

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**ANALÝZA STRESOVÉ ZÁTĚŽE V TĚHOTENSTVÍ**  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Dominika Four**

*Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání*

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

**Plzeň, 2019**

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

V Plzni, ..... 2019

.....  
vlastnoruční podpis

## Poděkování

Ráda bych zde poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D., která má velkou zásluhu na jejím vzniku. V průběhu tvorby mi věnovala nejen svůj čas a předala cenné rady, ale rovněž mi dodávala velkou podporu, trpělivost a za každých okolností byla vstřícná a ochotná poskytnout pomoc.

Zároveň bych chtěla poděkovat svým respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu, který by bez jejich ochoty účastnit se, nevznikl.

V neposlední řadě děkuji své rodině za to, že mě po celou dobu podporovala a projevovala empatii a pochopení nejen při psaní této práce, ale i během celého studia.

## OBSAH

<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>2</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>4</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
<b>1 STRES</b> .....	<b>6</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU „STRES“ .....	6
1.2 AUTONOMNÍ A VEGETATIVNÍ NERVOVÝ SYSTÉM .....	7
1.3. TVŮRCI TEORIE STRESU .....	8
1.4. STRESORY .....	9
1.5. STÁDIA STRESU .....	10
1.6. PŘÍZNAKY STRESOVÉHO STAVU.....	11
1.7. NEGATIVNÍ DOPADY STRESU NA PSYCHICKÉ ZDRAVÍ .....	13
1.8. ZVLÁDÁNÍ A REAGOVÁNÍ NA STRES.....	18
1.9. PREVENCE STRESU.....	22
<b>2 TĚHOTENSTVÍ</b> .....	<b>23</b>
2.1. PRENATÁLNÍ ONTOGENEZE .....	23
2.2. FYZIOLOGIE TĚHOTENSTVÍ.....	28
<b>3 PSYCHIKA ŽENY V TĚHOTENSTVÍ</b> .....	<b>31</b>
3.1. PSYCHIKA V TĚHOTENSTVÍ.....	31
3.2. PŘEHLEDOVÁ STUDIE VÝZKUMŮ STRESU V TĚHOTENSTVÍ.....	33
<b>4 STRESORY V TĚHOTENSTVÍ</b> .....	<b>39</b>
4.1. CÍL ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÝ DESIGN .....	39
4.2. METODOLOGIE KVALITATIVNÍ ČÁSTI .....	40
4.3. METODOLOGIE KVANTITATIVNÍ ČÁSTI .....	41
4.4. VÝSLEDKY KVALITATIVNÍ ČÁSTI .....	43
4.5. ODBORNÁ POLEMKA VÝSLEDKŮ.....	53
4.6. VÝSLEDKY ANKETNÍHO ŠETŘENÍ .....	54
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>60</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>62</b>
<b>SEZNAM LITERATURY</b> .....	<b>64</b>
<b>ELEKTRONICKÉ ZDROJE</b> .....	<b>66</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ</b> .....	<b>69</b>

**ABSTRAKT**

Bakalářská práce se věnuje problematice stresové zátěže v těhotenství. Práce je členěna do čtyř kapitol. První kapitola je věnována stresu. Druhá kapitola je zaměřena především na těhotenství. V této kapitole se setkáváme s prenatální ontogenezí a fyziologií těhotenství. Třetí kapitola je věnována stresu v těhotenství. Obsahuje především přehledovou studii výzkumů, které se týkají problematiky stresu v těhotenství. Rovněž je zaměřena také na důsledky stresu v těhotenství.

Čtvrtá kapitola se nazývá stresory v těhotenství. Kapitola je zaměřena na sběr dat a jejich analýzu na základě kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Z kvalitativních metod jsou využity rozhovory, které jsou doplněny kvantitativní metodou v podobě ankety. Cílem je především popsat stresory, které mohou působit na těhotnou ženu v dnešní době.

**Klíčová slova:** stres, stresor, coping, posttraumatická stresová porucha, těhotenství psychika ženy během těhotenství

**ABSTRACT**

This bachelors thesis is focused on the stress in pregnancy. The thesis is divided into four chapters. First of them is a general explanation of the term stress. The second one is focused on pregnancy. In this part is introduced prenatal ontogenesis and physiology of pregnancy. The third chapter is devoted to stress in pregnancy. Above all, it contains an overview study of research concerning the issue of stress in pregnancy. It is also focused on the consequences of stress during pregnancy. The fourth chapter is called „Stressors during pregnancy”. This chapter is focused on qualitative analysis and questionnaire research. Interviews are used among qualitative methods, together with questionnaires, the quantitative method. The main goal of this theses is to describe stressors, which can affect a women during pregnancy nowadays.

**Key words:** stress, stressor, coping, post traumatic stress disorder, pregnancy, psyche during pregnancy

**SEZNAM ZKRATEK**

CNS – centrální nervový systém

ANS – autonomní nervový systém

PTSP – posttraumatická nervová porucha

## ÚVOD

Problematika stresu je v dnešní době velmi aktuální téma, jelikož žijeme v uspěchané době a jsme pod velkým nátlakem společnosti. Stres není nikomu z nás cizí. V této bakalářské práci spojujeme problematiku stresu s těhotenstvím. Z dostupných informací a předešlých výzkumů je evidentní, že stres ovlivňuje ženu během těhotenství a má negativní vliv na vývoj plodu. Za nejdůležitější, v tomto ohledu považujeme popsat stresory a umět s nimi pracovat. V současné době je k dispozici mnoho zahraničních výzkumů na toto téma, ale v české literatuře je dostupnost těchto informací poměrně omezená.

Bakalářská práce je zaměřena na prožívání stresu během těhotenství, a především na výzkum možných stresorů, které mohou na ženu během gravidity působit.

Tato práce bude členěna do čtyř kapitol. Nejprve budou shrnuty teoretické poznatky o daném tématu, které se snaží saturovat informace o zkoumaném jevu v co nejširším kontextu.

Důležitou součástí bude přehledová studie výzkumů stresu v těhotenství.

Využit bude smíšený výzkum. Nejprve provedeme kvalitativní výzkum. Ve kterém budou realizovány rozhovory s gravidními ženami, poté bude provedena analýza sebraných dat, na základě, které porovnáme získané stresory s předešlými výzkumy. Dále využijeme kvantitativní metodu, tj. v tomto případě anketu.

Tato práce by mohla přinést čtenářům nové poznatky a rozšířit obzory o této problematice, která u nás není zatím zcela probádána.



## 1 STRES

### 1.1 VYMEZENÍ POJMU „STRES“

Těžké životní situace už každý člověk zažil nebo na něj čekají v další fázi života. Takové situace mohou mít různou podobu. Může se jednat o úmrtí blízkého člověka nebo o zklamání při rozvodu či rozchodu, ale mohou mít i podobu zásahu vyšší moci. Například při autonehodách, úrazech, nemocích nebo při nucené změně zaměstnaní či bydliště. Každá z těchto událostí, které nás mohou potkat jsou ryze osobní a dotýkají se nitra naší osobnosti (Křivohlavý, 1994, str. 7). Zpravidla se nemusí vždy jednat o těžké životní situace, které v nás probouzejí tíseň. Žijeme v době, která na straně jedné přináší člověku vysokou úroveň zdravotní péče a kvality života, na straně druhé je uspěchaná, přetechnizovaná a člověk je denně vystaven zátěžovým a stresovým situacím. Každodenní spěch do zaměstnání, nevyřízené úkoly, konflikty, nedorozumění a očekávání ze strany blízkých jsou stresory, které obklopují každého z nás (Irmiš, 1996, str. 7). Stres jako takový je pro náš život nezbytný. Je součástí života každého člověka. Negativní vliv stresu se projeví ve chvíli, kdy jeho míra překročí hranici zvladatelnosti. V současné době máme nespočet možností, jak můžeme tuto škodlivou formu stresu – distres eliminovat (Irmiš, 1996, str. 8).

Slovo stres pochází z latinského výrazu *stringo*, což je výraz pro utahování nebo stahování smyčky kolem krku odsouzence. Jedná se konkrétně o stav organismu, který je odezvou na nadměrnou tělesnou či psychickou zátěž (Křivohlavý, 1994, s. 168). Stres nelze jednoznačně definovat. Existuje celá řada definic, které podávají různý náhled. " Dle Lazaruse je stres zjednodušeně stav ohrožující pohodu a zahrnující nepříjemné emoce (Richard S. Lazarus, 1975 in Křivohlavý, 2003, s. 168).

Hans Selye udává, že „*Stres je stav, sestávající se ze všech nespecificky navozených změn uvnitř biologického systému, který se projevuje specifickým stresovým syndromem.*“ (Seyle, 2016, s. 19). Selye tvrdí, že „*stres je abstraktní pojem, stejně jako vítr, elektřina a mnoho jiných silových polí, o nichž pojednává fyzika. V tomto pojetí je abstraktní také samotný pojem „život“, jímž se zabývá biologie.*“ (Seyle in Křivohlavý, 1994, s. 9). Z této úvahy vyplývá, že stres je specifickým stavem těla i mysli a projevuje se proto řadou objektivně zjistitelných chemických a fyziologických dění v celém organismu (Hans Seyle, 2016, s. 19).

