedělí, kam s ní putuje i miminko. (Pařízek, 2008)

3.2 POROD DOMA

Co se historie týče, tak porod v domácnosti býval velmi běžnou záležitostí. Nyní už tomu tak není. Porody doma mají spoustu nevýhod, se kterými se musí počítat. Během porodu dítěte musíme počítat s komplikacemi, které se mohou objevit a nelze je předpokládat dopředu. Bohužel se tyto komplikace nedají vyloučit, i když těhotenství probíhalo zcela v pořádku a klidu. Mohou nastat situace jako přidušení dítěte pupeční šňůrou a v těchto případech je použití císařského řezu nebo klešťového porodu nutná. Samozřejmě tyto zákroky není možné provádět doma a přivolaná pomoc by mohla být v tuto chvíli už pro dítě pozdě. Porod je pro vývoj dítěte významnou záležitostí. Přidušení při porodu může mít pro dítě následky do budoucnosti. Matka během porodu není ohrožena tolik, ale je tu možnost krvácení při porodu placenty. Pokud nastane masivní krvácení, rozhodují o záchraně ženy často vteřiny. V každé porodnici jsou na tento zákrok připraveny týmy porodníků, chirurgů a sester. Doma by mohlo být pro ženu pozdě. (Pařízek, 2008) Porody doma vyhledávají ženy, které mají strach z porodnic a nemocničních prostorů, velkého množství techniky a podobně. Mohou ho považovat i za bezpečnější, vzhledem k možnosti infekce v nemocnici, a pokud má již starší sourozence, tak ti mohou nové dítě doma přijmout snadněji. Pokud se žena opravdu rozhodne pro porod v domácím prostředí, je potřeba řádně se na to připravit a to ku příkladu vhodně osvětlenou a teplou místností, přístupným lůžkem a omyvatelnou podlahou. (Fenwicková, 1998)

3.3 POROD DO VODY

Tento druh porodu je často považován za přirozený z hlediska dítěte, protože ono samo se nacházelo 9. měsíců v plodové vodě, a tak pro něj může být porod méně traumatizující a více příjemnější. Pro rodičku má voda relaxační účinky, snižuje psychické napětí. Je důležité nastavení teploty vody, protože pokud je voda příliš teplá, tak je to pro rodící ženu únavné a zvyšuje se tepová frekvence dítěte. A pokud je naopak voda více chladná, tak dítě se může reflexně rychle nadechnout a vdechnout vodu. (Fenwicková, 1998)

Tento druh porodu se může odehrávat pouze v lékařských zařízeních, které tento služby poskytuje. Rodička musí být zcela zdravá, průběh těhotenství musí být také bez komplikací a nesmí mít infekční chorobu. U porodu musí být pak zúčastněný porodník, porodní asistentka, pediatr a neonatologická sestra. Celý tento tým musí mít zkušenosti s porodem

do vody. Dítě je kontrolováno sondami. Rodička pak zaujme nejvhodnější polohu, aby se k ní dostal porodník. Třetí doba porodní, tedy porod placenty, probíhá již mimo vodní lázeň. (Pařízek, 2008)

3.4 AMBULANTNÍ POROD

Ambulantní porod můžeme považovat jako lepší alternativu domácího porodu, avšak s tím rozdílem, že žena porodí v porodnici, ale je propuštěna po 12 hodinách po porodu a zbytek péče, je přesunut do domácího prostředí. Poporodní péče probíhá tím způsobem, že zdravotník dochází k rodině každý den, až do pátého poporodního dne. Je to stejně dlouhá doba, jako kdyby byla žena propuštěna z nemocnice. V tomto případě jsou zvýšené nároky na matku a kontrolu jejího dítěte. Pokud má žena jakékoliv pochybnosti o svém zdravotním stavu, či zdravotním stavu dítěte, musí to dát okamžitě vědět lékaři, který je telefonicky dostupný neustále. Pokud se rodička rozhodne pro ambulantní porod, musí zvážit celou nastávající situaci. Zdravotnický dohled není tak nepřetržitý, jako kdyby zůstávala žena v porodnici. Musí pomáhat lékaři s věcmi, které by normálně dělala v nemocnici zdravotní sestra. Například odběr krve, očkování dítěte a podobně. Též je zde i větší fyzická zátěž, jelikož má žena snahu starat se o domácnost, a tak se doporučuje, aby jí někdo s chodem domácnosti pomáhal, protože je důležité, aby se v těchto prvních dnech věnovala sobě a dítěti. Samozřejmě i tento způsob porodu má okolnosti, které se musí dodržet, pokud chce žena родit tímto způsobem. Žena musí родit zcela přirozeným způsobem a její zdravotní stav i stav miminka, by měl být naprosto v pořádku. Dále pak například nesmí nikdo z rodiny trpět otevřenou formou tuberkulózy, z důvodu přenesení na dítě, které bude očkováno, až v následujících dnech po porodu. (Pařízek, 2008) Ambulantní porod je vcelku příjemnou alternativou pro ženy, které nechtějí strávit 5 dní v nemocnici například z důvodu strachu z nemocnic, neznámých prostor. Dítě se narodí pod dohledem lékaře, a tak žena nemusí mít strach, že by se mohlo něco přihodit. Vrací se do domácího prostředí, kde může lépe probíhat zotavování po porodu, a má jistotu lékařského personálu neustále po telefonu.

4 PORODNÍ DOBY

Porodní doby začínají kontrakcemi. V takovou chvíli si žena uvědomí, že přichází porod, nejobávanější situace, na kterou se připravuje od počátku těhotenství. Přivést na svět dítě je otázkou několika hodin i minut. „Přechod předporodního období v porod je někdy plynulý, jindy náhlý. Někdy prvně odteče plodová voda a kontrakce bezprostředně následují, což není pravidlem. Interval mezi odtokem plodové vody a nástupem pravidelných děložních stahů může být 24 hodin i déle.“ (Macků, Macků, 1998, str. 235) Je to složitá situace jak po fyzické, tak po psychické stránce. Změna hormonů, opakující se a stálá bolest, změna životních hodnot. Pro každou ženu je tato situace rozdílná. Pro jednu může být nesnesitelná, druhá snáší porod obstojně. Záleží na různých faktorech, v jakém je žena psychickém stavu, jaké má sociální zázemí, životní zkušenosti.

4.1 PRVNÍ DOBA PORODNÍ

Začátek porodu je označován jako první doba porodní. Začnou pravidelné kontrakce, tedy děložní stahy a zaniká děložní hrdlo, tím naopak vzniká děložní branka, která se později otevírá na cca. 11-12 cm. Žena nemusí úplně poznat, že nastává porod, jelikož děložní stahy se objevují v 9. měsíci těhotenství častěji a mohou ji provázet až do porodu. Proto je nutné vyšetření, kde lékař zjistí, o jaké kontrakce se jedná. Další známkou přicházejícího porodu je protržení vaku kolem dítěte nebo-li se říká, že ženě "praskla voda". Plodová voda, které neodteče velká část, se také musí kontrolovat. Pokud je voda zakalená, či jinak zbarvená, může to znamenat ohrožení zdraví plodu a je třeba zvýšit sledovanost a opatrnost a dítě kontrolovat.

Dětem se v první době porodní kontroluje srdeční frekvence a to buď stetoskopem, nebo elektronickou metodou. Dále se pak měří teplota, tep a tlak. Všechny tyto údaje mohou předpovídat průběh porodu. Měření teploty je důležité, z hlediska dítěte ukazuje, zda je vše v pořádku a pokud ne, tak se teplota zvyšuje. Může to být příznakem pro infekci. Měření tlaku je zase důležité pro rodičku. Zjistí se díky tomu, jaký je její stav, jestli se má porod zrychlit nebo zvýšit sledování průběhu. Žena by v této porodní době neměla ani jíst a pít, minimálně to většina porodníku doporučuje, jelikož není nikde řečeno, že porod proběhne v pořádku a porodník nebude nucen pacientku odrodit císařským řezem. V tuto chvíli by pro ni mohl být plný žaludek problémem. A co se žen týče, tak stejně během porodu

nemají na jídlo pomyslení a pokud je potřeba přísun energie, řeší se problém nitroděložním podáním. Stejně tak to funguje i při přísunu tekutin. Dítě se snaží zůstat v děloze a je tlačeno ven pouze děložními stahy. Z důvodu postavení ženské pánve musí dítě provádět rotační pohyb a je posunováno dělohou během kontrakcí. (Pařízek, 2008)

Porod můžeme ohodnotit jako náročnou životní situaci. Chování ženy v tento okamžik se dá dělit na dvě části. Adaptivní chování, kdy žena spolupracuje, dělá to, co je jí řečeno a vše vede ke správnému cíli. A neadaptivní chování, které celou situaci komplikuje, žena se může začít chovat takto, aniž by sama chtěla, aniž by o tom věděla. Důvodem může být, že celá situace začíná být nad jejími silami a ona se tímto způsobem brání. Tyto vnitřní obranné strategie slouží k ochraně osobnosti v náročných situacích. Patří k nim například negativismus, kdy žena odmítá spolupracovat s personálem, dělá opak toho, co je jí řečeno. Útěk, kdy se těhotná žena vymlouvá, že nemůže v nemocnici zůstat. (Ratislavová, 2008)

Tyto faktory záleží také na tom, jak dlouho porodní doba trvá. Pokud žena leží v porodnici a první doba porodní trvá již několik hodin, mohou se dostavit tyto stavy a obranné strategie. Jak bylo již zmíněno, některým ženám odtéká plodová voda a začínají kontrakce, které vedou k druhé době porodní, která je označována též za vypuzovací.

4.2 DRUHÁ DOBA PORODNÍ

Tato druhá část porodu je čas mezi otevřením porodní cesty a narozením. Vlivů na trvání je mnoho. Záleží na tom, zda je maminka prvorodička, jak umí dýchat během porodu, prostornost porodních cest. Také je důležité jak se miminko během první porodní doby otočilo, zda je otočené správně, aby hlavička v pořádku prošla porodním kanálem. Pokud se tato doba prodlužuje, porodník ji pomáhá urychlit. (Chmel, 2008)

Při druhé době porodní přichází na řadu poloha matky a tlačení plodu. Plod je ohrožen nedostatkem kyslíku, jelikož se stahuje dutina dělohy a tak se snižuje prokrvení placenty, proto se dítě musí neustále monitorovat, aby nedošlo k jeho poškození. V těchto chvílích porodu je třeba, aby rodička věnovala pozornost tomu, co jí personál radí, měla by se snažit co nejvíce relaxovat v době mezi kontrakcemi a následné kontrakce zase využívat naplno k tlačení. Jakmile se dítě narodí, tak se pupečník podvazuje buď okamžitě po narození dítěte, nebo až poté, co přestane pulsovat. Po odvázání pupečníku se nabízí otcí, pokud je přítomen, možnost přestřížení. Tím dochází k úplnému oddělení dítěte od matky. (Pařízek, 2008)

4.3 TŘETÍ DOBA PORODNÍ

V tuto dobu porod ještě není stále u konce, pokračuje vypuzením placenty. Po chvilce klidu se děloha začne znovu stahovat, avšak stahy již nejsou pro ženu bolestivé. Asi po 10 až 20 minutách se odloučí, jakoby odlepí, od stěny dělohy a spolu se zbytkem pupečníku a plodových obalů se stejnými porodními cestami porodí ven. Díky těmto stahům se odlučuje placenta, spolu s plodovými obaly. Placenta musí být zkontrolována, aby nedošlo k tomu, že v děloze zůstanou některé její části. Poté jsou rodidla ženy zkontrolovány porodníkem a možná poranění jsou ošetřena. (Pařízek, 2008) Pokud se porod nijak nekomplikuje, přikládá se miminko k prsu matky již v této porodní době, nazývá se první přiložení. Podráždění matčiny bradavky způsobuje vyplavení oxytocinu, a tak přispívá ke stahování dělohy. Když se miminko ihned přiloží k prsu matky, je to zásadní moment pro navázání jejich citového vztahu. Novorozenec se uklidní, slyší srdce matky a připadá si tak opět v bezpečí. (Gregora, Velemínský, 2011) S touto částí navázání kontaktu souvisí tzv. bonding. Jedná se o přiložení dítěte k matce ihned po narození. Proces utvoření vazby mezi matkou a dítětem. Bonding podporuje láskyplné vazby, dochází k posílení mateřského chování, ženy se po porodu lépe regenerují, děti méně pláčou, a jak jsem se již zmiňovala, lépe se novorozenci přisají k ňadru ženy.

Dle Freuda se již v tomto stadiu rozvíjí u dítěte první sexuální hnutí, které se zároveň spojuje s přijímáním potravy, což je jeho hlavní zájem. Když najezené novorozeně usne u prsu, je na něm vidět uspokojení, ke kterému dochází i v dalších fázích vývoje. Tato fáze se nazývá orální. O dítěti říkáme, že dumlá, či dudlá a většinou při tomto aktu usíná blahem. Nemusí být k této činnosti ani podněcován hladem, dělá to pro svoje uspokojení. (Freud, 1961) „Sání z mateřského prsu se stává východiskem sexuálního života, nedosažitelným vzorem každého pozdějšího sexuálního ukojení, k němuž se v období tísně fantazie dost často vracívá. Tím je zároveň dáno, že prvním objektem sexuálního pudu je mateřský prs.“ (Freud, 1961, str. 225)

Dále pak matka s novorozencem navazuje velice brzy oční kontakt. Intenzivně si přeje, aby na ní dítě pohlédlo a ve chvíli, kdy se tak stane, začne dítě hladit po zádech, ručičkách, prohlíží si ho, mluví na něj jemným hlasem. Jsou zapojeny veškeré smyslové vjemy jako čich, hmat, zrak, sluch a chuť. (Ratislavová, 2008) Po 2 hodinách na porodním sále, kde se

rodička hlídá kvůli možným komplikacím, se jde osprchovat a je převedena na pokoj šestinedělí, kde přichází do kontaktu s dítětem.

5 PSYCHOLOGIE OSOBNOSTI V TĚHOTENSTVÍ

Každá žena může brát těhotenství jinak. Pro jednu je to zázrak, který si přála celou věčnost, pro další to může být zase přítěž. Záleží na okolnostech. Vztah s partnerem, zda bylo dítě počato chtěně, či ne, zda je žena zdravá nebo pro ni těhotenství znamená rizika. V této kapitole své práce rozvíjím psychologii ženy plánovaného těhotenství, jak se chovají, když se dozví o dítěti, jak přemýšlí a zároveň psychiku žen, které si prochází těhotenstvím neplánovaným. Tyto témata jsou spojena i s prenatální komunikací. Žena s dítětem nechtěným nemluví, nekomunikuje a i to může mít dopad na vývoj dítěte. Dítě cítí to, co matka. Jak radost, tak i strach, stres a obavy.