Stres má nejen psychické, ale i fyziologické důsledky, jelikož vyvolává záporné emoce, které jsou úzce spojeny s neurovegetativními procesy. Při stresu může člověk cítit emoční negativní napětí, vzrušení, ale také utlumení, až apatii. Při stresovém vypětí se může objevit zkratkovitě jednání, roztržitost, ale také hypomnie či hypoprosexie. Mohou být narušeny i procesy myšlení nebo procesy vnímání (Holeček et al. 2007, s. 181).

Rozlišujeme negativní a pozitivní druh stresu. Distres je negativní forma stresu. Jedná se o vnitřní stav jedince, kdy se cítí být ohrožen a má pocit, že není v jeho silách nepříznivé vlivy dobře zvládnout (Irmiš, 1996, s. 8). Při působení distresu podává člověk nižší výkon, a dokonce vzniká riziko poškození organismu ve stádiu vyčerpání (Holeček et al. 2007, s. 182). Oproti distresu stojí tzv. eustres. Eustres je kladně působící forma stresu. Dochází při něm k mobilizaci sil a člověk tak může dosahovat až vrcholných výkonů (Holeček et al. 2007, s. 182). Objevuje se nejen při motivaci k výkonu, ale také při radostném, netrpělivém očekávání (Irmiš, 1996, s. 9).

## 1.2 AUTONOMNÍ A VEGETATIVNÍ NERVOVÝ SYSTÉM

Centrální nervový systém (CNS) komunikuje s tělem periferními nervy, které můžeme vůlí ovlivňovat např. při chůzi, při práci a jakémkoli volném pohybu. Vedle něj existuje ještě autonomní nervový systém (ANS), který je spontánní, funguje samovolně a nelze jeho činnost nijak ovlivňovat. ANS řídí činnost srdce, cév a činnost hladkého svalstva v celém těle (Irmiš, 1996, s. 21).

Vegetativní nervová soustava se dělí na sympatický a parasympatický nervový systém, které mají často antagonistické účinky. Jejich činnost je řízena z hypotalamu, podkorové oblasti mozku (Vokurka a Hugo, 2008, s. 99). Sympatikus je aktivován v první poplachové fázi stresové reakce. Tento subsystém může zapříčinit zvýšení krevního tlaku, zúžení cév, zrychlení srdeční frekvence, snižuje sekreci žaludeční šťávy, rozšiřuje oční zornice, rozšiřuje prokrvení v kosterním svalstvu, zvyšuje sekreci potu, vyvolává tzv. husí kůži, v zažívacím systému snižuje pohyby žaludku a střev a zvyšuje tonus svěračů (Irmiš, 1996, s. 21). Parasympatikus oproti tomu vyvolává zúžení zornic, zvyšuje slznou a slinnou sekreci, zpomaluje srdeční frekvenci, stahuje průdušnice, zvyšuje sekreci trávicích šťáv, zvyšuje pohyby žaludku a střev, vyvolává relaxaci sfinkterů, ovlivňuje sexuální funkce a rovněž se podílí i na vyměšování (Irmiš, 1996, s. 22). Ve srovnání se sympatikem je parasympatikus spojován s relaxací a odpočinkem, proto se uplatňuje především v klidovém stavu, např. při jídle (Vokurka, Hugo, 2008, s. 766). V normálním případě pracuje

parasympatikus se sympatikem v úplné rovnováze (Vokurka a Hugo, 2008, s. 766). Při sympatikotonii převládá sympatikus. Naše srdce tepe v klidu rychleji, naopak při převaze činnosti parasympatiku je klidová tepová frekvence pomalejší. Při výrazné nerovnováze hovoříme o tzv. dystonii (Irmíš, 1996, s. 22).

### 1.3. TVŮRCI TEORIE STRESU

#### **Walter Cannon**

W. Cannon se ve své výzkumné činnosti zabýval zvířaty. Studoval fyziologické změny v organismu jedince, který byl vystaven těžkým situacím. Prováděl proto experimenty, při kterých vystavoval zvířata nadměrnému hluku a teplotě. Zjistil, že ve chvíli ohrožení dochází u zvířat k mobilizaci celého organismu. Objevil tak význam sympatoadrenálního systému (Křivohlavý, 2003, s. 166-167).

#### **Hans Selye**

H. Selye je považován za zakladatele kortikoidního pojetí stresu, což je zvýšená funkce nadledvinek ve stresových situacích. Stejně jako Cannon, prováděl všechny experimenty na zvířatech a sledoval jejich reakci ve stresových situacích. Zabýval se převážně endokrinním systémem. Zjistil, že fyziologické funkce, které lze pozorovat při stresových situacích, jsou poměrně stálé, bez ohledu na druh stresoru (Křivohlavý, 2003, s. 167). Organismus má podobnou sadu reakcí na širokou škálu stresorů. Za určitých podmínek vede působení stresorů k poškození organismu a podlomení zdraví jedince (Joshi, 2007, s.16). Selye popsal v roce 1936 obecný adaptační syndrom (general adaption syndrome – GAS). GAS vysvětluje nespecifickou reakci organismu na stálý fyzikální tlak (stres).

GAS má tři fáze: První fází je poplachová reakce, následuje fáze adaptace, přizpůsobení a třetí fází, pokud nedojde k vyřešení situace, je stádium vyčerpání (Křivohlavý, 2009, s. 168).

#### **Richard Lazarus**

Ve svých teoriích se zabýval především procesy v psychice člověka při úspěšnému odolávání stresu. Podle Lazara nejde jednoznačně vymezit pojem stres. „*stres prožíváme v okamžiku, kdy situaci vnímáme jako přesahující naše osobní adaptační zdroje*“ (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 242). Lazarus soustavně studoval aspekty, které ohrožují člověka a kde se toto nebezpečí bere. Výsledky pozorování formuloval do modelu dvojího zhodnocování

(double appraisal) situace ohrožení (threat) (Křivohlavý, 2003, s. 168). Lazarus vnesl do poznání jedince při ohrožení důležitý moment – respektování kognitivních, emocionálních a konativních aspektů. Doplnil tak teorii fyziologů (Křivohlavý, 2003, s. 169).

#### 1.4. STRESORY

Souhrn veškerých okolností, podmínek či podnětů, které vedou ke stresu označujeme jako „stresory“ (Křivohlavý, 1994, s. 12). Stresory můžeme rozlišit na vnější a vnitřní. Vnější stresory jsou podněty z okolního prostředí (Holeček et al. 2007, s. 183). Hans Selye pojednává o vnějších stresorech jako o fyzikálních a emocionálních. Radiace, ultrafialové a infračervené záření, extrémní změna barometrického tlaku, znečištění vzduchu, silné magnetické pole, meteorologické vlivy, změny ročních období, kouř z cigaret, to vše lze podle něj považovat za fyzikální stresory (Hans Selye in Křivohlavý, 1994, s. 12). Druhá skupina stresorů se nazývá emocionální. Hans Selye sem řadí anxiozitu, zármutek, obavy, strach, zlobu, nepřátelství, nenávisť, anticipaci či sensorickou deprivaci nebo nevyspalost (Křivohlavý, 1994, s. 12). Mezi vnitřní stresory zahrnujeme to, co leží uvnitř jedince. Patří sem různé nemoci nebo metabolické a fyzické změny, které zatěžují organismus (Irmiš, 1996, s. 12). Dále existují i mikrostressory a makrostressory (Křivohlavý, 1994, s. 13).

**T.H. Holmes a R. H. Rahe (1967)** sestavili přehled různých stresorů, které mohou ovlivňovat osobnost. Každý stresor má přiřazenou určitou hodnotu, která má vyjadřovat sílu a intenzitu negativního vlivu na osobnost jedince (Nakonečný, 2013, s. 33).

Tabulka 1 Přehled různých stresorů (Nakonečný, 2013, s. 33)

Stresor	Bodová intenzita stresoru
Smrt manželského partnera	100
rozvod	73
Trest vězení	63
Zranění nebo nemoc	53
Svatba	50
Těhotenství	40
Sexuální problémy	39
Přírůstek v rodině	39
Změna finanční situace	38
Půjčka nad 10.000 Kč	31
Vypršení půjčky	30
Začátek nebo ukončení školy	26
Změna životních podmínek	25
Změna osobních zvyklostí	24
Potíže s nadřizenými	23
Změna pracovní doby	20
Změna bydliště	20
Změna návyků volného času	19
Půjčka pod 10.000 Kč	17
Změna návyků na spánek	16
Dovolená	13
Vánoční svátky	12

## 1.5. STÁDIA STRESU

Obecný adaptační syndrom, tzv. GAS – general adaptational syndrom, poprvé pojmenoval Hans Selye, který zaznamenal, že u lidí probíhají při NŽS podobné reakce (Křivohlavý, 1994, s. 11).

Obvykle rozlišujeme tři fáze průběhu syndromu GAS.

**Poplachová reakce**-v první fázi se během vteřiny mění životní funkce jedince. V tom okamžiku se v těle uplatňují vývojově staré mechanismy, které člověku umožňují přečkat nebezpečnou situaci. Sympatikus se aktivuje, na základě toho se zvýší koncentrace tzv. stresových hormonů (adrenalin, noradrenalin) a následně dochází k mobilizaci sil

v organismu. Výsledkem toho je útok nebo v opačném případě únik. K dalším fyziologickým projevům patří zrychlení tepu, svalové napětí, rozšíření zornic, zúžení cév, zvýšení krevní srážlivosti a dochází k tlumení bolesti. Jedná se o velmi energeticky nevhodné reakce těla, které jej ve velké míře zatěžují (Holeček et al. 2007, s. 182).