5.1 PSYCHOLOGIE ŽENY PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ

"Zplození dítěte a péče o ně jsou jedním z hlavních životních témat. Vzato čistě biologicky, je to vůbec náš základní úkol: předat geny, uchovat rod. U člověka jde ovšem o větší, rozsáhlejší poslání: nestačí porodit dítě a pečovat o něj tak dlouho, dokud nebude schopno žít se samo. Je třeba naučit je lidsky cítit, myslet, adaptovat se na složitou lidskou společnost, přijmout kulturu svého národa. Tak vzniká ono dlouhé a krásné, i když těžké rodičovské stadium, "hlavní život" většiny z nás." (Říčan, 2004. str. 258)

Jsou ženy, které berou těhotenství jako dar a těší se z něj. Jsou nadšené, plné naděje, těší se ze svého stavu, vymýšlí jména pro miminko, některé si nechávají prozradit pohlaví dítěte, jiné jsou raději informované předem, ať si mohou bez problémů připravit bydlení pro budoucí přírůstek, ve vhodných barvách, se správným oblečením. Toto jsou všechno radosti těhotenství, pro ženu je to něco nového, nepoznaného. Samozřejmě tento pro některé ženy požehnaný stav, nese pouze radost, ale i strach. Za 9 měsíců těhotenství neprobíhají ženě myšlenky pouze pozitivní, naopak. Přichází strach o dítě, že se může narodit nemocné, neschopné přežít, je tu možnost dítěte postiženého. Díky pokročilé technice se v dnešní době dá těmto defektům zamezit. Vyšetření u lékaře včasné době, může odhalit poruchu dítěte, a tak se dá léčit včas účinnými medikamenty. V horším případě, kdy se zjistí porucha, či syndrom neléčitelný je ženě nabídnut potrat a záleží na jejím rozhodnutí, zda si dítě nechá nebo ne. Nejistota zůstává v každé ženě, je proto potřeba ji utěšit. I přesto, že je možnost defektu malá, tak statistické údaje nemusí někdy pomoci, nepřinesou tu správnou úlevu. Stačí ukázat, že máte pro její strach pochopení,

žena takovou podporu očekává. Při jiném postupu, by mohla dostat panický strach, uvede jí do stresu, který je pak nebezpečný jak pro těhotnou ženu, tak i pro dítě. Jak jsem již poznamenala, tak pro některé ženy je to požehnaný stav, pro některé to tak být nemusí. Nechtěné těhotenství je bráno různě. Bývá spojováno se smíšenými pocity, psychická stránka těhotné ženy je jiná. Spíše než radost, pociťují úzkost, smutek. Radost z nakupování dětského oblečení, příslušenství pro dítě, příprava domácnosti je brána jako povinnost a ne jako radostné chvíle očekávání. (Říčan, 2004)

Díky moderní technice je možné sledovat, jak se plod vyvíjí a jaké jsou reakce na matčiny podněty. Zejména silné duševní pohnutky matky, pak vyvolávají odezvy v organismu miminka. Je možné tedy předpokládat, že dítě je nějakým způsobem prožívá. (Matějček, 2005) "Psychologické výzkumy dále prokazují, že přibližně od poloviny těhotenství se vztah matky k živému plodu individualizuje. Do té doby matka očekávala dítě spíš obecně či abstraktně - nyní, od prvních pohybů plodu, je tu očekávání zcela určitého, konkrétního, vlastního dítěte. (Svědčí o tom např. zřetelně rozdílné reakce matky na spontánní potrat a na narození mrtvého dítěte nebo na jeho časné úmrtí.) Porod už zdaleka není takový životní předěl, za jaký se měl dříve. Dítě nepochybně žije dávno před ním, vnímá, učí se, pamatuje si." (Matějček, 2005. str. 229)

5.2 PSYCHOLOGIE ŽENY NEPLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ

Děti z nechtěného těhotenství mohou mít oproti dětem chtěným, i větší sklony k deprivacím. O tomto výzkumu píše ve své knize prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc., který srovnává děti chtěné, nechtěné, děti z dětských domovů a SOS vesniček. "Děti narozené z nechtěného těhotenství jsou - díváme-li se na ně jako na skupinu, nikoliv na jednotlivce - dotčeny nejspíše nedostatkem "mateřského" postoje svých matek, které jejich existenci v těhotenství odmítaly." (Matějček, str. 211, 2005) Řada bádajících psychologů je přesvědčena, že podstatné věci pro vývoj dítěte se odehrávají již v prenatálním období. Pokud matka podává dítěti po celou dobu těhotenství negativní signály o svém duševním stavu je poměrně pravděpodobné, že dítě a jeho psychiko bude laděno také negativním směrem. V případě nechtěného těhotenství, negativnímu postoji matky k dítěti a vnitřnímu odmítání se badatelé domnívají, že dítě to nějakým způsobem pozná, tento poznatek se s ním nese a poté ho v dětství promítá do svého postoje k matce, k lidem, celkově k životu. Tento názor na prenatální období a vnímavost dítěte je možné vyvrátit mnoha argumenty.

Prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSC. měl možnost sledovat s jeho pracovním týmem skupinu dětí z nechtěného těhotenství. V porodních a poporodních nálezech však nic prokazatelně neukazovalo na negativní vliv nechtěného těhotenství na vývoj dítěte. Spíše než v prenatálním vývoji se ukázal vliv při vývoji postnatálním a to například co se týče kojení dětí. Matky "nechtěných" dětí kojily kratší dobu nebo vůbec, takže špatný vývoj dítěte je ovlivňován spíše vztahem mezi dítětem a matkou v pozdějším věku. (Matějček, 2005) " O psychickém přijetí dítěte rozhodují tzv. rodičovské postoje, které se vytvářejí nikoliv až v těhotenství, ale celým předchozím životem. To jest tedy od časného dětství zkušeností s vlastními rodiči, životem v rodině, poznáním rodinné funkce mužské a ženské, mateřské a otcovské, stykem s druhými dětmi, dosažením vlastní mužské či ženské identity, zamilováním, a pak teprve prožíváním těhotenství, porodu a dalších fází soužití, tentokrát už s vlastním dítětem. I ve vlastní biologické rodině musí být dítě svými lidmi "přijato", aby se mohla rozvíjet vzájemné pozitivní, plodná, "životodárná" součinnost." (Matějček, 2005. str. 232)

5.3 PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE

Je poměrně jasně vidět, že těhotenství, jeho průběh, jestli je miminko bráno negativně či pozitivně se zaměřuje a mění postoj spousta faktorů. Jak u těhotenství chtěného či nechtěného, záleží na psychice matky, jejím dětstvím, vztahu s partnerem a na dalších okolnostech. Výzkumy na téma prenatální psychologie dělal i dr. Rottmann, rakouský psycholog, který se zaměřil na skupinu těhotných žen a rozdělil je do skupin podle toho, jaký měly přístup ke svému dítěti. První skupina dítě chtěla, vědomě i podvědomě. Byly to ideální matky, jejich těhotenství, porod probíhaly hladce, a podobně to bylo i se šestinedělím, se kterým se vyrovnávaly psychicky i fyzicky dobře. Druhou skupinku tvořily matky, které měly negativní vztah k celému těhotenství. Rodily se děti s nízkou porodní vahou, předčasně narozené, trpěly řadou medicínských problémů. Další skupinou byly ženy, které byly rády za své těhotenství, avšak podvědomě vysílaly dítěti signály, že ho nechtějí. Během porodu trpěly trávicími potížemi. A poslední skupinou byly matky, které se z venku snažily zachovat si kariéru, ale podvědomě po dítěti toužily. Vysílaly tak signály, ze kterých bylo dítě zmatené a velké množství dětí se rodilo apatických. (theses.cz) Pokud porovnáme výzkum profesora Matějčka a doktora Rottmanna, můžeme vidět, že se neshodují v názoru o prenatálním těhotenství a důsledcích matčiny psychiky na

plod. Profesor Matějček se zaměřuje spíše na postnatální vývoj dítěte, a tvrdí, že záleží na vývoji a vztahu matky s dítětem až po porodu. Oproti tomu doktor Rottmann zaznamenal ve svém výzkumu opak, kdy děti vztah matky poznamenal již v prenatálním období, během porodu a po porodu.

5.4 PRENATÁLNÍ KOMUNIKACE

V této kapitole bych ráda přiblížila komunikaci mezi matkou a dítětem, která v těle probíhá. Již jsem se o tom zmiňovala v předešlé kapitole, kdy část pochází z knihy prof. PhDr. Zdeňka Matějčka, CSc., který píše o komunikaci a přenášení vlivu matky na plod. Někteří badatelé tento vliv vyvrací, někteří při něm stojí. I prof. PhDr. Pavel Říčan, CSc. píše o plodu, jaké je spojení mezi matkou a dítětem ještě před narozením. Například kanadský psychiatr Verny je jeden z příznivců propojení matky a plodu, kdy plod naslouchá maminčině hlasu, reaguje na emoční zabarvení, reaguje i na hudbu. Vivaldi a Mozart má údajně uklidňovat, naopak Beethoven a Brahms zase navodí neklid, který se u dítěte projevuje kopáním. "Při komunikaci mezi matkou a plodem jsou zřejmě ve hře biochemické mechanismy. Když se matka rozhodne zapálit si cigaretu, reaguje plod neklidem. To lze vysvětlit podmíněnými reflexy a biochemickou komunikací: matčin organismus zareaguje už na představu kouření zčásti tak, jako na kouření samo a tato změna se opět biochemicky donese k dítěti. Také v působení hudby na plod je asi matka prostředníkem: navodí-li jí Mozart duševní i tělesnou pohodu, přenesou se to na plod, ať on sám je, či není muzikální." (Říčan, 2004. str. 71) O tom, že dítě vnímá, co se děje mimo jeho svět, tak není pochyb. Dítě již před narozením cítí, touží, je vědomou bytostí, avšak se prozatím nedá mluvit o takovém myšlení, jako máme my. Je vyvinut hmat, chuť, čich, sluch i zrak a vše, co dítě vnímá, se ukládá do jeho paměti. Dítě je u matky naprosto spokojené, a pokud se objeví nějaká nelibost jako hlasitý zvuk zvenčí, hlasitá hudba a jiné, dítě se začne krčit, mávat ručičkami a nožičkami. Na uklidnění stačí matčin hlas, pohlazení po bříšku. Jemný tlak od hlazení, podněcuje dítě k tomu, aby si doplávalo k břišní stěně a cítilo tak tyto pohyby intenzivněji. Pokud je maminka ve stresu, je ve stresu i dítě. Stejně tak to působí, i pokud je v klidu a uvolněná. "Nenarozené děti jsou smířlivé bytosti. Cítí sice negativní věci, ale následující láska mnohé znovu smaže. Děťátko reaguje na všechna matčina rozpoložení jako seizmograf. Tak se záhy naučí, že život má i stinné stránky. Stres, hněv, smutek - děťátko se podílí na psychické rozpoložení matky. Pokud

však takové negativní stavy netrvají dlouho, nepředstavují pro ně žádný problém."(Teusen, Goze-Hanel, 2003. str. 52)

Dítě o sobě dává mamince vědět přibližně v polovině těhotenství. Od té doby pak kopání nohama a mávání rukama nepřestane. Začíná sdělovat, jak se mu daří, co cítí. Dítě reaguje na matku, ta je z prvních pohybů naprosto nadšená a chce se podělit o zážitky s partnerem. Ve chvíli, kdy se na břicho položí jiné ruce než matčiny, dítě to vycítí, že se na něj vztahuje pozornost a dává pozor, co se děje. Najednou je uvnitř klid. Když si maminka hladí břicho, povídá si s dítětem, tak tlak ruky podněcuje dítě, aby plavalo směrem k břišní stěně. Miminka spí jak přes den, tak v noci. Pokud matka necítí pohyb a není si jistá, začne mít obavy, stačí dítě vzbudit pohybem břicha, mluvením, nebo může nechat zazvonit i budík. Každá nastávající matka se naučí s miminkem komunikovat a naslouchat mu, co se právě děje. Naučí se rozlišovat pohyby děťátka, kdy je spokojené, kdy má radost, kdy se chce mazlit a stejně tak i pohyby nelibosti, že je rozrušené, když se skrčí ze strachu. Pokud těhotenství probíhá klasickým způsobem a bez potíží, tak si žena nemusí dělat o své dítě žádné starosti. Miminku v bříšku nic nechybí. Netrápí ho pocit hladu, ani žízně, je v bezpečí, je mu teplo a má spoustu času se učit věci, které bude potřebovat pro život venku, zkouší tělesné funkce, zdokonaluje techniky, jako je například sání a dumlání prstu, snaží se polykat a trávit, v čem mu pomáhá plodová voda. Miminko tak může mít i škytavku, kdy matce škube celé břicho, není to pro ni úplně příjemné, ale dítěti to nevadí. (Teusen, Goze-Hanel, 2003)

V prenatální komunikaci je důležité brát dítě jako součást sebe, prožívat s ním každý den, každou událost, vyprávět mu o radostech a přáních, rozvíjet jak „vnitřní“ komunikaci, tak i klasickou, kdy matka zapojí i partnera, vypráví pohádky, zpívají, říkají miminku, jak se na něj těší. Veškeré situace, kdy tráví matka a otec pospolu, hovoří s miminkem, podporuje jak jejich vzájemný vztah, tak i vztah mezi dítětem, posilňuje rodiče v jejich úsilí, vytváří důvěru v jejich rodičovské schopnosti. Vazbu, kterou si rodiče s dítětem vytvářejí v jeho prenatálním věku, pokračuje dále i po narození a to, jak matka své dítě přijme, je dáno už od počátku těhotenství.

6 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ

Psychika žen se mění během těhotenství každou chvilku. Jakmile se dozví, že je v očekávání začne myslet úplně jinak. V následující kapitole budu rozebírat psychiku ženy během trimestrů, jak na ni působí oznámení těhotenství rodině, jakými změnami si prochází a jak se mění její žebříček hodnot.

6.1 BENIGNÍ TĚHOTENSKÁ ENCEFALOPATIE

Ženy na počátku těhotenství si musí projít velkými psychickými změnami. Mezi jednu z nich patří i tato benigní těhotenská encefalopatie. Jedná se o poruchu kognitivních funkcí u těhotných žen s poměrně vysokým výskytem. Tento souhrn příznaků se vyskytuje skoro u 50% těhotných žen a patří mezi ně poruchy paměti, problémy s učením, únava, nespavost, potíže se čtením, poruchy koncentrace a dezorientace. Spoustu žen dokáže svůj stav identifikovat sama na sobě a vůli ho pak sama i ovládat. Nepovažuje tento stav za podstatný, a tak své potíže nesděljuje většinou ani lékaři. Benigní těhotenská encefalopatie většinou odezní spontánně po porodu, během šestinedělí.

6.2 PRVNÍ TRIMESTR

V prvním trimestru těhotenství, který se počítá v rozmezí od 1. do 3. měsíce, žena začíná pozorovat první známky těhotenství na svém těle a soustředí se na sebe. Uvažování směřuje k úvahám o tom, čeho se žena vzdá, k pocitům provinění. Toto nejisté období a změny s ním spojené mohou ženu vést ke kontaktu se svou matkou. Stejně tak těžké může být pro ženu svěřením informace o těhotenství rodině, zejména pokud očekává spíše negativní reakce než pozitivní. U svobodných žen vedou jejich obavy k uzavření sňatku, některé mohou řešit i otázku partnera, jak tento stav přijmou. Jejich reakce se posuzují i podle toho, jak jejich partner reaguje na obtíže provázené počátkem těhotenství, jak a do jaké míry jim pomáhá. "Objevují se často ambivalentní pocity s pochybami a strachem z časných ztrát, rozladěnost, přecitlivělost, nejistota, obavy z infekčních onemocnění, které by mohly poškodit plod." (Ratislavová, 2008, str. 26) První tři měsíce se týkají hlavně změn, které nastávají. Žena, pravděpodobně dokud neucítí pohyby dítěte, může častěji trpět výkyvy nálad. Časnou fází těhotenství prožívá většina žen nejistotou. Pokud se jedná o vyladění na těhotenství, jde o kontinuální proces. „Fáze krajní zátěže a momenty pocitu hlubokého štěstí mohou následovat v rychlém sledu za sebou. Obtížemi jako je nevolnost,

vyčerpání, a vlčí hlad, tělo signalizuje, že nastává jiný tělesný stav. S prvními, sotva znatelnými pohyby se většinou mění postoj k dítěti. Hlubší kontakt často představuje i první ultrazvukové vyšetření. Tělesné změny v období těhotenství mohou být dalším mostem ke snazší přípravě na mateřství.“ (Hofer, S.; Szász, N., 2010, str. 39) Poté, co si žena uvědomí své těhotenství, měla by si dopřát trochu času a sama v sobě zjistit, jak se jí žije s vědomím dítěte. Velká spousta žen, které si dítě přáli, jsou přešťastné, jsou pyšné a mají pocit propojení s otcem a dítětem. Ta druhá část žen, může mít ale přístup úplně jiný. Je si nejistá, z jejího stavu má úzkost a ne radost. Tento stav může mít své důvody. Jedním z nich je i otázka, kterou si ženy kladou: Jsem připravená stát se matkou? Pro budoucí matky je důležité, aby se svěřily se svými obavami a ten dotyčný, komu je říkají, je nesmí zbytečně bagatelizovat. Stejně tak, jako starosti o miminko. Těhotné ženy, které si dělají starosti, potřebují mimořádnou podporu a pomoc při řešení běžných problémů. U každé ženy může mít těhotenství na začátku jiný průběh, ale je třeba vzít na vědomí, že negativní a extrémně pozitivní fáze většinou odezní po 12. až 14. týdnu. “Gravidita budoucí matky vždycky do určité míry egocentrizuje, větší zaměření na sebe sama a dění, které probíhá v jejich organismu, je zcela přirozenou reakcí, protože jde o tak zásadní změnu, že ji nejde přehlížet. Na druhé straně by měly nastávající matky brát v úvahu, že toto období je náročné i pro jejich partner. Představa, že nastávající mateřství je obdobím klidu, vyrovnanosti a štěstí, neodpovídá skutečnosti. Těhotenství je dobou zátěže: psychické, somatické a občas i sociální. Je třeba se vyrovnat s proměnou vlastní bytosti, se změnou tělového schématu, s neznámými a občas i nepříjemnými pocity. Negativní pocity se občas objeví i tehdy, když se žena na dítě těší. Jejich příčinou může být pocit neodvolatelnosti mateřství, strach ze zodpovědnosti, z porodu, nechůť k vlastnímu tělu, výčitky ve vztahu k partnerovi atd.” (Vágnerová, 2008, str. 121)

6.3 DRUHÝ TRIMESTR

Od 20. do 32. týdne se začínají zřetelně měnit proporce těla ženy a z fyziologického hlediska dochází ke stabilizaci vývoje. Druhá psychologická fáze těhotenství začne v době, kdy žena pocítuje pohyby dítěte, vidí rostoucí břicho a plod se jí ukáže na ultrazvukovém vyšetření u lékaře. V tuto chvíli se negativní pocity začínají měnit na pozitivní a žena už většinou říká, že dítě chtěla, i když první fáze těhotenství mohla probíhat jinou formou. Touto dobou si žena začíná naplno uvědomovat přítomnost jiné, nezávislé bytosti v jejím

těle. Díky prvním pocíťovaným pohybům naváže maminka se svým dítětem osobní vztah a začne si uvědomovat, jaký závazek na sebe s narozením dítěte vzala. Je možné, že žena dostane chuť uskutečnit první přípravy na příchod dítěte. Probuzení svého vlastního mateřství může vyvolat také vzpomínky a srovnávání se s vlastní matkou. (Hofer, S.; Szász, N., 2010)

Žena komunikuje s dítětem, dbá na sebe a výživu, podporuje těhotenství zdravým životním stylem. Je hrdá na to, že z ní bude matka, a tak probírá celou situaci s jinými matkami a hrdě se hlásí k ostatním těhotným ženám. Těhotná žena začíná být též zvědavá na pohlaví dítěte, a tak začíná fantazírovat ohledně pohlaví, vzhledu. Začne si představovat své nenarozené dítě, objevují se i sny. Většinou je toto spojeno s kladnými zážitky, ovšem ženy mohou mít toto období spojené i s negativní zkušeností a to třeba kvůli minulému těhotenství, které mohly provázet komplikace. Některé ženy, trpící úzkostmi si tak mohou zbytečně přidělovat starosti kvůli předčasnému porodu, obavám o zdraví dítěte. Ve druhém trimestru přichází též na řadu genetické vyšetření, ze kterého mohou mít ženy obavy. Přichází na řadu stres, který těhotným ženám nepřidává ke zdraví. V tuto chvíli je důležité i začlenění žen, do komunity těhotných žen, které tyto obavy chápou, mohou se hromadně podporovat. Je třeba brát informace od ostatních rodiček, či vlastních matek s jistou rezervou, jelikož každý průběh těhotenství je jiný a není třeba se stresovat z každé rady. Samozřejmě žena potřebuje podporu z každé strany a ve chvíli, kdy může zklamat okruh přátel, nebo vlastní matky, nesmí zapomenout na přítomnost partnera po svém boku, který ji chrání a nachází si tak svou novou roli. Vzniká zde tak rodina složená z otce, matky a dítěte. (Ratislavová, 2008)

6.4 TŘETÍ TRIMESTR

V posledních týdnech těhotenství se ženské tělo připravuje na porod. V této fázi často přichází na řadu pud budování hnízda a začíná se se zařizováním dětského pokoje, renovace bytu a nákup dětského oblečení. Pokud by chyběla příprava pokoje a vybavičky, mohlo by to signalizovat vážnou psychickou poruchu. Velká část žen může vnímat toto období jako náročné, a tím pádem se už začínají velice těšit na porod. Z psychologického hlediska usnadňují rozdělení pevného pouta mezi matkou a dítětem potíže, které přináší závěr těhotenství. Je třeba, aby žena nebrala porod jako ztrátu, ale jako obohacení. Pro

mnoho žen je třetí trimestr stejně komplikovaný, co se pocitů týče, jako ten první. (Hofer, S.; Szász, N., 2010)

„Toto období je opět emočně náročnější. Organismus ženy je zatížený fyzicky, objevuje se únava, špatný spánek, tělesná nepohoda. Velikost břicha může vyvolávat pocity nemotornosti a nepřítažlivosti. Těhotenství se může zdát již nekonečné. Žena ví, že dítě už je dostatečně zralé, a těší se na jeho přítomnost. Na druhé straně se může žena obávat porodu. Má strach z bolesti, komplikací, zda to zvládne miminko, zda to zvládne ona sama. V tomto trimestru je poměrně důležitá i předporodní příprava pro ženu, posílí to její sebedůvěru, věří sama v sebe, že dokáže porodit dítě a následně se o něj i postarat. Důležité je i rodinné zázemí, hlavně podpora partnera. Žena má zvýšenou potřebu pozornosti, a tak často vznikají pocity odmítnutí a poranění.“ (Ratislavová, 2008, str. 27)

S blížícím se termínem porodu je žena čím dál více nervóznější. Nikdo totiž neví, kdy nastane ten den, hodina, kdy přijdou kontrakce, jako známka počátku porodu, a tak je žena poslední dny v nejistotě a neustálém očekávání. Tato předporodní nervozita je zcela běžným jevem a je dokonce prospěšná pro zdravotní stav matky. Nejistota a obavy, které jsou pociťovány, tvoří v těle látky, která pak napomáhají k méně bolestivému porodu. Je důležitá podpora ze strany partnera, rodiny a přátel. Žena ke konci těhotenství by neměla sedět pouze doma, ale pokud to její situace dovoluje, je dobré jít se uvolnit například do divadla, či kina. Pomůže to pro odreagování ženy, přestane myslet na porod, nadcházející události.

7 VĚK ŽENY JAKO FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ TĚHOTENSTVÍ

Je to záležitost, nad kterou se ženy nemusí ani pozastavit, že by je věk nějakým způsobem omezoval v otěhotnění. V dnešní době ženy odkládají těhotenství až po 30 roku života, je přednější kariéra, s partnerem mají jiné zájmy nebo třeba toho partnera stále hledají. Jelikož spousta žen bere otěhotnění jako samozřejmou věc, jsou poté překvapené, že to nejde hned a podle jejich představ. S celou situací má i hodně společného špatný životní styl, kouření, alkohol, celkový shon dnešní doby.

7.1 ŽENY KOLEM 20. ROKU ŽIVOTA

Přijít do jiného stavu před 20. rokem dívky, je v dnešní době poměrně neobvyklá situace, přitom v období minulé generace, to byla v podstatě normální věc, že byly maminky mladé. Těhotenství v tomto věku bývá většinou neplánované, buď selhala antikoncepce, nebo ji partneri nepoužili vůbec a některé mladé ženy dítě zkrátka chtějí a jsou přesvědčené, že dítě v takto nízkém věku vychovají bez problému a jsou na to připravené. Těhotenství může být považováno za dívčino "zkažené mládí". Dívka je v těchto případech vázána na dítě a může být tím pádem ochuzena o vzdělávání, možnost nabírat zkušenosti v podobě cestování, stáží atd. Bohužel se ale může stát, že první problém nastane, když se chtějí svěřit s těhotenstvím partnerovi, který bývá také velmi mladý. Velkou podporu pak musí dívka hledat ve své rodině, která tuto skutečnost může či nemusí přijmout. Některé dívky to štěstí mít nemusí a s dítětem jim poté pomáhají různá zařízení. "Mladé maminky jsou častými klientkami azylových domů, kde se právě pro možnou tvárnost doporučuje začlenit je do reedukčních programů, umožnit jim korektivní emoční zkušenost, dát jim podporu, ocenění a porozumění ze strany personálu. Dobrou metodou v práci s nezralými matkami může být metoda VTI (videotrénink interakcí), která se zabývá především podporou pozitivních komunikačních vzorců v interakci matky a dítěte." (Ratislavová, 2008, str. 29)

Ze zdravotního hlediska je pro mladé ženy těhotenství rizikové kvůli možnosti předčasného porodu nebo nízké porodní váhy miminka. Oproti tomu pozitivní na mladém věku je například to, že se maminky snadněji a rychleji po porodu hojí a nebývají úzkostné. A pokud se podíváme do budoucnosti, tak výhodou je i pozdější přátelství mezi matkou a dítětem, kdy je od sebe dělí menší věkový rozdíl a matka má tak pro dítě větší pochopení během puberty a může se stát, že se přátelí i s jeho kamarády.

7.2 ŽENY PŘES 30. LET A VÍCE

Těhotenství u starších žen může přinášet značné komplikace. Jak s početím, tak poté i s plodem. Samozřejmě ne každá žena těhotná ve třiceti musí být nutně na rizikovém těhotenství. Je nutno říci, že žena kolem 20. roku má možnost otěhotnět asi 25%, poté u ženy po třicítce tato šance klesá na 15% a to i při pravidelném pohlavním styku. Jako stárne žena, stárnou i vajíčka v děloze, mají nižší šanci na uchycení a díky změnám v pohlavních buňkách vzniká i větší možnost poruch u dítěte, jako je například Downův syndrom. Je tu riziko samovolného potratu, které se v tomto věku vyskytuje též více. Samozřejmě jde i o zdraví matky. Mohou nastat gynekologické potíže, těhotenská cukrovka. Větší zátěží pro ženu je i samotný porod. Představuje rizika, která mohou skončit i císařským řezem. V tomto věku mohou nastat potíže s neplodností, o které se mluví většinou až po roce snažení se o početí. Ženy chodí na vyšetření, chtějí najít skrývající se problém. S touto zkušeností přichází i psychické vypětí, které ženám rozhodně nepomáhá, spíše naopak. (zenska-neplodnost.cz) Otěhotnění u starších žen nepřináší pouze nevýhody. Těhotenství si více užívají, většinou jsou lépe materiálně zabezpečené, neřeší k dítěti kariéru, nespěchají do práce a mohou se soustředit na sebe a miminko. Mají na dítě čas, nejsou v takovém psychickém vypětí, nerozčilují se nad drobnostmi, jako to může být u mladších matek. "Starší těhotné mají většinou ustálený žebříček hodnot, větší sebevědomí. Kladou větší důraz na uspokojení svých potřeb, jasněji sdělují personálu své požadavky, ale mohou se také častěji objevovat konflikty a projevy nepřátelství vůči personálu. Objevuje se konflikt mezi potřebami ženy a potřebami dítěte. Některé ženy ve starším věku mají potřebu dokázat si znovu vlastní hodnotu. Dokázat, že jsou plnohodnotnými ženami i ve vyšším věku."(Ratislavová, 2008, str. 29)

Velice záleží na celkovém stavu matky. Pokud je v dobré fyzické, duševní kondici, pečuje o sebe, zdravě se stravuje, sportuje a neupřednostňuje alkohol a cigarety, je pravděpodobné, že celé těhotenství proběhne v pořádku a bez komplikací.