Poplachová reakce může být odezvou na jakoukoliv negativní a nepříjemnou situaci. Spuštěna může být hádkou, konfliktem nebo urážkou (Irmiš, 1996, s. 9).

**Fáze adaptace, přizpůsobení** – prostřednictvím hypotalamu se přes hypofýzu pomocí ACTH (adrenokortikotropní hormon) aktivují další hormony kůry nadledvin např. kortizol. Kortizol následně zasahuje do organismu. Tento proces zajišťuje mobilizaci energie. Sahá do hlubších rezerv sil v organismu a připravuje tělo na další boj se stresem (Irmiš, 1996, s. 10). Nové výzkumy ukazují, že mezi stresové hormony lze řadit i např. endorfiny. Endorfiny mají mimo jiné účinky jako morfium, působí na organismus tlumivě a proti bolesti (Irmiš, 1996, s. 10).

**Stádium vyčerpání** – pokud nedojde k vyřešení stresové situace v první nebo ve druhé fázi objevuje se fáze vyčerpání. Organismus je vyčerpaný a dochází k jeho úplnému zhroucení. Může se projevit v podobě psychosomatického onemocnění, psychických poruch nebo syndromu vyhoření či deprese. Jedinec má sníženou imunitu, je proto méně odolný a celkově více náchylný k onemocněním (Holeček et al. 2007, s.182).

## 1.6. PŘÍZNAKY STRESOVÉHO STAVU

Jedinec, který trpí stresem prožívá obavy a strach. Obvykle se propadá do pocitů beznaděje a bezmocnosti. Takový člověk se cítí být v ohrožení (Křivohlavý, 1994, s. 29). Obecně rozlišujeme fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu.

U **fyziologických příznaků** stresu pojednáváme o tzv. psychosomatice.

U psychosomatických onemocnění se projevuje a spolupodílí stres na zdravotním stavu jedince, jelikož psychická stránka úzce souvisí s tělesnou (Irmiš, 1996, s. 75). Řadíme sem například palpitace, arytmie nebo tachykardie. Dalším symptomem může být stenokardie. Ve stresovém stavu se může objevit i nechutenství, meteorismus, bolesti v dolní části břicha či polakisurie až syndrom OAB (syndrom over active blader) (Křivohlavý, 1994, s. 29-30). Zásadním problémem ve stresovém stavu je snížení imunity. To vede ke vzniku virosy a laryngitidy. Vznik těchto onemocnění souvisí také s nadměrnou únavou a

vyčerpáním organismu (Schreiber, 2000, s. 36). Za chorobu způsobenou stresem se považuje i ulcerózní choroba žaludku nebo duodena (Schreiber, 2000, s. 38). Častým fyziologickým projevem stresu bývá hypertenze. V době působení stresu se krevní tlak značně zvyšuje. Tento faktor je i součástí prvního stádia stresu, tj. poplachové reakce. V souvislosti hypertenze a stresu se pojednává také o tzv. neurogení hypertenzi (Schreiber, 2000, s. 37). Stres zapříčiňuje rovněž i úporné bolesti hlavy. Nejčastěji začíná bolest v krční oblasti a šíří se vpřed směrem od temene k čelu. Souvisí se svalovým vypětím. Při dlouhodobé stresové zátěži se jedinec může setkat i s migrenózní cefaleou, tj. záchvatovitou bolestí hlavy způsobenou vaskulární kongescí (Křivohlavý, 1994, s. 30). Setkat se můžeme i s jedinci, kteří trpí bodavými, řezavými, palčivými bolestmi v oblasti rukou a nohou (Křivohlavý, 1994, s. 30). Revmatoidní artritida rovněž patří k onemocněním imunitního systému, která je způsobená autoimunitní reakcí. Existují studie, které potvrzují souvislost tohoto onemocnění s těžkými životními situacemi jedince (Křivohlavý, 2003, s. 181). Předmětem zkoumání je také vliv stresu na vznik diabetu. Zde se nachází nepřímá souvislost (Křivohlavý, 2003, s. 181). U žen i mužů se na základě stresových situací projevuje sexuální impotence či výrazná sexuální apatence (Schreiber, 2000, s. 39). Zásadním problémem v životě ženy může být ztráta menstruačního cyklu, jako důsledek nadměrného stresu. Může se objevit v souvislosti s nadměrnou fyzickou zátěží např. u sportovkyň, ale také jako odezva na psychickou nevyrovnanost. Amenorea se objevuje i u žen s mentální anorexií. V oblasti reprodukce se můžeme setkat ještě s dvěma zajímavými stresovými jevy. Pokud má žena nechráněný styk, ze kterého má špatné svědomí, přestane menstruuat přesto, že není gravidní. Tento stav se označuje jako tzv. pseudocyesis (zdánlivé těhotenství) a je regulován strachem. Po čase se cyklus sám upraví a obnoví. Dalším jevem může být nemožnost otěhotnění u „neplodné ženy“, která menstruuje, ale nedaří se jí otěhotnět, jelikož intenzivně touží po početí. Neplodnost nemusí mít vždy fyziologickou příčinu, neboť může být i důsledkem psychického stresu (Schreiber, 2000, s. 39-40).

Další kategorií jsou **emocionální – citové příznaky** stresu. Nejčastějšími projevy bývají prudké, výrazné a rychlé změny nálad. Lidé trpící stresem nemusí být schopni empatie (Křivohlavý, 1994, s. 30). Podle Křivohlavého řada studií ukazuje, že za depresí stojí také nadměrný stres, jelikož podle výzkumů mohou depresí trpět nejen lidé chronicky nemocní, ale také lidé, kteří o nemocné pečují (Křivohlavý, 2003, s. 187). Se stresem souvisí i nadměrné starosti o svůj zdravotní stav a fyzický vzhled, omezení kontaktu s lidmi, vyčlenění ze společnosti, zvýšená podrážděnost a anxiozita (Křivohlavý, 1994, s. 30).

U běžných fobií a obsesí není prokázána spojitost se stresem. Vliv stresu byl prokázán především u tzv. posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Posttraumatická stresová porucha se vyskytuje především u lidí, kteří prožili zátěžovou situaci, která je nebo jejich blízké ohrožovala na životě (Křivohlavý, 2003, s. 188). Spustit ji může živelná katastrofa, násilná smrt jiných osob, mučení, znásilnění nebo únos. Avšak i silní jedinci jako např. vojáci mohou po návratu z misí trpět PTSD (Bartůňková, 2010, s. 96). Na základě tohoto stresogenního zážitku u nich vznikl dlouhodobý abnormální psychický stav (Křivohlavý, 2003, s. 188). Při dlouhodobém stresu může u jedince nastat i pokles pozornosti či pocity nadměrné únavy (Křivohlavý, 1994, s. 30).

Kategorie **behaviorálních příznaků** stresu se pojí s jednáním lidí ve stresu. Lidé trpící stresem bývají ve svém projevu nerozhodní. Jsou častěji nemocní a rekonvalescence u nich trvá déle. Tito jedinci mají horší pracovní výkony, vyhýbají se úkolům a odpovědnosti (Křivohlavý, 1994, s. 30). Příznakem stresového stavu může být i přejídání nebo naopak nechutenství (Irmíš, 1996, s. 76). Další změnou chování pod tlakem stresu může být i okusování nehtů, zrychlená chůze, nepřiměřené zvyšování hlasu, ale také zvýšená gestikulace (Irmíš, 1996, s. 76). Velký problém tkví v náchylnosti k závislostem na drogách, alkoholu, cigaretách či lécích na uklidnění nebo na spaní (Křivohlavý, 1994, s. 30). Závažným faktorem může být změněný denní biorytmus, který zapříčiňuje problémy s usínáním, noční bdění na úkor pozdního vstávání s pocity únavy (Křivohlavý, 1994, s. 30.)

## 1.7. NEGATIVNÍ DOPADY STRESU NA PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

### **Posttraumatická stresová porucha**

Během života se člověk může ocitnout v situaci, která ohrožuje jeho zdraví nebo mu usiluje o život. Trauma může být neznámé. V takovém případě člověk neví, jak se má v situaci chovat, a to ho znejišťuje. Opakem může být známé trauma, kdy se člověk po předešlých zkušenostech obává toho, co bude následovat. Obecně vzato má většina traumat pro jedince fatální následky (Mareš, 2012, s. 17).

Posttraumatickou stresovou poruchu (dále PTSP) charakterizují tři základní symptomy: znovuprožívání traumatu ve vzpomínkách nebo snech, přecitlivělost nebo vyhýbání se okolí a otupělost psychiky. Porucha se projevuje znovuprožíváním traumatu tzv. flashbackem, jež doprovází noční můry. Pro PTSP je charakteristické, že se jedinec snaží



vyhýbat místům, a věcem, které mu prodělané trauma připomínají. Zároveň se snaží vytěsnit myšlenky, které má na danou událost (Lovasová, 2017, s. 36). Jedním z diagnostických kritérií je stav, kdy si jedinec není schopen vybavit některé momenty z traumatu. Při PTSP se mohou objevit poruchy spánku, hypervigilita, podrážděnost, poruchy koncentrace či nadměrná úleková reaktivita (Dušek, et al. 2015, s. 255). PTSP může vzniknout na základě přírodních katastrof (povodně, zemětřesení, hurikán) nebo situací vyvolaných člověkem (válka, mučení, týrání či přítomnost jedince u smrti jiné osoby). Pojem „trauma“ je relativní záležitostí. Záleží na odolnosti, osobnostní výbavě a životních podmínkách. Nelze se spoléhat na to, jak trauma zvládají profesionálové (lékaři, hasiči, psychologové) (Mareš, 2012, s. 19). Traumatické události vyvolávají u člověka zprvu velmi silné emoce. Až později se objevuje racionální uvažování a kognitivní zpracování události. Zprvu se objevují vtíravé myšlenky, kdy se jedinec vrací k prožitému traumatu. Jedinec má pocit, že se jeho dosavadní svět zhroutil. Cítí se sklíčený a ohrožený. Neustále inklinuje k útěkům do minulosti. V tomto stádiu vyžaduje pomoc od rodiny či od pomáhajících profesí. Další typ kognitivních procesů je opětované promýšlení. Spočívá v rozvážnosti jedince, který je už klidnější, méně zranitelný a uvažuje racionálněji než předtím (Mareš, 2012, s. 33). Autoři teorie posttraumatického rozvoje, Calhoun a Tedeschi vytvořili dotazník, který zjišťuje oba typy kognitivních procesů. Zjistili, že každý typ má jinou funkci, jelikož hraje svoji roli v jiné časové dimenzi (Mareš, 2012, s. 33). Vtíravé přemýšlení po traumatu navazuje na další typ kognitivního procesu, který slouží ke zpracování traumatu (Mareš, 2012, s. 33). Nejčastěji se objevují psychické poruchy jako např. úzkosti, deprese, poruchy spánku, suicidální tendence. Mezi výrazné vegetativní projevy patří záchvatovitá tachykardie, pocení, sucho v ústech, dušnost (Dušek, et al. 2015, s. 255). PTSP se objevuje po traumatu a může přetrvávat dny, týdny až měsíce. U některých jedinců sama odeznívá. V některých případech je nutné vyhledat psychoterapii a medikamentózní léčbu. U malého procenta osob přetrvává více jak 6 měsíců. V takovém případě může trvat dlouhodobě několik let a vyvolat změny nebo poruchy osobnosti (Dušek et al. 2015, s. 256).

**M. Kořán (2009) rozlišuje 5 fází PTSP** (Mareš, 2012, s. 18):

1. fáze omráčení a šoku – nastupuje ihned po traumatické události (24-36 hodin)
2. fáze výkřiku „co se stalo?“ – ochromení aktivity či nadměrná aktivita (3 dny po události)
3. fáze hledání smyslu události – „proč mě to potkalo?“ (3-14 dnů po události)
4. fáze popření a znovuprožívání události (2-8 týdnů po události)
5. posttraumatická fáze (1-3 měsíce po traumatické události)

Toto schéma může mít u každého jedince jiný časový průběh. Někteří jedinci disponují jinou osobnostní výbavou a jsou schopni trauma ustát, ačkoliv to může působit jako emoční oploštělost (Mareš, 2012, s. 18).

Pro vyrovnání se s traumatem je vždy klíčová odolnost člověka. Odolnost (resilience) tj. houževnatost neboli schopnost jedince vypořádat se s krizí. Lze ji chápat rovněž jako výsledek procesu, při kterém se jedinec naučil vyrovnávat se s distresem. V budoucnu tak nebude zaskočen, kdyby se podobná událost znovu objevila (Mareš, 2012, s. 29).

Lepore a Revenson podle dostupných studií rozlišují tři rozdílné podoby odolnosti (Mareš, 2012, s. 29-30):

**Návrat k normálu** (recovery) – představuje případ, kdy je člověk schopen vrátit se do původního stavu po tom co odezní fáze distresu po těžké životní události. Tento návrat lze označit jako normální adaptace.

**Rezistance, odpor** (resistence) – V této podobě odolnosti se jedinec nenechá vyvést z míry ani na základě traumatického zážitku. Jedinec neprojevuje žádné negativní emoce jako např. strach, úzkost, smutek. Okolí může na tento typ odolnosti nahlížet jako na patologický. Nelze ho však považovat za maladaptivní proces, jelikož souvisí s osobností jedince.

**Rekonfigurace, změna** (reconfiguration) – Osobnost jedince se po prodělaném traumatu mění. Změna může být v pozitivním či negativní. Změna může trvat dočasně i trvale.

Těhotenství a porodnost nebyla dříve nijak spojována se vznikem posttraumatické stresové poruchy. Podle nejnovější studie z roku 2018, byla prokázána souvislost mezi potratem či narozením mrtvého plodu a vzniku posttraumatické stresové poruchy (Turton, et al. 2018).

### **Burn-out syndrom (syndrom vyhoření)**

Tento termín se poprvé objevuje v 70. letech. Popisuje profesní selhání, kterému předchází vyčerpání na základě vysokých požadavků. Jedinec, který trpí syndromem vyhoření ztrácí zájem, ideály, radost a často i smysl života. Disponuje negativním přístupem k sobě i ke své práci (Dušek, et al. 2015, s. 341).

Za zakladatele problematiky Burn-out syndromu se považuje Herbert Freudenberger. Defínuje jej jako „pocit únavy, exhausce, neschopnost setrást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, řada tělesných obtíží, které počínají opakujícími bolestmi hlavy, dechovými tísněmi, gastrointestinálními obtížemi, které vedou ke ztrátě hmotnosti až po nespavost a depresi.“ (Dušek et al. 2015, s. 341). Nejčastěji se objevují tělesné problémy. Zároveň se objevují příznaky rovněž v psychické a behaviorální oblasti. Projevují se změnou znaků a vlastností osobnosti, psychickou únavou, rezignací na okolí, zvýšenou kritičností, lhostejností, negativními postoji a potížemi v soustředění a zapomínáním. Jedinec se stává sklíčeným, popudlivým, agresivním, značně nespokojeným se svým dosavadním životem. Objevují se pocity bezmoci a pocity nedostatku uznání. V sociální oblasti se jedinec nejčastěji skrývá před svým okolím a omezuje jakýkoliv vztah a kontakt s lidmi. Dochází k přibývajícím konfliktům v okolí (Dušek et al. 2015 s. 341). Herbert Freudenberger tvrdí, že inkubační doba vyhoření není pro každého jedince jednotná. Záleží na typu osobnosti, postojích a dalších vnějších faktorech (Honzák, 2018, s. 27). Za nejčastější faktory napomáhající syndromu vyhoření považoval především velkou touhu po společenském uznání a nereálné požadavky na mezilidské vztahy. To vychází z předpokladu, že člověk, který pracuje v pomáhajících profesích má pocit, že všechna jeho doporučení jsou správná a že je nutné, aby se podle nich každý řídil. V tomto případě je realita jiná. Vztah mezi zachráncem a zachraňovaným nikdy není v takové harmonii, ať už se jedná o bezdomovce, narkomany či ženu, na které je pácháno domácí násilí (Honzák, 2018, s. 21-22).

Mezi další důvody patří neustálá dostupnost a připravenost poskytovat pomoc ostatním, nutnost rozhodovat se pod časovým tlakem, nadměrné množství práce, nedostatek sociální podpory, práce v konfliktním prostředí či nízká odměna (Honzák, 2018, s. 34-35).

Na Freudenbergera navazuje Christina Maslachová. Snažila se rozšířit okruh příznaků burn-out syndromu a rovněž je rozdělila do tří podskupin, tj. tělesné a psychické vyčerpání, ztráta uspokojení z práce a depersonalizace. Ve svém zkoumání se nezabývala pouze osobnostními faktory, ale především také vlivy sociálního a pracovního prostředí. Maslachová definuje burn-out syndrom, jako nežádoucí, patologický obrat na negativní stranu hodnot, které člověk vyznává. Může se jednat o zdraví, energii, nezáměr, odcizení, cynismus či negativní postoje k práci (Honzák, 2018, s. 33-34). Burn-out syndrom postihuje zejména tzv. pomáhající profese (lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky, terapeuty, policisty, hasiče), ale také právníky nebo učitele. Nejčastěji se jedná o osoby, které přicházejí do kontaktu s člověkem v nouzi a náročných životních situacích (Dušek et al. 2015, s. 341). V tomto případě dochází často k dehumanizujícímu postoji k práci s klienty. Pracovník postižený burn-out syndromem disponuje velkým nezáměrem o práci. Čím vyšší je prvotní nadšení pro práci, tím závažnější může být stav vyhoření (Křivohlavý, 2003, s. 116).

### **Neuroticismus**

Nakonečný uvádí „*Neuroticismus se značně podílí na míře frustrační tolerance*“ (Nakonečný, 2011, s. 612). Stresová reakce je geneticky podmíněná reakce, při které organismus má za úkol mobilizovat síly, aby byl schopen ohrožení ustát. Neurotičtí jedinci jsou obecně náchylnější a psychicky zranitelnější k podnětům, které stres vyvolává (Lovasová, 2017, s. 35). Emoční labilitu neurotických osob můžeme pozorovat i při nízké schopnosti rychle se stabilizovat při stresových situacích. Stres neurotických osob je často spojován i s neurotickou úzkostí. Neuroticismus má souvislosti i s copingem a zvládnutím těžkých životních situací. Lidé se sklony k neuroticismu volí pasivní a neúčinné copingové strategie, jejichž předmětem je sebeobviňování, únik, odmítání nebo vyhýbaní se. Neuroticismus může být příčinou i důsledkem stresové zátěže (Lovasová, 2017, s. 35).