8 PSYCHOLOGIE PORODU

Porod je situace, na kterou žena dokáže myslet už od první informace o její graviditě. Žena se na tento okamžik připravuje celých 9 měsíců a i přesto, je to situace složitá i pro ženy po porodu, natož pro prvorodičky. Jak se žena vypořádá s porodem, závisí na mnoha okolnostech. Ať už je to její odolnost vůči zátěžovým situacím, její životní zkušenosti, aktuální stav organismu a samozřejmě i sociální okolí. Porod dítěte se musí brát na každou ženu s jiným měřítkem, neboť každá má svůj práh bolesti a své vypětí sil na jiné úrovni. „Náročná situace porodu je jedním ze zdrojů, jimiž se osobnost ženy formuje. Překonávání překážky v podobě porodu může být pro ženu zdrojem uspokojení, hrdosti, sebedůvěry a sebevědomí. Pokud má však rodička pocit, že situaci nezvládla, dochází k rozporům v sebepojetí.“ (Ratislavová, 2008, str. 58)

Se zátěží poměrně ve velkém měřítku souvisí i přizpůsobení. Pokud se po rodiče požaduje, aby spolupracovala a ona i přes bolest, kterou prožívá, reaguje, porod probíhá v pořádku. Naopak pokud se žena chová neadaptivně, a spíše tak porod komplikuje, může to znamenat bezradnost rodičky, porod začíná být nad její síly a potřebuje na chvílku zastavit tlak celé situace. Žena se k takovému chování může uchýlit jak vědomě, tak i nevědomě. Každá osobnost má své obranné mechanismy, a tak i těhotné rodící ženy je používají, aby odolaly tlaku situace. Tyto obranné mechanismy jsou tělesné strategie, které mají za úkol ochraňovat jedince před úzkostí, strachem, ztrátou duševní rovnováhy. Základními a zároveň nejstarší způsoby, díky kterým se člověk vyrovnává s náročnou životní situací, jsou: útok, volání o pomoc a únik. Pokud si tyto tři situace převedeme na těhotnou ženu v porodnici, tak při útěku se ženy vymlouvají, že nemohou v nemocnici zůstat, rodička se uzavře do sebe a přestane komunikovat s personálem, nebo prostě odejde z porodního sálu, či z nemocnice úplně. Pokud je žena v útoku, může mít situace dvě možnosti. V té první je žena připravena na porod, chce všechno dokázat a je přesvědčená, že vše zvládne. Oproti tomu ve druhé situaci pak fyzicky napadá personál, svého partnera. Obranný mechanismus ve formě volání o pomoc se projevuje neustálým naříkáním, vyžadování pozornosti křikem, žena chce, aby kolem ní stále někdo byl, ať už partner, tak sestřičky a lékaři. (Ratislavová, 2008)

„Narození dítěte považuje většina žen za jeden z nejvýznamnějších zážitků svého života. Avšak porod je vyčerpávající a často stresující zkušeností, představuje komplex, vesměs negativních, prožitků, fyziologicky i psychicky podmíněných. Z biologického hlediska jde

především o stahy dělohy, které jsou nezbytné pro vypuzení plodu. Ve druhé fázi porodu pociťují ženy tyto stahy jako velmi silnou bolest. V průběhu porodu se kromě bolesti musí vyrovnávat s pocity nejistoty, bezmocnosti a strachu, protože nevědí, zda vše probíhá zdárně a jak dlouho bude porod ještě trvat.“ (Vágnerová, 2008, str. 122) V provedeném výzkumu z Katedry psychologie FF UK v Praze, který proběhl v porodnicích na Vysočině, a zúčastnilo se ho na 2000 žen v období od 10/2013 do 9/2014 se můžeme dočíst, že psychosociální faktory souvisí s průběhem porodu a mají vliv na období krátce po porodu. Výsledky studie psycholožky Ley Takács a doktorky Jitky Mlíkové Seidlerové ukazují, že komplikace, jakou může být například akutní císařský řez, mohou souviset s psychologickými faktory. Vyšší riziko císařského řezu bylo zjištěno u žen, které se během těhotenství obávaly porodu nadměrně, a také u těch, které si nejsou jisté mateřstvím. Je zajímavé, že u žen které jsou celkově úzkostnější, s nízkou sebedůvěrou, toto riziko nehrozilo. Záleží na nejistotě ženy, jak vnímá své těhotenství. Pokud si nevěří, že bude zvládat svou roli matky, je zde možnost komplikací při porodu. (ff.cuni.cz)

8.1 PORODNÍ EMOČNÍ KRIZE A CHOVÁNÍ ŽENY PŘI PORODU

„Každá žena porod prožívá jiným způsobem. Přesto se dle Simkin (2000) dají vysledovat okamžiky, které prožívá intenzivněji, a tak se dají označit, jako mezníky, které probíhají během každého porodu přirozenou cestou.

1. Počátek porodu
2. Počátek aktivního porodu
3. Přejít z 1. do 2. doby porodní
4. Vypuzování hlavičky porodu

Budoucí maminky jsou většinou poučené od porodní asistentky a svého lékaře o průběhu porodu a jsou poučeny o prvních poslích. K prvnímu rozrušení dochází v den porodu, kdy se žena těší a zároveň se ho i obává a může se objevit úzkost, někdy panika, že nemá řádně připravené, není si jistá, zda už má jet do porodnice. Ve chvíli kdy kontrakce sílí, se žena stává odtazitou, jelikož pociťuje poměrně velkou bolest a ví, že má před sebou ještě celý porod. Když se blíží konec první doby porodní, tak vrcholí i porodní bolest. Rodička

začíná ztrácet trpělivost, je unavená, mění se pocity v jejím těle. Je nutné, aby jí povzbuzovalo okolí, partner, který je u porodu přítomen. Na konci první porodní doby se dostává ženě příval nové energie, získává pocit kontroly nad celou situací. Oproti tomu její partner začíná být již psychicky unavený, a když vidí, že žena nabírá druhý dech, může se u něj naopak objevit pocit slabosti, doléhá na něj celá náročná situace.“ (Ratislavová, 2008, str. 61) V dnešní době přibývá žen, které se chtějí porodu aktivně účastnit. Většinou to jsou ženy, které chodily na předporodní kurzy, vyhledaly si spoustu informací o porodu, přečetly si knihy, nebo už to jsou zkušené rodičky. Snaží se udělat z porodu velký psychický zážitek, který spojují s těžkou fyzickou zátěží. Z druhé strany existují i ženy, které nevěří svému tělu, přirozeným procesům, které se při porodu dějí a samotné si neuvědomí, že většinu práce za ně neodvede nemocniční personál a porodní asistentky, ale že největší práce a zodpovědnost je jen na ní. Při všech rozhodnutích, které žena během porodu udělá, by měla být v klidu, informována o všem, co se bude dít. „Výzkumy prokázaly, že zažívají-li žena a dítě při porodu psychickou podporu a jsou-li ponechány po porodu nerušeně, rodička má tendenci zpětně lépe hodnotit průběh porodu, snáze se vyrovná s porodními bolestmi, je vnímavější k různým druhům pláče dítěte a je méně ohrožena posttraumatickou poruchou po porodu.“ (Mrowetz, Chrastilova, Antalová, 2011, str. 52)

Pokud se podíváme na chod porodu dle Penny Simkinové (2000) tak první fází, je úplný začátek porodu, kdy má matka podobné pocity, jako u „poslíčků“. Je to nejistota, kdy žena neví, jestli to, co pociťuje je správné, jestli to je opravdu počátek porodu. Dále se může dostavit pocit vzrušení, když všem začne oznamovat, že už se porod blíží, že už je to tady. A dalším prožívaným pocitem, může být i strach. Ten přichází ve chvíli, kdy žena ještě není duševně připravena na porod, a to například z důvodu rychlého začátku, příliš bolestivých kontrakcí. Počátek aktivního porodu je pak spojován s podobnými pocity jako v první části. Než se žena přizpůsobí, může to nějakou dobu trvat a závisí to na různých okolnostech. Jednou z nich je i to, v jaké fázi se žena nachází. Zda je porod předčasný, v termínu, nebo dítě přenáší. Reakce na tuto část porodu se mohou střídat – začnou u radosti, střídající úlevu, že porod konečně přichází, s přechodem ke strachu a nedůvěře ve své vlastní tělo. Přejídné období mezi první a druhou dobou porodní je pro matku horší částí. Začíná se cítit unavená a ztrácí odvalu, jelikož se stahy zintenzivňují a více bolí. Pokud se okolí snaží odpoutat její pozornost vtipy a hovorem s ní o jiných věcech, může si žena začít připadat opuštěně. Pokud v předchozí části žena vtipkovala, tak nyní začíná být

zcela vážná a její pozornost se zcela přetáčí ke stahům, které přichází. Přejídná fáze je pro matku nejvíce náročná. Stává se, že se ženám klepe celé tělo, nařikají, že už to nezvládají, mají pocit vyprazdňování, mohou mít střídavý pocit horka a zimy, jejich stav může být plačtivý a křičí, že už nemohou dál, nebo naopak se ponoří sami do sebe, nařikají si, ale zároveň jsou uvolněné. Poslední vypuzovací fáze je náročná hlavně fyzicky. Přichází i chvilka odpočinku, kterou matka uvítá. „Dostane novou chuť do života, nový vítr do plachet. Byla-li před chvílí zmatená, má nyní naprosto čistou hlavu. Ztrácela-li odvahu, nyní se jí vrátil optimismus. Jestliže se předtím stáhla do sebe, nyní vnímá své okolí perfektně a komunikuje s ním.“ (Simkin, 2000, str. 70)

Vypuzení hlavičky se pojí s matčinou bolestí, která je v této fázi asi největší, ale přichází již úplný porod miminka. Pro rodičku je důležité, aby neustále věděla o osobě, kterou má vedle sebe jako podporu. Ve chvíli, kdy se dítě narodí, přichází pro ženu neskutečný pocit úlevy, že už ustaly kontrakce, stahy a bolest, kterou cítila. Následující porod placenty už třeba nemusí ani vnímat, jelikož jí záleží jen na dítěti, které chce hned vidět a cítí neskutečné štěstí a lásku k dítěti. (Simkin, 2000)

9 PODPORA ŽENY U PORODU

Každou ženu, která začíná rodit, může doprovodit na porodní sál osoba, kterou si sama vybere, osobu, se kterou se cítí dobře. Partnera, přítelkyni, někoho z rodiny. Tento zdroj opory může být pro ženu velkým přínosem a zdravotnický personál by tento požadavek měl respektovat. Když ženy rodí ve velkých nemocnicích, kde není tolik osobní přístup, jako v těch menších nebo při alternativním porodu, je pro ni tento způsob podpory důležitý. Rodící žena může v takto velkých prostorách pociťovat strach a izolaci, vnímá odchody a příchody zdravotníků, známé tváře se střídají s neznámými a ona tak může pociťovat samotu. Proto je dobré, aby zde fungovala stálá opora, která bude stát po jejím boku a na kterou se bude moci žena obrátit s každým přáním. „Rodící ženy často chtějí, aby poblíž nich byl někdo, koho znají, a zřejmě si potřebují vytvořit v průběhu porodu speciální vztah alespoň k jedné osobě. V naší společnosti bývá touto osobou nejčastěji otec dítěte.“ (Odent, 1995, str. 67) Požadavky rodičky se mění, může požadovat vedle sebe sestru, matku, kamarádku s velkými zkušenostmi, avšak nejčastějším požadavkem je partner, otec dítěte.

9.1 PARTNER U PORODU

V dnešní době se přítomnost partnera u porodu považuje již za samozřejmost. Na porodním sále je respektováno, zda spolu partneři chtějí nebo nechtějí prožívat porod, u které části porodu chce partner být. Co se týče rozhodnutí partnerů, zda u porodu být či ne, je to rozhodnutí oboustranné a těhotná žena, by neměla partnera do ničeho nutit. Stejně tak je to i z druhé strany. Pokud žena nechce, aby partner byl přítomen na porodním sále, měl by její rozhodnutí respektovat. Je zde možnost, že během porodu se může situace změnit a žena si bude partnera na sále přát. „Jako osoba, která má ženě při porodu poskytovat podporu a ochraňovat ji, má partner řadu nevýhod. Dostává se do nejasně vymezené role: má být něžným, pečujícím, hýčkájícím, nebo tím, který brání a kontroluje, zda vše probíhá tak jak má. K tomu ještě přibývají jeho vlastní úzkosti, emoční angažovanost, pocit neschopnosti ženě nějak účinně pomoci od porodních bolestí. Často sám potřebuje podporu.“ (Ratislavová, 2008, str. 73) Přítomní muži u porodu partnerky, cítí ke své ženě velkou úctu a to, co prožijí u porodu, v nich většinou vzbuzuje velkou vlnu lásky, hrdosti k ženě která porodila. Tyto pocity jsou velmi důležité a užitečné v období po porodu, které je pro rodičovský pár zcela něco nového a jiného. Příchod nového člena rodiny zcela změní

její běh zažité děje. Vzájemná láska a úcta mezi rodiči je potom nejlepším startem do života malého novorozence. „Zatímco přítomnost některých mužů má blahodárný vliv, jiní porod zpomalují. Příliš úzkostlivý muž někdy u porodu znervózní, a pak se to snaží zakrýt přehnanou upovídáním, jeho povídání pak může ženě ztížit soustředění na porod. Zvláště nadměrně protektivní či vlastenecký muž může mít na porod rovněž negativní vliv. Neustále masíruje, mazlí se a drží svou ženu, která patří jemu. Spíš předvídá její požadavky, než aby na ně reagoval. Rodící žena potřebuje klid, ale on jí dokáže poskytnout jen stimulaci. Mužům bývá někdy zatěžko pozorovat, přijmout a pochopit ženino instinktivní chování v průběhu porodu. Místo toho se jí často snaží zadržet, aby nevypadávala z racionálního, sebekontrolujícího stavu.“ (Odent, 1995, str. 68) Přítomnost partnera u porodu je sporná záležitost. I přesto, že v dnešní době je to věc úplně normální, že je partner přítomen. Michel Odent je jedním z hlavních odpůrců partnera u porodu, a odkazuje se na návrat ke zvířecím pudům, respektive k savcům, kteří rodí většinou osamocení, ve tmě, v klidu a stranou od svých členů. Většina rodiček chce, na rozdíl od savců, podporu na porodním sále. Odent si je tohoto faktu vědom a proto z druhé strany píše, že záleží na typu partnera, zda je podporující či ne, a rozděluje partnery, zda jsou úzkostliví, protektivní či pozorující.