## 1.8. ZVLÁDÁNÍ A REAGOVÁNÍ NA STRES

Při zvládání stresu jsou klíčové dva pojmy – adaptace a coping (Křivohlavý, 1994, s. 39). Adaptace (z lat. ad-aptare – připravit se na cestu, vyzbrojit se k boji) znamená připravit se na další překážku či další životní zkoušku. Nejpřesnější význam tohoto slova spočívá v tom, že daný jedinec je připraven na to, co ho ještě čeká (Křivohlavý, 1994, s. 41). K adaptaci se váže coping. Coping (z řec. Colaphos – přímý úder) se nejčastěji v angličtině objevuje např. ve vazbě „coping with stress“ – zvládání stresu, „coping with cancer“ – zvládání těžkostí při rakovině, „coping with illness“ – zvládání při nemoci. V češtině tento výraz používáme hlavně v souvislosti zvládání tzv. nadlimitní zátěže. Nadlimitní zátěž je taková, při které nejsme schopni reagovat stejně jako v běžném životě. Jedná se o zátěž, která je nad naše síly. Slovo coping vystihuje boj se zátěží a způsoby jakými můžeme stres zvládat (Křivohlavý, 1994, s. 41). Lazarus a Cohen formuluje coping jako snahu intrapsychickou (vnitřní) a snahu zaměřenou na určitou činnost – řídit, tolerovat a redukovat určitou zátěž a požadavky, které jsou na člověka kladené (Křivohlavý, 1994, s. 43).

Lazarus při definici copingu klade důraz na čtyři skutečnosti:

*„Zvládání je dynamický proces, nikoliv jednorázová záležitost. Zvládání není automatickou reakcí. Zvládání vyžaduje určitou snahu a námahu jednajících osoby. Zvládání je snahou řídit dění.“* (Křivohlavý, 2003, s. 172). Jedním z aspektů copingu je tzv. anticipace neboli předjímání. Jím se označují procesy, které předcházejí stavu, kdy se člověk dostává do těžké životní situace. Zjednodušeně řečeno se jedná o přípravu vhodných strategií, vyhledávání zdrojů sil, využití efektivního plánování a vyhýbání se činitelům, kteří zátěž rapidně zvyšují (Křivohlavý, 1994, s. 43). Coping slouží jako stabilizační faktor, který může přispět k utlumení stresu (Paulík, 2010, s. 80).

**R. S. Lazarus (1966) rozlišuje čtyři kategorie copingu** (Paulík, 2010, s. 80):

1. útok na noxu
2. různé aktivity, které posilují obranu proti noxám
3. snaha vyhnout se noxám
4. apatie (pocity bezmocnosti, deprese a beznaděje)

Během dalších let Lazarus určil dva obecné typy copingu. Rozdíl je především v tom, jak působí. Rozlišujeme coping zaměřený na problém (problém-focused coping) a coping

zaměřený na emoce (emotion-focused coping). Při výběru záleží na jedinci. Pokud má jedinec pocit, že s problémem lze pracovat, pak si volí coping zaměřený na problém. V tomto případě se subjekt snaží vynaložit určitou aktivitu a úsilí k tomu, aby změnil své chování a využil pomoc druhých. Pokud nastane situace, že jedinec má pocit, že svojí situaci nemůže změnit, jedná se o tzv. coping zaměřený na emoce. Emoční vypětí, které ho doprovází má svá rizika a přináší mnoho škod. Jedinec se vyhýbá myšlenkám na ohrožení a události vidí nereálně (Paulík, 2010, s. 80). C. S. Carver, M. F. Scheier aj. K. Weintraub (1989) přidali k těmto dvěma způsobům ještě třetí skupinu, kterou označili jako dysfunkční způsoby zvládnání, tj. projevování negativních emocí, mentální a behaviorální oddálení (pasivita, rezignace, odklon od problému), snaha utéct od nedořešené situace a snaha vyhnout se řešení pomocí drog (Paulík, 2010, s. 80).

Strategie (z řec. Stratos = armáda, agein = vésti) je v boji se stresem důležitým termínem. Jde o pečlivě vypracovaný plán, přípravu, postup k dosažení vytyčeného cíle (Křivohlavý, 1994, s. 43).

Parry (1990) rozlišuje efektivní a neefektivní strategie při vyrovnávání se se stresem a s krizí (Špatenková et al, 2017, s. 23-24):

#### **Efektivní strategie**

- Aktivní přístup k problémům a k realitě, snaha vyhledávat informace
- Ventilace pozitivních a negativních emocí
- Vyhledávání pomoci u druhých
- Rozdělení problémové situace na části a jejich následné řešení
- Aktivní vyrovnávání se s emocemi a problémy
- Akceptování problémů v případě, že jej nemůžeme změnit
- Pružnost a ochota změnit sebe sama
- Sebedůvěra, důvěra k druhým
- Naděje a víra v překonání krize

## Neefektivní strategie

- Odmítání připustit si problémovou situaci, náladovost, pasivita
- Potlačování a vytěšňování negativních emocí
- Obviňování druhých
- Zhoršení výkonnosti, narušení denního rytmu
- Neschopnost sebeovládání, extrémní výbuchy emocí
- Nechuť nechat si pomoci od druhých
- Deprivace z neřešené situace.

Při volbě strategií se zabýváme třemi oblastmi: kognitivní, emocionální a volní. Projevují se chováním jedince, který danou strategii používá. Kognitivní oblast se soustředí na řešení náročné situace. Jedinec se soustředí na konkrétní postupy a představuje si předpokládané výsledky, když bude jednat tím či jiným způsobem (Křivohlavý, 1994, s. 53). Křivohlavý tvrdí, že jedinec ve stresu prožívá převážně řadu negativních emocí (obavy, strach, pocity ohrožení, bázeň a úzkost) (Křivohlavý, 1994, s. 53). Existují vhodné a nevhodné postupy v boji se stresem. Psychologové rozlišují pasivní a aktivní techniky zvládnání stresu. Pasivní techniky jsou přirovnávány k instinktu „mrtvého brouka“ a souvisí s únikem (Bartůňková, 2010, s. 111). Do této kategorie se řadí popření, při němž jedinec rezignuje na řešení. Dále také regresi, která může jedince ochránit před stresem, jelikož se jedná o ústup z vývojového hlediska o krok zpátky (Křivohlavý, 1994, s. 61). Dalším mechanismem zvládnání může být izolace. Jedná se o neméně účinnou techniku, dochází ke stažení jedince k samotě a naděje na vyřešení situace se rapidně snižují (Bartůňková, 2010, s. 111). Technika denního snění se objevuje hlavně u dětí a mladistvých, označuje se také jako únik od reality. Může kompenzovat stresovou situaci (Bartůňková, 2010, s. 111). Únik do nemoci je též technikou využívanou hlavně u dětí. Jde o snahu o zvýšení zájmu o svou osobu. Je potřeba rozlišovat simulaci a nezáměrnou hypochondrii (Bartůňková, 2010, s. 111). Do kategorie aktivních technik psychologové zařazují primárně agrese. Agrese je považována za nejvíce efektivní techniku při zvládnání konfliktů, frustrací a zátěžových situací. Musí se však rozlišit, zda je vhodná či ne. Přijatelným východiskem je projev agrese při sportu (Bartůňková, 2010, s. 111). Technika identifikace je ztotožnění sebe s druhou osobou. Ve spojení s hrdinou zlepšuje sebevědomí (Křivohlavý, 1994, s. 64). Kompenzací rozumíme techniku, při které řešíme nedostatek či pocit méněcennosti. Kompenzace určité

vady či nedostatku je velmi pozitivně vnímáno (Bartůňková, 2010, s. 111). Technika sublimace spočívá v tom, že nevědomě přesuneme společensky neschvalované pudy do sociálně přijatelných nebo dokonce oceňovaných aktivit. Jako pozitivní můžeme označit využití agrese v boxu, ba naopak za negativní sublimaci lze považovat pedofilní sklony v role učitele či kněze (Bartůňková, 2010, s. 111). Obranné mechanismy jsou známy jako „iluzorní“, klamná, matoucí pojetí skutečnosti. Ihlevich a Gleser zdůrazňují: „*Účelem všech obranných mechanismů je dosáhnout iluzivního zvládnutí situace ohrožující danou osobou tam, kde se reálné řešení nebo přizpůsobení si podmínek jeví dané osobě jako nemožné.*“ (Křivohlavý, 1994, s. 59).

Obranný mechanismus je jakýkoliv druh činnosti včetně myšlení a cítění, při kterém dochází k popření faktu nebo skutečnosti, který vzbuzuje úzkost. Účelem je odvést pozornost od skutečnosti (Křivohlavý, 1994, s. 60). Velké množství obranných mechanismů popsal za svého života Sigmund Freud. Přispěl tím tak k našemu porozumění nepřiměřeným způsobům chování lidí.

Dle Freuda rozlišujeme tyto obranné mechanismy (Křivohlavý, 1994, s. 60-61):

- Rigidita – strnulost, neměnnost v jednání a chování
- Represe – vytěsnění nepříjemných zážitků z vědomí
- Regrese – ústup z vývojového hlediska o krok zpět, tj. návrat do nižšího vývojového období
- Inverze – převrácená forma chování a postojů, která souvisí s tím, že se daná osoba nemůže chovat tak jak by chtěla.
- Nutkavá forma odčinění chyby
- Introjekce – promítání starostí druhých lidí do vlastního nitra
- Projekce – promítnutí vlastních záměrů do druhých lidí
- Racionalizace – odůvodňování našeho chování
- Sebeobviňování
- Obviňování druhých lidí – tzv. externalizace viny
- Identifikace – ztotožnění se s druhým člověkem



K těmto obranným mechanismům přispěla později Anna Freudová ještě čtyřmi dalšími (Křivohlavý, 1994, s. 61):

- Identifikace s agresorem
- Intelektualizace
- Altruistické sebepodání, díky kterému se ukazují v lepším světle
- Popírání

Dnes se v psychologické literatuře objevuje mnoho dalších obranných mechanismů, které byli popsány i jinými autory, než byl Freud a Freudová (Vašina, Strnadová, 1998, s. 247). Obranné mechanismy neslouží jako správný způsob řešení, ale mohou pomoci k překlenutí doby, kdy nemá jedinec dostatek sil dospět k racionálnímu řešení zátěžové situace (Křivohlavý, 1994, s. 60).

## 1.9. PREVENCE STRESU

Při prevenci stresu bychom se měli řídit zprvu základními pravidly. Dle Schreibera bychom měli pravidelně jíst a snažit se udržet optimální tělesnou hmotnost. Důležité je také dostatečně spát a to nejméně 7 hodin denně během noci. Při potížích s usínáním je vhodné přidat fyzickou či sociální aktivitu, nikoliv zatížit organismus hypnotiky (Schreiber, 2000, s. 86). Jako prevence stresu slouží i pravidelné cvičení, určité druhy masáží nebo účinné relaxační dýchání (Joshi, 2007, s. 131). Důležitým faktorem je rovněž omezení kouření a alkoholu. Člověk by měl zvážit i svou životosprávu, nezapomínat na relaxaci, vytvořit si efektivní time management a vyhýbat se tak časovým tísňím (Schreiber, 2000, s. 87). Sociální faktory jsou významným činitelem, jak čelit stresu. Zahrnujeme sem mimopracovní aktivity, silnou náboženskou víru, ale také chov domácích zvířat (Schreiber, 2000, s. 8).

## 2 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství lze označit rovněž za prenatální období, které je obdobím mezi početím a narozením dítěte. Obvykle trvá těhotenství 40. týdnů.

Kateřina Thorová ho dělí do tří fází (Thorová, 2015, s. 318):

**Germinální** (zárodečné, preembryonální období) – početí – 2. týden

**Embryonální období** (4. -12. týden) – jsou vytvořeny základy všech důležitých orgánů člověka. V tomto období je zárodek citlivý na různé teratogenní faktory.

**Fetální období** (od 11. týdne do porodu) – orgány jsou vytvořeny a začínají správně fungovat.

Těhotenství rozdělujeme dále do tří trimestrů. První trimestr trvá od 1.-12. týdne. Druhý trimestr 13. – 26. týden. Třetí trimestr trvá od 27. týdne do porodu, který obvykle probíhá ve 40. týdnu (Skutilová, 2016, s. 14).

V prvním trimestru je plod nejvíce náchylný ke všem teratogenním faktorům a je zde také největší riziko spontánního potratu (Bašková, 2015, s. 14).

Ve druhém trimestru se žena fyzicky mění. Počáteční nevolnosti u ženy ustupují. Toto období lze označit jako stabilní (Bašková, 2015, s. 14).

Ve třetím trimestru se žena připravuje psychicky a fyzicky na porod. Jedná se o velmi citlivé období pro nastávající matku. Ve třetím trimestru má dítě velmi dobrou šanci na přežití i v případě, že dojde k předčasnému porodu (Bašková, 2015, s. 14).

### 2.1. PRENATÁLNÍ ONTOGENEZE

#### Oplodnění a vývoj vajíčka

Těhotenství je období, které vymezujeme od doby uhnízdění oplozeného vajíčka v děložní dutině a končí porodem. Začíná splynutím spermatozoa s oocytem, který je v průběhu ovulace uvolněn z Graafova folikulu ve vaječníku (Martius et al. 1996, s. 41). Vajíčko je schopno oplodnění zhruba do 24 hodin po ovulaci, spermie si zachovává tuto schopnost v ženských orgánech maximálně dva dny. Fagocytoza zajišťuje průnik jen jedné spermie. Buňka vzniklá ze spojení spermie a vajíčka se nazývá zygota. Zygota na rozdíl od obou pohlavních buněk obsahuje již plný počet chromozomů (46) a má veškerou dědičnou informaci budoucího jedince jak od matky, tak od otce. Jejím dalším vývojem tzv.

rýhováním vznikají další buňky a postupně celý plnohodnotný organismus (Vokurka, Hugo et al. 2008, s. 537). Během dělení se vajíčko posouvá vejcovodem směrem do dělohy, kam za pět dní po ovulaci doputuje ve stádiu blastocysty. Blastocysta je dutý, kulovitý útvar jejíž povrch tvoří ploché buňky. V další fázi vývoje dochází k dalšímu buněčnému dělení a v závěru vzniká embryo (Martius et al. 1996, s. 44).

### **Vývoj embrya a plodu**

Třetím týdnem po oplodnění začíná zárodečné (embryonální) období. Vytváří se gestační váček. Dále jsou založeny všechny tři zárodečné listy (ektoderm, entoderm, mezoderm), ze kterých dále vznikají tkáně. Ektoderm je základem pro nervový systém, kůži, zubní sklovinu a smyslové buňky očí a uší. Entoderm tvoří základ plicím, trávicí soustavě, játrům a slinivce břišní. Střední list mezoderm je základem pro kostru, svaly, ledviny, srdce a cévy (Skutilová, 2016, s. 23).

V 5. týdnu je velikost zárodku 1-2 milimetry. Viditelný je základ mozku, primitivní ústa a základ srdce. V tomto týdnu se výrazně vyvíjí srdce a cévní systém, který zajišťuje výživu. V žloutkovém váčku vznikají krevní ostrůvky, ze kterých se vyvíjejí cévy. Koncem 5. týdne má zárodek vytvořenou jednoduchou srdeční trubici, do které se vlévá primitivní krev ze zárodku z primitivní pupeční žíly. Ta přivádí do zárodku okysličenou krev s živinami. V této době začíná už srdce pracovat (Skutilová, 2016, s. 24).

V 6. týdnu a v dalších týdnech se tvoří základy všech orgánů. Na přední straně zárodku je patrný základ mozku, lze vidět i primitivní ústní dutinu. Viditelné jsou i valy neboli žaberní oblouky a pod nimi se vyklenuje srdeční hrbol. Na zadní straně zárodku se uzavírá nervová trubice. Podélně se zakládají budoucí obratle. Na přední straně se nachází kloaková membrána, jež tvoří základ řitního otvoru. Dále se vyvíjí horní končetiny. Délka zárodku je na konci 6. týdne šest milimetrů (Skutilová, 2016, s. 25).

V 7. týdnu se zárodek rychle zvětšuje, a to zejména jeho hlavová část. Vytváří se obličej, který ještě nelze v této fázi považovat za lidský. Horní končetiny rostou do délky. Založeny jsou rovněž základy obratlů. V srdci embrya se tvoří chlopně. Vznikají základy pohlavních orgánů. Velikost zárodku je asi 10 milimetrů (Skutilová, 2016, s. 26).

V 8. týdnu se hlava dále zvětšuje a ohýbá se dopředu. Na končetinách jsou viditelné náznaky prstů. Zárodek se začíná pohybovat. Vyvíjí se oko, zakládají se plíce, jícen a část žaludku. Střevo se rozděluje na tenké a tlusté. V játrech dochází k rozdělení jaterních laloků

a cév. Dále se vytváří základy pro žlučník a slinivku břišní. Vyústění základu močového měchýře je společný pro močový i střevní systém (Skutilová, 2016, s. 27).

V 9. týdnu se krk a trup začínají napřimovat. V obličejí pokračuje další vývoj. Stejně tak se dále vyvíjejí další orgány. Teprve v 9. týdnu se zakládají dolní končetiny. Délka zárodku je přibližně 25 milimetrů (Skutilová, 2016, s. 27-28).

10. týdnem je ukončen embryonální vývoj. Nyní mluvíme o plodu, který je 3-4 cm velký a váží 3-5 gramů. 10. týden je charakteristický tím, že se v obličejí vyhlazují nerovnosti a obličej tak získává lidskou podobu. Mozek se rozšiřuje a zároveň v něm vznikají elektrické impulzy. Pokračuje rychlý vývoj horních končetin. Vznikají chrupavčité základy kostí a vyvíjí se jednotlivé svaly. Na dolních končetinách se oddělují prsty. Mezi končetinami se objevují dva otvory. Přední představuje vyústění močové soustavy a zadní vyústění trávicí soustavy. V tomto období jsou založeny základy všech orgánů (Skutilová, 2016, s. 28).

Ve třetím měsíci těhotenství má plod 9 cm a váží přibližně 20 g. Kostra má prozatím chrupavčitý základ. Obličej začíná mít zřetelné rysy. Oči jsou kryty víčky a přesouvají se dopředu hlavy. Játra jsou vyvinuta. V žaludku se utváří systém trávicích šťáv. Také ledviny jsou vyvinuté a do plodové vody se vylučuje moč. Vývoj placenty je u konce. Pohlavní orgány se utvářejí, avšak ani na ultrazvukovém vyšetření je lze identifikovat velmi obtížně (Skutilová, 2016, s. 28).