Kateřina Ratislavová píše ve své knize o studii Neacka z roku 1976, která tvrdí, že více než 90 % párů udává naprostou spokojenost, pokud porod prožili spolu, muži chtěli zůstat i u operativních porodů, velice na ně působilo vybavení dítěte, a co se týče sexuálního života páru, tak ten narušen taktéž nebyl. (Ratislavová, 2008) Stejně tak se shodují studie, prováděné na území ČR. V letech 1992 – 1993 se prováděl výzkum v Krkonošské porodnici popisující přítomnost partnera u porodu. Ve výsledku studie se uvádí, že manžel je ideálním doprovodem a průvodcem porodem, jelikož zná nejlépe ženinu psychiku. Další výzkum z Čech pochází z okolí Brna a provedla ho PhDr. Ivona Šporcová a MUDr. Petr Čoupek. Do výzkumu bylo zahrnuto 1479 rodin a těhotné ženy sledovali odborníci od třetího měsíce těhotenství, v době porodu a během šestinedělí. Z jejich výzkumu vyplývá, že účast otce u porodu kladně působila na jeho pomoc, při chodu domácnosti po příchodu dítěte, snadněji přijal svůj podíl péče a kladně podporoval kojení. Stejně tak, se párům jeví situace otce u porodu naprosto přirozeně a berou ji jako zcela jasnou věc, stejně tak jako potřebu být u porodu spolu. (psychosom.cz)

Názory, výzkumy a studie se mohou měnit, stejně tak, jako přesvědčení muže o tom, že bude u partnerky každou těžkou chvílí během porodu. Muži se mohou ze začátku

angažovat do celého průběhu těhotenství, ale jakmile dojde na porod, nemusí situaci zvládnout, jelikož je to i pro ně velký psychický tlak. V knize Mrowetze, Chrastilové a Antalové „Bonding – porodní radost“ se píše, že ženy se necítí v porodnicích nejlépe, jelikož je to neznámé prostředí, a tak doufají, že je přítomnost partnera uklidní. Mnohdy tomu tak ale nemusí být, jelikož jsou partneři v tenzi, jelikož od nich ženy očekávají podporu, kterou oni neumí dát. (Mrowetz, Chrastilova, Antalová, 2011, str. 72)

9.2 JINÁ OSOBA U PORODU

Aby se u porodu nacházela jiná osoba než partner je samozřejmě možné, ale je to méně běžné. Stává se, že se ženy během porodu domáhají po matce, volají ji, ale pokud je jim nabídnuto, že matku zavolají, tak odmítnou. Mgr. Kateřina Ratislavová se v tomto názoru schází s Michele Odentem. Pokud si přítelkyně nebo sestra prošla běžným porodem bez komplikací, může do porodního sálu vnést pozitivní znalosti. Pokud ale měly tyto ženy porod problematický nebo rodily jen císařským řezem, mohou ženu vystrašit a vnést na porodní sál strach a úzkost. (Ratislavová, 2008) Co se týká matek na porodním sále, mohou být jak pozitivní, tak i negativním doprovodem rodičky. Matka přítomná na porodním sále může být prospěšná v případě, že již porodila více dětí bez lékařského zákroku. Jelikož se ale porodnictví vyvíjí, a přístup porodníků též, matka by mohla být z přístupu lékařů vyděšená, jelikož se na porodním sále změnil přístup k rodičce od doby, co rodila ona sama. Pro matky je tím pádem obtížné, předat svým dcerám hodnotné a někdy i platné informace. (Odent, 1995) V dobách 20. století a dříve byla žena u porodu samozřejmost, muž do místnosti s rodící ženou nesměl vkročit. K dispozici byla porodní asistentka, dříve porodní bába, která měla chod porodu na starosti. Nyní je ovšem situace úplně jiná, porodníci jsou často lékaři a celá situace o doprovodu rodičky se změnila, a tak se objevuje na porodním sále v dnešní době častěji partner, jako doprovod než osoba ženského pohlaví.

10 PORODNÍ BOLEST

Bolest je subjektivní záležitostí, která má ochranou a varovnou funkci s úkolem upozornit, že se v těle děje neobvyklá situace. V roce 1965 vyšel R. Melzack s P. D. Wallem s vrátkovou teorií bolesti. Obrazně si teorii můžeme představit tak, že se jedná o možnost otevírání a uzavírání vrat, kterými vzruchy jdou do centra mozku. Tak z této teorie můžeme usoudit, že zprávy o bolesti mohou být modulovány. Dle Snydera zážitky s bolestí ovlivňují psychologické a environmentální vlivy a chování. „Očekávání, přesvědčení a hodnocení situace ovlivňují potenciálně neurální aktivitu, která pak bolest moduluje. Tyto kognitivní procesy (myšlení, vnímání, představivost, úsudek) mohou měnit viscerální aktivitu nebo svalové napětí a tím ovlivnit zavírání nebo otvírání vrat.“ (Ratislavová, 2008, str. 66) Faktorů, které modulují vjem bolesti je několik. Jsou to osobnostní charakteristiky, nálady, vliv prostředí, okolností a situace, i vliv učení. Na zjištění intenzity bolesti je používána analogová stupnice intenzity bolesti (VAS – Visual Analogue Scale), díky které se zjistí aktuální stav bolesti a také v jak se bolest mění v čase. K nejsamozřejmějším metodám patří slovní sdělení intenzity bolesti. Slovní - verbální způsob vymezuje mezníky, které jsou pravidelně rozloženy mezi dvěma extrémními položkami. Profesor Křivohlavý navrhuje stupnici od nuly po pětku, se začátkem na bolesti žádné a na straně druhé jako zcela nesnesitelná bolest. Je důležité samozřejmě sledovat chování a jednání osoby trpící bolestí. Například u rodičky pozorujeme verbální projevy bolesti, verbální sdělení, pohyby rodící ženy, jako držení se podpěr, různých nářků a silných výdechů a nádechů. Co se týče bolesti, musíme brát ohled také na to, že každý člověk má práh a toleranci bolest a každý člověk ho má jiným způsobem nastaven. Tolerance bolesti je míra, kterou dokážeme snést, a mění se dle okolností. Zatímco práh bolesti označujeme nejnižší intenzitu vjemu, který můžeme cítit jako bolestný. (Ratislavová, 2008)

10.1 BOLEST PŘI PORODU

„Navzdory nejistotě o tom, jaká je podstata, smysl i charakter porodních bolestí, zůstává jedna věc nezpochybnitelná, a to, že bolest má nějaký význam. Ten není jen v tom, jak je nepříjemná a kazí tuto jinak radostnou událost. Bolest má také smysl kvůli tomu, co z dlouhodobého hlediska znamená pro rodičku a pro její vědomí, zda a jak zvládla svoji zkušenost porodu.“ (Mander, 2014, str. 149) Porodní bolest je celistvá a vždy osobní reakce, která na rozdíl od akutní a chronické bolesti není spojena s nemocí nebo úrazem.

Můžeme říci, že porod je vcelku univerzální, bolestivá zkušenost pro ženu, a ta od toho očekává, že porod bude bolestivý zážitek. Bolest je pro ženu signálem, že se má začít připravovat na vypuzení plodu a co nejrychleji se přepravit na nějaké bezpečné místo. Každá žena může porodní bolest vnímat jinak. Buď jako součást zrození, pozitivní sílu, nebo i jako nevyhnutelné utrpení, v souvislosti s jejím osobním příběhem. Pokud žena prožívá bolest, vždy na ni nějak emocionálně reaguje, bude si myslet něco o sobě, bolesti, budoucnosti, nějak celou situaci hodnotit, a teď se bude i specificky chovat, což může ovlivnit celkové prožívání rodičky. Na rozdíl od chronické bolesti, se porodní bolest zaměřuje na retrospektivní popis a složky bolesti jako je intenzita, kvalita, a místo. Pokud si žena vybaví porodní bolesti, mohou to být představy živé, ne vždy totožné. Vzpomínky na porod a porodní bolesti mohou u některých rodiček vyvolat stálé negativní reagování, které si pak ženy mohou spojovat s péčí zdravotníků, v důvěru v sebe sama, zda porod a porodní bolesti zvládnou. (Raudenská, Hanulíková, Javůrková, 2015) „Prožívání bolesti během porodu je individuální a závisí na vztahu mezi biopsychosociálními faktory. Kulturně – sociální vlivy prostředí a psychologické faktory, jako je nálada, rysy osobnosti a motivace, ovlivňují během porodu utváření sensorického zpracování bolesti, kognitivní hodnocení a chování při bolesti. Se zvýšenou intenzitou bolesti souvisí první porod v životě, nižší věk a vzdělání, obecný strach z bolesti, ignorace potřeb ženy nebo nevyřešené psychologické potíže. Se sníženou intenzitou bolesti jsou spojovány návštěvy předporodního kurzu, vyšší sociometrický status, vyšší vzdělání i věk rodičky, přání rodičky kojit, opora a citlivý přístup zdravotníků a bezpečné prostředí.“(Raudenská, Hanulíková, Javůrková, 2015. str. 42)

10.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY BOLESTI PŘI PORODU

Je poměrně obtížné ošetřit porodní kontrakce, jelikož každá žena snáší bolest při porodu jinak. V běžném případě je bolest známkou, že se děje v těle, něco co se dítě nemá a každý se snaží tento typ bolesti, co nejrychleji odstranit. V případě rodící ženy je situace jiná. Rodící žena je v tomto případě poučená a ví, že tento druh bolesti není ohrožující a není známkou nebezpečí. Rodička ví, že je zde možnost použití analgetik, které jí od bolesti uleví. Stejně jako možnost metod, bez použití analgetik. Je zde možnost teplých obkladů, naučené dýchací a relaxační techniky, které mohou ženám ulevit. Na prožívání bolesti působí do i strach a obavy. Pokud jsou prožívány do rozumné míry, mohou být pro ženu i

kladné. Motivují ji, aby začala používat techniky, které snižují bolestivost. Pokud naopak se obává příliš, tak se její citlivost zvyšuje a tím i cítí větší bolest. Přechozí zkušenost s porodem, a to jak probíhal, má také vliv na celkové vnímání bolesti. Žena porod srovnává, zda ji to bolí více, či méně. Pokud byl předchozí porod náročný, bude se obávat, že tentokrát bude stejný, ne-li horší. V případě, že žena rodila císařským řezem, nezná průběh přirozeného porodu, a tím pro ni je další porod náročnější, může se stát, že nebude chtít родit přirozeně a bude znovu požadovat císařský řez. (Ratislavová, 2008) A nyní se znovu dostávám k podpoře rodičky během porodu. I to patří do psychosociálních faktorů, které mohou porod a bolest při něm ovlivnit. Ve studii, kterou provedli Gungor a Beji v roce 2007, chtěli ověřit, jaký vliv má přítomnost otce u porodu. Sledovali dohromady padesát párů a závěrem studie bylo, že přítomnost otců u porodu, matkám pomáhala v průběhu porodu a prožívali jej pozitivněji.(psychosom.cz) Na rozdíl od následující studie ale nezjistili, zda má otec vliv na použití medikamentů, či například délku porodu. „Podle některých autorů (David, Kentenich, 1993. In: Čoupek, Šporcová, 1999; Henneborn, Cogan 1975. In: Trevathan, 1987) přítomnost muže u porodu značně snižuje obavy matek z porodu, zmírňuje porodní bolesti, předchází porodním komplikacím a zkracuje délku porodu. Snížené vnímání porodní bolesti bylo zjištěno na základě skutečnosti, že ženy, jejichž partneři byli porodu přítomni, vyžadovaly podání medikamentózních prostředků tišení bolesti v menší míře než ženy, které u porodu oporu v podobě doprovodu svého partnera neměly.“ (psychosom.cz)

11 PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ ŽENY PO PORODU A V OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ

Ženy po porodu bývají většinou velice unavené. Přichází na řadu uvědomění si, že do jejich života vstupuje dítě a každodenní péče o něj. S tím přichází na řadu obavy, zda budou svou novou roli zvládat, tak jak se má. Vedle radosti z dítěte se mohou objevit najednou pocity nejistoty, mohou být skleslé a objevují se návaly pláče, ke kterému není důvod. V těle ženy dochází po porodu k výrazným změnám. Fyzické změny, adaptace na roli matky a hormonální změny.

Náhle se ženám mění hladina hormonů, a to je považováno i za hlavní důvod psychických změn v období šestinedělí. Dále potom jedním z hlavních důvodů, které ovlivňují psychiku matky, jsou psychosociální faktory. První den po porodu se někdy může objevit radostná nálada, že je vše v pořádku, vše dobře dopadlo a dítě je zdravé a v pořádku. Většinou se ale vystřídá s pocity úzkosti, najednou přichází na řadu obavy. K této situaci přispívá pocit, odpovědnosti za dítě. Ženě najednou dochází, že fantazie, které měla celých 9 měsíců, jsou najednou skutečné a žena musí být v neustálé pohotovosti. Celá situace chce čas, žena si musí zvyknout na svou novou roli matky, musí si ověřit, že zvládá se o dítě starat, i když může přijít i stav neschopnosti, že na rodičovství nestačí. Nepomáhá tomu nedostatek spánku, vyčerpání a hormonální změny, které naopak tyto stav mohou zhoršit. (Ratislavová, 2008) Stejně jako Kateřina Ratislavová popisuje poporodní stavy žen i Marie Vágnerová. Ženy jsou přecitlivělé, podrážděné, úzkostlivé. Jejich situace je pochopitelná díky vyčerpání a zmiňovaným hormonálním výkyvům. Přetrvává bolest a pocit zdevastovaného těla po porodu, což je další zdroj nepříjemné zkušenosti a ženě nepřidá na vylepšení psychického stavu. Pokud ovšem neustává pláč, smutek, nespavost a další negativní pocity a stavy po porodu, neměla by se žena přehlížet, ale situace by se měla začít řešit, aby nedošlo k depresím, či hůř psychickým poruchám. Je to složité období a ženy nejsou tak odolné, jako v normální situaci a je tu možnost propuknutí poruch.