Ve 4. měsíci pokračuje rychlý růst těla do délky. Hlavička plodu představuje asi třetinu celé délky. Celé tělo kryje tenká pokožka, která je pokryta lanugem. Objevují se vlasy a řasy (Skutilová, 2016, s. 29). Aparát vnitřního ucha je vyvinutý. V tomto období se objevuje první sluchová reaktivita plodu. Mozek se vyvíjí a zraje velmi rychle. Srdce je vyvinuto tak, že ozvy jsou slyšitelné klasickým stetoskopem (Thorová, 2015, s. 322). Dolní končetiny se značně prodlužují. Míží tak asymetrie těla plodu. Zevní pohlavní orgány jsou zřetelně viditelné. Lze jasně rozeznat, zda se jedná o mužské nebo ženské. Na konci tohoto měsíce měří plod asi 15 cm a váží přibližně 200 gramů (Thorová, 2015, s. 322). V 5. měsíci stále pokračuje rychlý růst plodu. Na povrchu těla se objevuje tzv. kožní mázek, jehož součástí jsou oloupané kožní buňky. Mázek chrání jemnou pokožku před dlouhodobým působením plodové vody. Pohyby plodu sílí. Svaly obličejí se začínají pohybovat. Dítě otvírá a zavírá ústa. Délka plodu je 25 cm a hmotnost 300 gramů.

V 6. měsíci se zdokonaluje obličej. Oční víčka jsou plně vyvinuté a oči se otevírají. Kůže plodu je vrásčitá a má růžovou až červenou barvu. Na těle přibývá kožního mázku.

Plod rozeznává zvukové podněty. Vytváří se i další smysly. Jedním z nich je chuť. Plod měří 30 cm a váha je 600-700 gramů (Thorová, 2015, s. 322).

7. měsícem začíná třetí trimestr. Plod je aktivní, využívá sacího a uchopovacího reflexu. Plod má schopnost dýchat a přijímat potravu. V plicní tkáni se vytváří látka, která umožňuje dítěti po narození rozvinutí plic – tzv. antiatelektatický faktor. Přibývá podkožní tuk, na základě čehož se mění barva kůže a z červené barvy přechází na jemně růžovou. Plod je schopen mrkat a zorničky jsou schopny reagovat na světlo. Momentálně u něj funguje už všech pět smyslů. V tomto měsíci dítě měří přibližně 37 cm a váží kolem 1 200 gramů (Thorová, 2015, s. 322).

V 8. měsíci těhotenství pokračuje vývoj a růst orgánů, následně se vyvíjí i kostra. Klenba lebky je tvořena vazivovými blánami, proto ani po porodu nejsou kosti pevně spojeny. To umožňuje růst lebky dítěte. Pohyby plodu jsou intenzivní a značně viditelné na břiše matky. Lanugo mizí a dítě razantně přibývá na váze. Hmotnost se pohybuje mezi 2 000 a 2 500 gramů (Thorová, 2015, s. 322).

V 9. měsíci plod stále roste. Zároveň i hmotnost v tomto konečném období vzroste až o třetinu hodnoty, které plod dosáhl během celého těhotenství. Na lebce zůstávají neuzavřené dvě vazivové plošky – tzv. fontanely. Lanugo úplně opadáva, ačkoliv sekundární vlásky a ochlupení houstne. Mozek přebírá řízení životně důležitých funkcí zajišťující přežití novorozence. V termínu plodu má dítě veškeré znaky zralosti. Dítě má ušní lalůčky, nehty. Dítě se považuje za donošené v 38. týdnu (Thorová, 2015, s. 322). Fyziologický porod probíhá mezi 38. – 41. týdnem těhotenství, kdy je délka průměrného plodu 50 cm a hmotnost 2 500 – 4 000 gramů (Skutilová, 2016, s. 34).

### **Potřebné orgány k vývoji plodu**

Placenta je velmi důležitý orgán pro vývoj plodu. Jedná se o společný orgán pro matku a dítě. Prostřednictvím placenty získává plod výživu a kyslík. Placenta dále umožňuje plodu zbavovat se oxidu uhličitého a dalších zplodin z organismu. Její další funkcí je schopnost bariéry proti infekcím. Placenta je důležitým centrem pro vytváření hormonů a potřebných enzymů pro vývoj plodu. Plod napomáhá k tvorbě estrogenů, a proto se společně s placentou považuje za funkční fetoplacentární jednotku (Čech, Hájek, Maršál et al., 2014, s. 36-37).

Obaly plodového vejce obklopují plod v děloze. Označují se jako amnion a chorion. Uvnitř obsahují plodovou vodu, ve které je plod ponořen (Čech, Hájek, Maršál et al. 2014, s. 39).

Amnion je popsán jako tenká, bezbarvá blána, jenž neobsahuje žádné cévy. Je kryta jednovrstvým epitelem a spojena řídkou vazivovou vrstvou. Vystýlá vnitřek plodového vejce. Chorion je zevní pevná blána, která též neobsahuje žádné cévy. Tvoří základ placenty (Binder et al. 2011, s. 22).

**Plodová voda (*Liquor amnii*)** je sterilní, šedá, čirá tekutina. V termínu porodu bývá spíše zakalená odloučeným mázkem. 99 % plodové vody tvoří voda. Dále obsahuje glukózu, bílkoviny, ureu, kreatinin, kyselinu močovou, aminokyseliny, lipidy a elektrolyty. V plodové vodě se nachází odloučené buňky epitelu plodu, mázek a lanugo (Binder et al. 2011, s. 23). Množství vody se během těhotenství zvyšuje. Ve 20. týdnu je asi 500ml, ve 38. týdnu 1000-1500 ml a ve 40. týdnu její množství opět klesá na 800-1000 ml (Binder et al. 2011, s. 23). Uvnitř vody probíhá určitý koloběh. Plod vylučuje moč do plodové vody a následně ji zase pije (Vokurka, Hugo et al. 2008, s. 804-805). Tekutina se obnovuje každých 3-8 hodin. Podílí se na fetomaternální látkové výměně. Další její funkcí je zajištění růstu plodu bez jakéhokoliv narušení. Chrání plod před mechanickým poškozením z vnějšího prostředí např. při nárazu. Napomáhá růstu dělohy a usnadňuje plodu pohyb (Binder et al. 2011, s. 23).

**Pupečník (*funiculus umbilicalis*)** je provazcovitý útvar, jenž spojuje placentu a plod. Je přibližně 50-60 cm dlouhý. Tvoří jej amniální povlak, rosolovité vazivo a tři cévy: dvě arterie, jedna vena. Cévy jsou uloženy do Whartonova rosolu (Binder et al. 2011, s. 22). Jeho hlavní funkcí je získávání živin z mateřské krve a látková výměna mezi ním a placentou (Vokurka, Hugo et al. 2008, s. 859). Na pupečníku existuje tzv. spirální stavba, která je ochranou proti přerušení průtoku krve, pokud dojde k jeho ohnutí (Binder et al. 2011, s. 22).

## 2.2. FYZIOLOGIE TĚHOTENSTVÍ

V průběhu těhotenství dochází v těle ženy k různým fyzickým změnám. S rostoucím plodem těchto změn přibývá. Tělo ženy zadržuje na základě hormonálního působení více vody. Je to jeden z důvodů, proč žena více přibývá na váze. Mezi další důvody patří růst plodu, plodových obalů a placenty. Příbytek hmotnosti činí průměrně 10-13 kg. Po porodu se tyto hormonální hladiny většinou vrátí do normálního stavu (Skutilová, 2016, s. 15). Funkce orgánů v těle se přizpůsobují graviditě, kdy se např. zvyšuje objem obíhající krve, srdeční činnost nebo prokrvení ledvin. Gravidním ženám se zpravidla zvětšují prsa, rodidla a u některých žen se může objevit přibývajícím nadměrné ochlupení (Skutilová, 2016, s. 15).

### **Endokrinní systém během těhotenství**

Na principu zvýšení hladiny choriongonadotropinu funguje většina těhotenských testů. Tento hormon je považován za důvod těhotenské nauzey v počátku 1. trimestru. Estrogen se vytváří v placentě po 12. týdnu početí. Podporuje zvýšení citlivosti prsou, zapříčiňuje růst dělohy a způsobuje amenoreu. Progesteron je produkován žlutým tělískem a vytváří se v placentě stejně tak jako estrogen ve 12. týdnu gestace. Tento hormon zabraňuje předčasným kontrakcím dělohy, může vést k zácpě, varixům žil, nebo k riziku zánětů močových cest (Bašková, 2015, s. 13). Ani těhotným ženám se nevyhýbají návaly horka. Příčinou tohoto problému je stimulující hormon – TSH (tyreotropin). Další zvýšená produkce se vyskytuje u melanocyty (Bašková, 2015, s. 13).

### **Metabolické změny během těhotenství, zvýšení hmotnosti matky**

Bazální metabolismus je vyšší během gravidity v průměru o 15–20 %. Tělesná hmotnost se každým měsícem zvyšuje. Přírozený příbytek u ženy činí 12,5 kg. Norma je mezi 9-15 kg. Největší nárůst hmotnosti se objevuje ve druhé polovině těhotenství (Čech, Hájek, Maršál et al. 2014, s. 36). Okolnosti přibývání záleží také na plodovém vejci, děloze, placentě, objemu prsou a přibývajícím množstvím vody v těle (Bašková, 2015, s. 14). Při graviditě není doporučeno, aby se žena snažila o jakékoliv redukční diety. Takové počínání může mít fatální vliv nejen na její zdraví, ale i na zdraví plodu (Čech, Hájek, Maršál et al. 2014, s. 36).