11.1 „POPORODNÍ BLUES“

Tento psychický stav ženy se objevuje většinou 3. – 6. den po porodu. Jeho příznaky jsou nespavost, podrážděnost, plačtivost, zmatenost, pocity osamocení a nejistoty, stavy štěstí se střídají se stavy pláče a smutku, i přesto že žena sama ani neví, proč se to děje. Poporodní blues může mít spouštěcí moment ve chvíli, kdy ženě nejde kojit, přijdou obavy o dítě, pocit, že nestačí na výchovu. Ve většině případů tento stav odeznívá sám od sebe po

10. dnech po porodu. Pokud ovšem trvá déle, může to být znamením poporodní deprese, která se již musí řešit. Tyto poporodní změny v zásadě nepotřebují terapii. Stačí, když je žena informována porodní asistentkou, nebo personálem nemocnice. Pomůže jí velice podpora partnera, který nesmí brát její stavy na lehkou váhu a nesmí je zlehčovat. Pomoc od zkušenější rodičky, která si tímto stavem prošla také, může být též velice nápomocné pro nezkušenou prvorodičku. (Ratislavová, 2008)

Již byla zmiňována studie z Fakulty psychologie na Univerzitě Karlově, která pojednávala o vlivu psychosociálních faktorů na porod. Druhá část výzkumu se věnovala otázce „poporodní blues“ nebo-li poporodní subdeprese. Vyšší riziko výskytu bylo zjištěno u žen úzkostných, prvorodiček, dále pak se subdeprese objevovala u žen, které rodily císařským řezem, dokonce i u těch rodiček, které se během těhotenství potýkaly s finančními problémy. V tomto případě neměl na riziko rozvoje vliv účast partnera u porodu. Riziko se ale naopak snižuje v případě, že jsou ženy dostatečně sebevědomé, věří sobě a tomu, že dokážou zvládnout mateřskou roli. Snižování rizika dochází i v případě, že porod proběhl v pořádku a bez komplikací, také když během těhotenství nepociťovaly stresovou zátěž. Autorky výzkumu tvrdí, že pokud budou mít úzkostné rodičky možnost individuální podpory během celého porodu, lze riziko poporodní subdeprese snížit. (ff.cuni.cz)

11.2 POPORODNÍ DEPRESE

Deprese a stavy s ní spojené jsou velice nepříjemnou záležitostí poporodního období, kdy od sebe lidé čekají spíše vzájemnou pomoc a radostné chvíle. O to horší je jejich řešení, též se hůře nesou. Zasahují jak do života matky, tak i dítěte, otce a zbytku rodiny a přátel. Mohou ohrožovat život ženy i dítěte, a proto se musí řešit a léčit. Praško (2002) uvádí, že se poporodní deprese objeví mezi 6. – 12. týdnem, ale je zde možnost objevení se i do 1. roku po porodu. Vyskytují se u 10 – 15% žen v poporodním období, mají různou délku trvání a projevují se déletrvajícím zhoršením nálady. Praško (2002) řadí mezi hlavní příznaky poporodní deprese pocity nedostatečnosti, neschopnosti a studu, nerozhodnost, nedůvěra sama v sebe, poruchy spánku, zlost, úzkost, obavy ze samoty. Postižená žena může prožívat též nadměrnou únavu, podrážděnost, beznaděj, bezmoc, ztráta zájmu o dítě, obavy o budoucnost, má problémy se zažíváním, nejí nebo se naopak přejídá. Další jevy, které můžeme vidět u rodičky jsou nekontrolovatelné záchvaty pláče, snížená pozornost a koncentrace. (Nicolson, 2001)

U matky se objevují negativní pocity k dítěti. Naprosto pravý opak toho, co by měla žena v dané situaci pociťovat. Žena má celkový pocit viny, že se o dítě nedokáže sama starat, že ho nedokáže pořádně milovat, má problém jen s dotykem. Je přesvědčená o tom, že ji její partner nechá s dítětem samotnou, má obavy ze selhání. Postupně se doma brání kontaktu s okolím, uzavírá se do sebe více, vyhýbá se věcem, které ráda dělala, ztrácí radost z toho, co měla ráda. Poporodní deprese se obvykle vyskytuje pouze v mírné a střední intenzitě, avšak může postoupit až do fáze, kdy žena zabije své dítě, nebo sama sebe. (Praško, 2002)

„První rizikové období je po příchodu ženy s dítětem domů. Žena je zatížena péčí o dítě, prací v domácnosti, chybí bezprostřední možnost konzultovat péči s odborníkem. Další období je 2-3 týdny po příchodu domů, kdy klesá pomoc a podpora rodiny, život se vrací do normálních kolejí.“ (Ratislavová, 2008, str. 91) Dle Praška (2002) nejčastější výskyt poporodních depresí můžeme sledovat u žen, které nemají pocit připravenosti na roli matky, nefunguje jim partnerství, necítí dostatečnou podporu od partnera nebo od rodiny. Též se s poporodní depresí můžeme setkat u matek, které těhotenství neplánovaly. I Nicolson (2001) ve své knize uvádí, že mezi další příčiny depresí může být spojitost s náročným porodem, zvláště s císařským řezem, také hormonálními změnami po porodu a celkovou reakcí na vládání stresové situace. Poporodní deprese vyžadují terapii, kdy léčba závisí na závažnosti příznaků. Lehčí formy depresí se léčí pomocí psychoterapie, jako například existencionální nebo hlubinné psychoterapie. U vážnějších stavů poporodní depresí, je třeba u žen zastavit laktaci a začít podávat antidepresiva a kombinovat léčbu s intenzivní psychoterapií. Při velmi těžkém stavu depresí je potřeba matku hospitalizovat a oddělit od dítěte, protože se zde objevuje možnost, a to pravděpodobná, že by matka mohla dítěti ublížit. (Praško, 2002), (Ratislavová, 2008)

12 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část této bakalářské práce se věnuje případům z psychologické a porodnické praxe. Jsou zde popsány formou případových studií neboli kazuistik, které se zajímají o jednotlivce a popisem jejich případů, jsou metodou kvalitativního výzkumu. Na základě podkladů, které byly získány za pomoci rozhovoru se 4 jednotlivci, byly zpracováno s případové studie žen po porodu. Obsahem těchto kazuistik jsou osobní anamnézy žen a jejich partnerů, dále pak průběh těhotenství, jednotlivých trimestrů, průběh porodu, jak se jejich partner choval u porodu a následné šestinedělí. Cílem této praktické části je zjistit chování u rodiček, jak se připravují na roli matky a jak jim je nápomocen jejich partner při těhotenství a porodu.

12.1 POPIS VÝKUMNÉHO VZORKU

Pro zpracování této části práce byly vybrány 4 ženy, které v rozmezí jednoho roku porodily. Jedná se o prvorodičky, které byly ochotné poskytnout informace pro zpracování kazuistik. Všechny ženy mají základní zkušenosti, které nastudovaly až během těhotenství. U každé ženy bylo dítě chtěné, jak ze strany ženy, tak ze strany partnera. Do případové studie byly zahrnuty 2 ženy ve věku přes třicet let a dvě ženy ve věku do 30 let. Žádná ze zkoumaných žen netrpí chorobou či nemocí, která by ohrožovala těhotenství, či zdravý dítěte.

12.2 POPIS POUŽITÝCH METOD

Data ke zpracování byly nasbírány díky kazuistickým metodám. Pracováno s daty bylo na základě obsahu dokumentů. Pro zpracování případových studií byly použity údaje, které byly získány na základě rozhovoru s jednotlivci. Prostřednictvím předem zvolených otázek byl respondent dotazován. Byly použity metody polostandardizovaného rozhovoru, jelikož byla potřeba pokládat doplňující otázky.

12.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE

Případová studie neboli kazuistika slouží ke sběru dat od jedince, či malé skupiny jedinců k detailnímu zkoumání jedné složitosti případu. Jedná se o zachycení složitosti, jejich popis. Jde o přehledné zpracování dat, upřádání faktů a následné analyzování. Kazuistiky se využívají především v oboru klinické psychologie, v medicíně i pedagogice. Níže jsou popsány kazuistiky psychologické, čtyř žen, které jsou prvorodičkami, těhotenství je pro ně věc nová, snaží se jí naučit a vypořádat se s ní, stejně tak jako s následnou rolí matky.

12.3.1 KAZUISTIKA Č. 1

Anamnéza matky

Radce je 32 let, má dostudovanou vysokou školu, po té si našla práci a partnera, se kterým žije dodnes. Vzali se a žijí spolu nyní v jednom bytě i s miminkem. Pro Radku to bylo první těhotenství. Předtím neprodělala žádné závažné choroby, které by nějak ovlivňovaly těhotenství. Po zhlédnutí dokumentárního filmu o orgasmickém porodu, se začala zajímat o alternativní způsoby porodu, kdy se nejdříve rozhodla o porodu doma, ale jelikož s tím partner nesouhlasil, hledala jiný způsob. Její přítelkyně je porodní asistentka a řekla jí o porodnici v Rakovníku, kde provádějí ambulantní porody, poskytují zde místnost, kde se může narodit dítě pouze za přítomnosti matky, partnera a porodní asistentky, což vyhovovalo jak Radce, tak partnerovi.

Anamnéza otce

Martinovi je 33 let. Vystudoval střední školu s maturitou a následně si našel práci. Neprodělal žádnou chorobu, kromě chřipky a podobných onemocnění. S Radkou je 4 roky, z toho 2 roky v manželství.

Datum narození dítěte: 13. 6. 2016

Věk dítěte: 9 měsíců

[ZADEJTE TEXT.]

Průběh těhotenství

Těhotenství probíhalo klidně, bez komplikací. Maminka se na dítě těšila, četla potřebnou literaturu. Bylo řečeno, že celou dobu četla knihy o tom, co se právě děje s jejím tělem a co se děje s miminkem, ale nenapadlo jí si pročítat knihy o tom, co se bude dít, až se dítě narodí.

První trimestr

První trimestr nebyl jednoduchý. Radka byla neustále unavená, zvracela. Měla potřebu jíst okamžitě, jak dostala hlad, jinak začala být nevrlá a nervózní. Jinak byla z těhotenství nadšená, jelikož si dítě oba dva přáli.

Druhý trimestr

Tento semestr probíhal klidně, vše bylo jak má. Zklidnily se nálady, zvracení ustálo a Radka se těšila z toho, jak miminko roste. Začala připravovat dětský pokoj, číst literaturu.

Třetí trimestr

Jelikož už bylo miminko veliké, měla Radka problémy s pohybem, musela si přidržovat břicho, jelikož sama je drobné postavy. Bydlí v bytě ve třetím patře, takže do zhruba 36. týdnu nebyl problém chodit po schodech svižněji, pak už to šlo hůř. Čím se porod blížil, tím víc se ho začala obávat, ale vzhledem k porodní asistenci, která jí vše vysvětlila, se snažila být klidná.

Průběh porodu

Radka se vzbudila v noci, když cítila, že jí začíná pobolívat břicho, přibližně ve stejných intervalech po 6 minutách. Volala své porodní asistenci, zda už přichází porod nebo jsou to pouze poslíčci. Jako prvorodička s tím neměla zkušenost a nevěděla. Asistentka jí poradila, že si má napustit horkou vanu, a pokud to nepřejde, tak se za ní dostaví. Bolesti nepřecházely. Vzbudila partnera a s porodní asistentkou, která přijela za ní domů, se

[ZADEJTE TEXT.]

snažila zvládat porodní bolesti, které už byly ve velkém rozsahu. Po několika hodinách, kdy se zdálo, že mají stále čas, protože rodička nebyla otevřená, jak bylo potřeba, jí praskl čípek a bylo nutné odjet do Fakultní nemocnice, protože už by nestihli cestu do Rakovníka. Radka v těchto chvílích už moc nevnímala, co jí ostatní říkají, soustředila se spíše na bolesti. Bohužel se stalo to, co oba partneři nechtěli a v okamžiku kdy přišli do nemocnice ke klasickému porodu, tak pocítli rozdíl. Stres nemocnice. Radka šla hned na sál, ve chvíli, kdy u sebe potřebovala partnera, tak ten musel zařizovat dokumenty. V tuhle chvíli už cítila Radka pouze velké bolesti. Na sále s ní byl partner a porodní asistentka z nemocnice, která se více věnovala počítači, než rodičce. Dítě se narodilo zhruba hodinu po příjezdu do nemocnice, kdy přišla lékařka a podívala se na miminko, zda je v pořádku.

Partner u porodu

Dokud byli manželé doma, s porodní asistentkou, která byla známá obou a radila, co má dělat, byl partner sice nervózní, ale stále v klidu. Po příjezdu do nemocnice a příchodu na porodní sál už začínal být ve stresu, jelikož porodní asistentka přítomná na sále řekla, že bude třeba propíchnout plodovou vodu, aby porod uspíšili a manželce se tak ulevilo. On po hodinách, kdy sledoval svou ženu v bolestech, nebyl už schopen odporovat, i přesto, že v původním plánu bylo, nechat plodovou vodu odtéct samovolně. Slyšel pouze to, že se jí uleví, a tak oba souhlasili. Během porodu byl u manželky po celou dobu, podporoval ji, držel ji.

Šestinedělí

Oba partneři chtěli, aby dítě bylo přiloženo k matce hned po porodu, oba byli seznámeni s tím, jak je to důležité pro matku a pro dítě, pro jejich vzájemné spojení. Toto přání nebylo splněno a novorozeně odnesli do inkubátoru, zabalili ho a až po té odnesli k matce, takže neproběhl žádný přímý kontakt s matkou. Bylo řečeno, že ve chvíli, kdy zůstala rodička na porodním sále po 2 hodiny i s partnerem a miminkem, necítila k dítěti lásku a pocity měla spíše smíšené. Zdravotní komplikace neměla Radka žádné, spíš co se týká soužití se s miminkem. Jelikož byla na pokoji s dalšími rodičkami, nebyl tam klid, kterého byla potřeba. Co se týče kojení, tak tomu se setry moc nevěnovaly, v podstatě jí to nenaučily. Na pokoji se neustále střídali různí lidé, nutriční poradci a fotografové, takže i

[ZADEJTE TEXT.]

přesto, že bylo Radce oznámeno, aby se naladila na nějaký rytmus s dítětem, byl v nemocnici neustále narušován. Dokonce pomýšlela i na to, že by odešla z nemocnice na revers, ale 3 dny, patří dítě do péče nemocnice, takže by mohla odejít ona a miminko by zde muselo zůstat, což samozřejmě nechtěla. Jak již bylo zmíněno, tak se v nemocnici sestry moc nevěnovaly kojení, takže se to Radka dostatečně nenaučila a po 3 týdnech miminko odstavila a přestala kojít. Začala dávat dítěti umělou výživu. Bohužel se s malým nesžila, tak jak by měla a nastaly problémy. Miminko plakalo, ona se snažila mu dávat pořád jíst, přitom mělo dítě střevní problémy. Celkové porozumění dítěti zde nebylo a Radka uvažovala nad tím, jestli to vůbec bylo dobře, mít dítě, že to byl špatný nápad, že takhle nemůže jít dál. Pochybnosti přestaly až po 3 měsících, kdy láska k dítěti začala narůstat, začínali si na sebe zvykat. Radce pomohl internetový kurz, který si zaplatila. Jmenuje se nevychova.cz, internetový kurz který pomáhá rodičům s problémy s dětmi od 0 do 18 let. Sice u něj probřečela skoro každý večer, ale nebýt toho, tak neví, jak by celá situace dopadla, velice jí to pomohlo. Nyní s dítětem funguje vše, jak má, Radka se snaží číst literaturu o výchově, aby byla co nejlepší matkou. Jak bylo řečeno, netušila, že by někoho takhle kdy mohla milovat. Po dotazu, zda si myslí, jestli ta situace, která nastala po příchodu domů, byla způsobená tím, jak probíhal porod a následným kontaktem s dítětem. Když se na to dívá zpětně, tak si myslí, že ano, ale jelikož to bylo první těhotenství a první porod, nemůže to říct na sto procent.

12.3.2 KAZUISTIKA Č. 2

Anamnéza matky

Martině je 28 let. Je to zdravá žena, bez žádných vážných chorob a problémů. Byla už jednou vdaná, nyní je ale rozvedená a dítě má s partnerem. Žijí spolu již 3 roky, nejsou manželé. Má dokončenou střední školu s maturitou. Pak chvilku studovala i na vysoké škole, ale nedodělala ji. Než nastoupila na mateřskou dovolenou, živila se jako servírka a následně manažerka restaurace.

[ZADEJTE TEXT.]

Anamnéza otce

Vilémovi je 32 let. Zdravý muž, bez zdravotních komplikací a chorob. Vystudoval střední školu s maturitou, na vysokou školu dále nechtěl. Živí se jako provozní podniku. Z předchozího vztahu už má šestileté dítě, takže je zkušenější než Martina, která je prvorodička.

Datum narození dítěte: 24. 10. 2016

Věk dítěte: 5 měsíců

Průběh těhotenství

Martiny těhotenství probíhalo klidně. Snažila se číst potřebnou literaturu, aby byla připravená. Dítě si spolu přáli, takže byla šťastná, když zjistila, že je těhotná.

První trimestr

První trimestr probíhal naprosto bez problémů. Martina chodila do práce, jelikož nepocítovala žádnou nevolnost, ani bolesti. Vyhýbaly se jí chutě a všechny obtíže, které první trimestr těhotenství obnáší.

Druhý trimestr

Martina chodila stále do práce, jelikož jak bylo řečeno, kdyby jí nezačalo růst břicho, ani by nepoznala, že je těhotná. Vše probíhalo naprosto bez problémů, doma se připravovali na příchod miminka, oba velice bavila příprava dětského pokoje, nakupování kočárku a oblečení pro dítě. Četla si knihy o těhotenství, jinak se nepřipravovala.

Třetí trimestr

V těchto chvílích už byla Martina doma, ale stále byla velmi aktivní maminkou. Cvičila, jezdila na kole v podstatě do poslední chvíle. V tomto trimestru už se začala lehce obávat

[ZADEJTE TEXT.]

porodu, ale uklidňovala sama sebe, že když to zvládnou všechny ženy, tak ona musí taky, že jiná cesta stejně neexistuje.

Průběh porodu

Martině začaly stahy v noci, když spala. Jelikož ale byla v 8 měsíci, tak si řekla, že to budou jenom poslíčci a snažila se spát dál. Bolesti byly stále intenzivnější, tak vzbudila partnera. Ten ji uklidnil a řekl, že si pustí film a uvidí. Kontrakce ale přicházely stále více, takže se rozhodli jet do nemocnice. Jelikož to mají do nemocnice přes celé město, musel být partner v autě velice rychlý, jelikož Martina měla už velké bolesti. Když dorazili do nemocnice, lékařka oznámila, že musí okamžitě na porodní sál. Miminko bylo porozené během půl hodiny, od příjezdu do porodnice. Martina se nestačila ani rozkoukat a dítě bylo venku.

Partner u porodu

Vilém byl chvílemi zmatený, jelikož nepředpokládal, že půjde vše tak rychle. Místo toho, aby byl se svou partnerkou na porodním sále, zdržoval ho personál s vyplňováním dokumentů. Když přišel na porodní sál, tak už trochu věděl, co se bude dít a jak se chovat. Od Martiny si vyslechl pár nadávek, ale nebral si je absolutně k tělu. Vše bylo velice rychlé, v té situaci, která přišla velmi rychle se ani nestačil řádně zorientovat a miminko bylo na světě. Byl na Martinu velmi hrdý, jak vše zvládla.

Šestinedělí

Jelikož se miminko narodilo o měsíc dříve, byl pro oba začátek těžší. Miminko přesunuli na neonatologii, kde bylo i s maminkou 14 dní. To samozřejmě nebylo pro Martinu vůbec jednoduché. Byla velice plačtivá, jelikož viděla její dítě napojená na všechny hadičky. Byla z celé situace trochu zoufalá, jelikož nemohla nic udělat, nijak pomoci. Opouštěli nemocnici, když mělo miminko 2500 gramů, bylo hrozně malinké, ale Martina byla šťastná, že už mohou jít domů. Byla to pro ní obrovská úleva, zbavila se stresu, těšila se, že už budou fungovat doma normálně, jako rodina. Vše probíhalo po návratu domů bez problému. Martina měla ve svém partnerovi velkou oporu, když něco nevěděla, tak jí byl

[ZADEJTE TEXT.]

vždy po ruce, jelikož už tyhle situace novorozeněte doma znal. S rolí matky se ztotožnila velice rychle, poporodní deprese nepocítila, miminko stále kojí a mají spolu vztah přímo učebnicový.

12.3.3 KAZUISTIKA Č. 3

Anamnéza matky

Adéle je 26 let. Netrpí žádnou chorobou, která by ohrožovala ji nebo dítě. Má vystudovanou střední školu, pak měla brigády a následně si našla práci, kde potkala svého budoucího manžela, se kterým otěhotněla. Od začátku těhotenství chtěla porod v nemocnici, kde si dělala i předporodní kurz.

Anamnéza otce

Otec Pavel, kterému je 29 let. Dostudoval střední školu, následně šel do práce. Netrpí žádnou nemocí. S Adélou se potkal ve své nynější práci, byli spolu 3 měsíce a ona otěhotněla. Po dalších 3 měsících ji požádal o ruku a vzali se. Nyní spolu žijí v bytě, ve spokojeném vztahu i s miminkem.

Datum narození dítěte: 10. 1. 2017

Věk dítěte: 3 měsíce

Průběh těhotenství

Adéla šla k lékaři s vědomím, že je těhotná i přesto, že si udělala test, který vyšel negativní. Lékař jí udělal ultrazvuk a řekl, že s velkou fantazií může říct, že něco vidí. Vzali Adéle krev a řekli, ať si zavolá. Týden na to, jí oznámili, že je opravdu těhotná, ať si přijde pro průkazku a na vyšetření.

[ZADEJTE TEXT.]

První trimestr

První trimestr byl trochu náročnější. Adéla byla nadšená, že je těhotná, velmi se z toho těšila ona i její muž. Po následných návštěvách u gynekologa jí ale bylo oznámeno, že se utvořil hematoma, který sice embryo neutlačuje, ale to se odpojilo od děložní stěny, takže okamžitě nastoupila na rizikové těhotenství. Pro ni to byl pouze velký stres, doufala, že bude vše v pořádku.

Druhý trimestr

V druhém trimestru se dalo vše do pořádku. Hematom zmizel a miminko rostlo. Vše bylo nyní z lékařského hlediska v pořádku. Adéla i s partnerem začali připravovat dětský pokoj, nakupovali věci. Nechali si říct, že dítě bude děvčátko, takže si řekli, že dítě pojmenují po mamince. Oba dva malé po večerech četli pohádky, vyprávěli, pouštěli písničky a zpívali.

Třetí trimestr

Adéla četla celé těhotenství literaturu, takže byla připravená. Před porodem začala chodit na předporodní kurzy, takže byla nervózní z toho, co přijde, ale neobávala se toho tolik. Byla na příchod miminka připravená. Ona i její manžel se už těšili.

Průběh porodu: Díky předporodnímu kurzu Adéla poznala, co jsou pouze poslíčci a kdy už by t mohl být příchodí porod. V den porodu šla ještě na nákup, s občasným pobolíváním břicha. Byl to jeden stah, další až po hodině. Seděla s manželem doma a měřila si, po jak dlouhé době přichází. Večer už to bylo silnější, stahy začaly být pravidelné, tak jí vzal muž už do nemocnice, že tím nic neztratí a je lepší být pod dohledem. Přece jen byla prvorodička. Po příjezdu následovalo partnerovo vyplňování formulářů manželem a Adélu vzali na sál. Stahy měla zhruba po 6 minutách, ale nebyla dostatečně otevřená k porodu. Bylo to pro ni velmi vyčerpávající. Zkoušela jít do sprchy, pro zmírnění bolestí, bohužel jí to nepomohlo. Ležela na lůžku, bolesti se i pozvracela. Lékaři jí měli pod dohledem, ale po několika hodinách v bolestech jí píchli injekci proti bolesti. Bylo řečeno, že injekce pomohla spíše po psychické stránce, udělalo se jí lépe, ale bolesti měla stále stejné. Adéla byla už velmi unavená, kontrakce měla po půl minutách, takže vždy na půl hodiny usnula, pak jí vzbudila bolest. Miminko se narodilo po 8 hodinách. Porod si prodloužila zhruba o

[ZADEJTE TEXT.]

hodinu, jelikož už nemohla vydržet nevypuzovat dítě, takže jí oteklo děložní hrdlo. Lékaři byli nuceni píchnout Adéle oxytocin, jelikož jí ustávaly kontrakce. Ucítla sice velkou bolest, ale dítě bylo během chvíle venku. Udělali klasická vyšetření, měření a vážení a dali maminko matce. Ta v tu chvíli zapoměla na bolest, kterou si zažila a prožívala pouze štěstí.

Partner u porodu

Pavel byl celou dobu nápomocný své partnerce. Nešel od ní pryč ani na minutu, byl pro ní velkou oporou celých 8 hodin. Staral se o ní, otíral jí, pomáhal ze sprchy. Sám pořádně nevěděl, jak se má chovat, nebo co by měl dělat, ale co mu v tu chvíli přišlo správné, tak se tak choval. Byla to intuice. Při porodu pomáhal lékaři a držel Adélu za nohu, podporoval ji, jak bylo v jeho silách. Když se miminko narodilo, byl ohromen a byl velmi šťastný.

Šestinedělí

Následné 3 dny strávila Adéla v nemocnici. S dítětem fungovala od začátku v pořádku, když začalo dítě poplakávat, tak se Adéla snažila k miminku mluvit, povídat, pobroukávat. S dítětem se šila bez problému. Po příchodu domů se začala trochu obávat, zda všechno zvládne, jelikož v nemocnici pouze zazvonila na zvonek a přišla sestřička, která jí pomohlo. Doma si uvědomila, že nemá komu zavolat, aby jí během 10 minut pomohl, tak z toho začala mít strach. To po týdnu odeznělo. Jinak neměla žádné špatné nálady, poporodní blues se jí vyhnulo, stejně tak i deprese. Zajímavé bylo, že když s manželem pustili miminku melodie, které pouštěli i během těhotenství, tak bylo vidět, jak dítě zpozornělo, že melodii zná. Nyní je Adéla naprosto spokojená matka, která se s manželem pokouší o další otěhotnění.

[ZADEJTE TEXT.]

12.3.4 KAZUISTIKA Č. 4

Anamnéza matky

Veronice je 32 let. Má dokončenou vysokou školu, dále pak pracovala jako personalistka. Přítele má 3 roky a mají 7 měsíční dítě. Veronika netrpěla žádnou vážnou nemocí, nebo dlouhodobou chorobou. Nyní je na mateřské dovolené.

Anamnéza otce

Františkovi je 33 let. Má vystudovanou lékařskou fakultu, v oboru obecné chirurgie. Jako lékař se živí. Je to zdravý muž, bez chorob a nemocí. S Veronikou žije již 3 roky, před 7 měsíci se jim narodilo miminko a nyní spolu plánují svatbu.

Datum narození dítěte: 9. 8. 2016

Věk dítěte: 7 měsíců

Průběh těhotenství

Těhotenství probíhalo celkově klidně, pouze na začátku se nacházely drobné potíže. Ty po 3 měsících odezněly a Veronika se mohla připravovat na narození dítěte a porod s klidnou hlavou. Užitečné informace si hledala na internetu a mobilních aplikacích. Velice nápomocná jí byla její blízká kamarádka, která jí říkala zkušenosti z vlastního těhotenství.

První trimestr

První trimestr byl pro oba partnery náročný. Veronika trpěla velkými nevolnostmi, shodila několik kilo, váha jí šla dolů rychle. Pouze zracela a cokoliv snědla, opět vyzvrátila. Nezbyvalo nic jiného, než jí přijmout na pár dní do nemocnice a napojit na umělou výživu. Zde se dala pomalu dohromady a po týdnu byla puštěna domů, ale na rizikové těhotenství. I přes začáteční potíže měla z dítěte radost, jelikož si ho s partnerem přáli.

Druhý trimestr

V druhém trimestru už se dalo vše do pořádku, Veronika začala přibírat na váze, miminko rostlo. S partnerem vybírali jméno, ale pohlaví si prozradit nenechali. Postupně se rozhodli, že se přestěhují do domku se zahradou, aby se netísnil v bytě v centru města. Oba z toho byli nadšení, ale Veronika si začala dělat starosti, zda to zvládne a chtěla se vyvarovat možnému stresu. Její partner jí byl v těchto chvílích velkou oporou a veškeré starosti vzal na sebe. Jelikož je Veronika velmi společenská osoba, pomalu začala chodit za kamarádkami, nakupovat oblečení pro miminko a dělala si jen radosti. Cítila se skvěle, na počáteční potíže už ani nepomyslela.

Třetí trimestr

Třetí trimestr začal být náročnější. Jak na pohyb, tak na psychiku. Veronika se začala velmi obávat porodu, i přes veškerá uklidňování svých kamarádek, které už matkami jsou. Byla to třeba měsíční záležitost, která následně ustala a přešla ve strach z toho, co se bude dít, až se miminko narodí. Byla informována o tom, co se děje s ní teď a s kamarádkami se bavila o tom, co a jak bolí a jak probíhá těhotenství, ale nějak opomněla, co bude, až bude dítě s ní. V těchto chvílích pro ní byl partner velmi nápomocný, uklidňoval ji, že na to nikdy nebude sama a že vše stoprocentně zvládnou, ať se ničeho nebojí. Myšlenky měla Veronika všelijaké, ale snažila se být optimistická. Veronika byla nadšená z večerů, kdy oba byli doma a dítěti zpívali, povídali pohádky nebo jen své zážitky.

Průběh porodu

Veronika začala mít kontrakce v noci, kdy jí probudily ze spaní. Nejdříve si řekla, že to budou jen poslíčci a tak si dle rad, napustila teplou vanu a snažila se odpočívat a relaxovat. Úlevu však nepocítila, a tak vylezla a vzbudila Františka, že se nejspíš už něco děje a že by ráda jela do nemocnice. Po cestě už byly kontrakce silné. Když dojeli do porodnice, vzali ji na porodní sál. Po 2 hodinách se narodila holčička. Oba dva byli velice nadšení, tatínek byl

[ZADEJTE TEXT.]

ohromen, protože si holčičku přál. Malou zvažili, omyli a dali Veronice a Františkovi. Nechali je všechny odpočívat na porodním sále.

Partner u porodu

I přesto, že je František lékař, tak pro něj tato situace nebyla úplně jednoduché. Je sice zvyklý na krev, a že lidé naříkají, ale u své partnerky se mu na to nekoukalo úplně nejlépe. I přesto ale byl Veronice velkou oporou, podporoval jí slovně, snažil se jí otírat od potu, držel ji za ruku. Jelikož se nesměla rodička napít, alespoň jí smáčel rty ve vodě. Byl to pro něj úžasný zážitek, svojí nastávající ženu velice obdivuje za to, jak vše zvládla.

Šestinedělí

První dva dny byly trochu náročnější. Miminko často brečelo a Veronika byla plačtivá též. Dítě se nechtělo přisát k prsu, což maminku stresovalo, a když malá plakala, tak nevěděla, jak ji uklidnit. Sestřičky jí uklidňovaly, že se to stát může, přece jen je to i pro dítě nelehká cesta. Třetí den opouštěli nemocnici už obě v pořádku. Veronika se naučila kojit, a jelikož už věděla, že jede domů, tak se zmírnily i její obavy, jelikož sama nemá moc ráda nemocniční prostředí. Obavy a starosti, zda se dokáže postarat o malé dítě, byly pryč. Role matky se jí velice líbila. Prvních pár dní doma bojovala s nespavostí, stále miminko kontrolovala, zda spí, jestli není moc přikryté, jestli dýchá. Sebemenší pohyb v postýlce jí vzbudil. Uznává, že se strachovala více, než bylo potřeba. Partner jí pomáhal s každou maličkostí, vzal si první dva týdny dovolenou, aby mohl být doma a starat se. Oba zvládli roli rodičů perfektně a nyní plánují další dítě.

12.4 SHRNUÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Z praktické části si lze povšimnout, že u každé ženy probíhá těhotenství jiným způsobem. Každá se cítí jinak, jinak prožívá momenty zjištění, že je těhotná, liší se průběh těhotenství, průběh porodu. Jeho délka, bolest, vnímání partnera u porodu. Stejně tak i následné hodiny po porodu a šestinedělí. Každý člověk se od sebe liší, stejně tak i tato situace. Dotazovat se

[ZADEJTE TEXT.]

můžeme spousty žen a každá řekne o těhotenství a porodu něco jiného. Proto shrnout takovou situaci není věc snadná, ale přesto můžeme naleznout několik shodných momentů v životě těchto čtyř žen. Už od počátku, kdy zjistily, že jsou těhotné, se začaly věnovat potřebné literatuře a snažily se sbírat zkušenosti, ale většina o tom, co se děje s jejich tělem během těhotenství a opomíjely to, co se bude dít, až se dítě narodí a až si ho přivedou domů. Soustředí se většinou na to, co se děje s jejich tělem, jak miminko roste, čtou si o porodu. U všech respondentek bylo dítě chtěné, jak ze strany jejich, tak partnerů, takže těhotenství provázela radost a štěstí. Připravovaly se dětské pokoje, nákupy a celkové přípravy na příchod nového člena rodina. Po psychické stránce byly ženy spokojené, s občasnými starostmi, které by se ale daly označit za běžné. Co se týče porodu, se ale už začínají od sebe lišit. Kromě bolestí, bez kterých se porod neobejde. Každá si celou situaci prožila jiným způsobem a jinak dlouhou dobu. Respondentka s číslem 2 přijela do nemocnice a za půl hodiny bylo dítě narozené, respondentka číslo 3 byla na porodním sále dalších 8 hodin. Zajímavé je, že respondentka s číslem 1, se zajímala o alternativní porody, chtěla rodit ambulantně v jiné nemocnici, ale z náhlých potíží to již nebylo možné. Požadovala po porodu o okamžité přiložení dítěte, ale nestalo se tak. Následně měla potíže se s dítětem sžít, trpěla poporodními depresemi. Ostatní respondentky, které počítaly s klasickým porodem v nemocnici, za přítomnosti veškerého personálu, tento problém nepocítily. Partneři u porodu fungovali, tak jak to ženy v danou situaci potřebovali. Byli nápomocní, sloužili jako ohromná podpora. Každá si partnera na porodním sále velmi dobře pamatuje, ženy podporu vnímaly, bylo řečeno, že bez nich by porod nejspíše nezvládly.

Jako doporučení všem prvorodičkám by mělo být uvedeno, aby se nestresovaly ze zbytečností. Ve třetím semestru se stresují porodem, který přijde s naprostou jistotou. Je to přirozená věc, která je nutná a zabránit se jí nedá. Každá žena se bojí bolesti, ale od většiny žen následně uslyšíte, že to, co se děje potom, když vidíte své dítě, vám veškerou bolest vynahradí. Samozřejmě je důležité, číst literaturu, vědět, jak se v těhotenství chovat a jak zacházet s miminkem, ale respondentky následně věděly přirozenou cestou, co si mohou ke svému dítěti dovolit. Po celé těhotenství i při porodu, je důležitá podpora, kterou je důležité najít ve svém partnerovi. Je třeba, aby si žena uvědomila, že není na dítě sama, ale že jsou na vše dva. Samozřejmě je nyní zmiňována situace respondentek a ostatních žen, které čekají dítě s partnerem.

ZÁVĚR

Tématem mé bakalářské práce je „Psychologie porodu“. Zabývala jsem se tématy, které vedou k porodu, změny psychiky žen během těhotenství a každého trimestru zvlášť a následně i během porodu. Dále je zde nastíněna přítomnost partnera u porodu a průběh šestinedělí a komplikace, které s ním mohou být spojené. Práce se dělí na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části se jedná o psychickou stránku ženy, která se během těhotenství mění každým trimestrem a následně vrcholí porodem. V historii se na těhotenství a porod nahlíželo jinak než v dnešní době, nyní se přístup změnil a každá žena si může sama vybrat za jakých okolností a kde chce родit. Těhotenství je náročné pro každou ženu, její psychika je narušena a snadno se nechá rozrušit různými faktory. Je třeba, aby se každá těhotná žena vyhýbala stresorům, jako jsou například vztahy v rodině nebo ekonomická situace.

Postačující je ten fakt, že na ni čeká porod, který můžeme označit za náročnou životní situaci. S porodem je spojená bolest, která k němu neodmyslitelně patří a žena se na ni připravuje několik měsíců.

Nedílnou součástí těhotenství je komunikace s dítětem. Během 9 měsíců se vytváří vazba mezi matkou a dítětem, je proto důležitá vzájemná interakce. V druhém trimestru se dítě začne ozývat, občas kopne, dává o sobě vědět. Maminky na něj mohou mluvit, zpívat mu, pouštět melodie, jelikož dítě je rozpozná, když se narodí. Slyší hlas matky a pozná i hlas otce, takže je důležité, aby se partner zúčastnil těchto aktivit. Vyvrcholením 9 měsíců je porod. Situace, na kterou ženy mohou vzpomínat v dobrém, ale většinou je to pro ně bolestivý zážitek, kdy záleží na jejich psychice, jak moc se obávají, jak si věří. Důležitá je pro ně podpora partnera, přístup personálu a místo, kde rodí. To si může žena zvolit sama, pokud si vybere některý z alternativních porodů, kterých je v dnešní době na výběr a v teoretické části se jim věnuji v celé kapitole.

Praktická část se skládá s kazuistik se čtyřmi ženami. Formou rozhovoru byly dotazovány, jak prožívaly těhotenství v jednotlivých trimestrech, jaký byl průběh jejich porodu, jejich pocity, jak je podporoval partner a co prožívaly během šestinedělí. U každé ženy byl průběh těhotenství trochu jiný, stejně tak jako porod, ale všechny se shodly na důležitosti podpory partnera, jak po celé těhotenství, tak i během porodu. Stejně tak i skutečnost, že porod byl velice náročný, ale ve chvíli, kdy uviděly své dítě na světě, zapoměly na bolest a cítily štěstí a lásku a i přes veškeré bolesti a náročnost situace, chtějí dítě další.

[ZADEJTE TEXT.]

Samozřejmě jsem si vědoma, že praktickou část mé práce mohu považovat pouze za sondu do této problematiky. K řádnému výzkumu a následnému závěru, by byla potřeba minimálně 60 respondentek. Nyní mohu uvést alespoň tento nástin k dané situaci.

Rozhodně bych doporučila těhotným ženám navštěvovat například předporodní kurzy, které zlepšují informovanost budoucích matek o porodu, což bylo potvrzeno u jedné z dotazovaných žen. Věděla, jak se má zachovat, rozpoznala pouhé poslíčky od kontrakcí a větší připravenost jí tak ulehčila už tak náročnou situaci.

Z informací, které jsem získala díky bakalářské práci jak teoretické, tak praktické bych ráda uvedla, že jednou z nejdůležitějších věcí je pro těhotné ženy udržovat se psychicky vyrovnané, nestresovat se zbytečnostmi a obklopovat se lidmi, kteří umějí podpořit v jakékoliv situaci. Závěrem mohu říci, že psychologii těhotenství je třeba brát v potaz, protože právě psychika ženy může z jejího těhotenství a porodu udělat buď období krásné či naopak.

[ZADEJTE TEXT.]

RESUMÉ

Tématem bakalářské práce je psychologie těhotenství a porodu. Cílem bylo zjistit, jak se vyvíjí psychika ženy během těhotenství, jak prožívají porod a dny poté. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část začíná historií porodu, jak se vyvíjelo porodnictví a přístup k těhotným ženám. Následující kapitoly nahlíží na těhotné ženy z psychologického hlediska, jak na porod, tak na těhotenství. Věnována je pozornost faktorům, které ovlivňují ženy během těhotenství a také prenatální komunikaci. Dále jsou v teoretické části kapitoly, které se věnují porodu, jak ženy vnímají partnera u porodu, vnímání bolesti a následné poporodní psychické stavy.

Praktická část je vypracována na základě kazuistik, které byly zpracovány na základě rozhovorů se čtyřmi ženami, prvorodičkami. Dotazy směřovaly hlavně k jejich prožívání těhotenství a porodu. Závěr kazuistik se pak nachází ve shrnutí praktické části.

[ZADEJTE TEXT.]

SUMMARY

The topic of the bachelor thesis is the psychology of pregnancy and childbirth. The aim was to find out how it develops the psyche of women during pregnancy, how to enjoy the birth and the days after. Bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part starts with the history of the birth, as developed obstetrics and access to pregnant women. The following chapter looks at pregnant women, from a psychological point of view, how to childbirth, to pregnancy. Paid is attention to the factors that affect a woman during pregnancy and also prenatal communication. Furthermore, in the theoretical part of the chapter, dedicated to the birth, how women perceive partner at the birth, pain perception and the subsequent postpartum mental states.

The practical part is developed on the basis of case studies, which have been processed on the basis of interviews with four women, prvorodičkami. Questions were directed to their experience of pregnancy and childbirth. Conclusion case studies are then located in the summary of the practical part.

SEZNAM LITERATURY

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Vyd.1. Praha : Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

TEUSEN, Gertrud; GOZE-HÄNEL, Iris. *Prenatální komunikace*. Vyd.1. Praha : Portál, 2003. 80 s. ISBN 80-7178-753-1.

ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Vyd.1. Praha : Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-8579468-1.

SARTI, Paolo a Giuseppe SPARNACCI. *Těhotenství a péče o dítě: kompletní průvodce od početí do věku šesti let : ilustrovaný atlas*. Praha: Sun, 2007. ISBN 978-80-7371-143-6.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 9788072626533.

MACKŮ, František a Jaroslava MACKŮ. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-589-0.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.

FENWICK, Elizabeth. *Velká kniha o matce a dítěti: [praktická příručka o těhotenství, porodu a péči o dítě do tří let]*. 7. opr. a dopl. vyd. Bratislava: Perfekt, 1998. ISBN 80-8046-091-4.

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Praha: DharmaGaia, 2011. Šťastné dítě. ISBN 978-80-7436-014-5.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

FREUD, Sigmund. *Vybrané spisy 1*. Praha: Avicenum, 1961. ISBN 80-201-0225-6.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.

HÖFER, Silvia a Nora SZÁSZ. *Jsem v tom!: rady pro nastávající maminky : těhotenství, porod a první dny s miminkem*. Praha: Jan Vašut, 2010. ISBN 978-80-7236-735-1.

SIMKIN, Penny. *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-308-5.

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

[ZADEJTE TEXT.]

NICOLSON, Paula. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-938-1.

CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2142-2

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie 1*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0

PRAŠKO, Jan. *Psychoterapie poporodních depresí*, *Psychiatrie* 2002. 6 (Suppl.2):39-44.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

[ZADEJTE TEXT.]

INTERNETOVÉ ZDROJE

Vysokoškolské kvalifikační práce [online]. Copyright © [cit. 05.04.2017]. Dostupné z: https://theses.cz/id/gfq74j/Problematika_prenatln_psychologie_2.pdf

[online]. Dostupné z: <http://www.zenska-neplodnost.cz/vek-zeny-a-plodnost>

O časopisu - PSYCHOSOM | časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu [online]. Copyright © [cit. 05.04.2017]. Dostupné z: <http://www.psychosom.cz/images/archiv/Psychosom-2010-4.pdf>

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy [online]. Copyright © [cit. 05.04.2017]. Dostupné z: http://www.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/2016/03/Psychosocialni-factory-porodu_TZ.docx