### **Respirační systém ženy během těhotenství**

S rostoucí dělohou se zvyšuje poloha bránice. Typ dýchání se během tohoto procesu mění. Do dýchání se více zapojují břišní svaly. U žen dochází k hyperventilaci, což chrání plod před nedostatkem kyslíku (Binder et al. 2014, s. 32).

### **Kardiovaskulární systém ženy během těhotenství**

V důsledku zvětšování dělohy se nejen vytlačuje bránice, ale dochází ke změně v uložení srdce. Srdce je posouváno směrem nahoru a více doleva, než je standard v lidském organismu. Zvyšuje se také krevní objem. Při srdeční činnosti se mohou objevit tzv. extrasystoly. Jedná se o nepravidelné úder srdce, které může žena vnímat velice nepříjemně. Tyto změny lze sledovat při vyšetření EKG (Skutilová, 2016, s. 15-16).

U některých žen se v těhotenství objevuje anémie (Bašková, 2015, s. 15).

### **Změny v pohlavním systému ženy během těhotenství**

Pohlavní systém ženy prochází nejvýraznějšími změnami v době těhotenství. Hmotnost netěhotné dělohy je 70 g a objem její dutiny je menší než 10 ml. V průběhu těhotenství děloha může narůst od 70 g až do 1 kg. Průměrná děloha váží v období porodu 1 100 g a má objem 5-20 litrů. Jde o hlavní důvod změny tělesného vzhledu (Bašková, 2015, s. 16). Dalším faktorem je zvýšení prokrvení pochvy a hráze. Objevuje se také zvýšená pigmentace v oblasti zevních rodidel až ke konečníku (Skutilová, 2016, s. 17). Estrogeny a progesteron podporují růst a prokrvení prsou. Prsa se připravují na hlavní funkci po porodu, tj. laktaci. Bradavky jsou více pigmentované než předtím a jsou erektilní. Již v raném stádiu gravidity můžeme u ženy pozorovat sekreci rosolovité tekutiny, kterou nazýváme kolostrum. Prolaktin po porodu zajišťuje spuštění sekrece mléka (Binder et al. 2014, s. 31).

### **Trávicí systém ženy v těhotenství**

Úkolem trávicího systému je zařídit výživu nejen pro ženu, ale i pro plod. To je v počátku těhotenství problematické, jelikož ženu doprovází zpravidla časté nevolnosti. Tyto nevolnosti bývají doprovázeny nauzeou nebo zvracením. Nevolnosti obvykle končí koncem 1. trimestru (Skutilová, 2016, s. 17-18). V důsledku zpomalení střevní aktivity se u těhotných žen objevuje meteorismus a obstipace. Častou obtíží těhotných je pálení žáhy (pyrosis), které způsobuje gastroesofageální reflux a také změna v uložení žaludku. Funkce jater obvykle není těhotenstvím nijak ovlivněna (Binder et al. 2014, s. 32-33).



**Uropoetický systém ženy během těhotenství**

Při graviditě dochází ke zvýšení průtoku krve ledvinami až o 50 % glomerulární filtrace. To je příčinou častého močení hlavně v 1. trimestru a 3. trimestru. Zvyšuje se riziko močového rezidua až retence moči (Binder et al., 2014, s. 31). V tomto období je rovněž zvýšené riziko zánětu močových cest (Bašková, 2015, s. 15).

**Kožní změny u těhotné ženy**

Na kůži v období gravidity můžeme pozorovat také nejrůznější změny. Jak už bylo zmíněno, nejčastěji se setkáváme s hyperpigmentací (tmavnutím) kůže v oblasti zevního genitálu, prsních dvorců nebo v okolí pupku. Tmavé skvrny se mohou objevit i v obličejové části na tvářích, horním rtu nebo na čele. Příčinou je především zvýšená sekrece MSH (melanocyty stimulujícího hormonu) (Binder et al. 2014, s. 33). Nejčastějším kožním problémem jsou strie. Jedná se o jizvy, které se objevují v důsledku napínání kůže. Strie jsou nejprve začervenalé a po porodu postupně blednou do bílého zbarvení (Skutilová, 2016, s. 18-19).

### 3 PSYCHIKA ŽENY V TĚHOTENSTVÍ

#### 3.1. PSYCHIKA V TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je pro ženu velmi náročné období nejen po fyzické stránce, ale především po stránce psychické. Nastávající matku čeká nová celoživotní role, na kterou se musí řádně připravit a která sebou nese nespočet změn v dosavadním životě. Přejídná fáze před ztotožněním role matky s sebou nese pocity úzkosti, zmatku, obav a strachu (Skutilová, 2016, s. 20).

Bašková ve své publikaci rozděluje psychiku ženy v závislosti na jednotlivé trimestry takto (Bašková, 2015, s. 9-11):

- I. Trimestr – Těhotná žena se zaměřuje na své pocity a své tělo. Hlavní úlohou je přijetí samotného těhotenství. V tomto období je žena náladová, rozladěná a trpí nejistotou. Těhotenství je často branou na cestě k nostalgii a nevyřešeným konfliktům z minulosti. Dle výzkumů existují páry, které v tomto období navštěvují psychologickou poradnu za účelem vyřešit je. Je prokázáno, že už v tomto období má matka vliv na vývoj plodu po jeho psychické stránce
- II. Trimestr – Toto období je pro budoucí matku obvykle klidové po fyzické i psychické stránce. Úkolem v této fázi je přijetí dítěte jako nezávislého samostatného jedince. Probíhá biologická, psychologická a sociální interakce mezi matkou a dítětem
- III. Trimestr - V posledním trimestru těhotenství je typická psychická nerovnováha. Objevuje se strach z předčasného porodu, z komplikovaného porodu nebo porodu jako takového. Nerovnováha se projevuje v protichůdných faktorech. Na jedné straně se žena porodu bojí, na straně druhé je pro ni těhotenství po fyziologické stránce už náročné a nepohodlné. Mohou se objevit úzkosti, vážné obavy o svůj život i život dítěte. Ženy obvykle pocítují nedostatečnou psychickou podporu, z čehož plynou konflikty v partnerství. Zvyšuje se míra stresu z porodních bolestí, porodu a perinatálního období. Dosavadní výzkumy ukazují, že největší obavy žen z porodu pramení z nedůvěry k personálu, ze

strachu z neschopnosti, ze strachu z nesnesitelných bolestí, ze strachu ztráty sebeovládání, ale i z obav mortality novorozence po porodu. Některé studie ukazují, že u žen s rizikem komplikovaného porodu je možné snížit jejich obavy plánovaným císařským řezem. Během III. trimestru se rodina připravuje na příchod potomka i po sociální stránce, které zahrnuje zabezpečení a vytvoření vhodného zázemí pro novorozence

Během těhotenství a po porodu dochází k vytvoření mateřské identity. Adaptační mechanismy napomáhají ženě vyrovnat se s krizí, která ji v těhotenství provází.

Bašková zmiňuje tyto adaptační mechanismy (Bašková, 2015, s. 11):

**Imitace** – Proces, při kterém si žena osvojuje mateřskou roli podle chování druhých žen, které už byly těhotné

**Hraní role** – Při tomto chování žena touží vyzkoušet si budoucí roli matky u ostatních malých dětí

**Fantazie** – Probíhá v myšlenkách. Má podobu představ a přání.

**Introjekce** – Proces, při kterém žena přebírá názory druhých žen, jenž jsou matkami.

**Projekce** – Žena si sebe sama představuje v roli matky.

Na konci tohoto procesu můžeme hovořit o akceptaci těhotenství, nebo si žena naopak uvědomí, že je pro ni tato role nevhodná a dojde k zamítnutí (Bašková, 2015, s. 11).

Každé těhotenství, i to, které prožívá pozitivně laděná matka se neobejde bez občasného strachu či obavy. Těhotenství chápeme jako dynamický proces proměnlivých postojů, emocí a hodnocení (Bašková, 2015, s. 12). Očekávání a samotný přístup k těhotenství, porodu či k podpoře partnera má každá žena individuální. Každá žena očekává něco jiného.

Praško, Kosová a Herman (Skutilová, 2013, s. 20) charakterizují možné dysfunkční varianty očekávání:

**Zvládání těhotenství, porodu a poporodního období** – žena má nadměrná očekávání a chce být bezchybná ve své nové roli, často je pak zklamaná svou přirozenou nedokonalostí.

**Prožívání citů, blízkosti a bezpečí** – žena očekává naplnění lásky k dítěti a partnerovi

**Sociální podpora** – předpoklad, že porod a péče o dítě navýší lásku k partnerovi střídá strach ze strádání v partnerství

**Vlastní hodnoty** – předpoklad, že těhotenství a porod zvýší hodnotu ženy střídá strach, že se její hodnota sníží v pracovní či sexuální stránce.

**Vztah k vlastnímu tělu** – žena touží být krásná nejen pro sebe, ale i pro své okolí.

**Očekávání nepříjemných zážitků** – žena má obavy z porodních a poporodních bolestí

### 3.2. PŘEHLEDOVÁ STUDIE VÝZKUMŮ STRESU V TĚHOTENSTVÍ

O stresu lze hovořit ve chvíli, kdy je míra intenzity nadlimitní nad únosnou zátěží člověka. Ani těhotným ženám se stres nevyhýbá, ba naopak. Přesto, že mnohé z nich prožívají šťastné období a radují se z příchodu dítěte na svět, jedná se zároveň o období, které lze označit za stresující. Rozhodující je, zda se jedná o eustres nebo distres. Distres může žena zažít už v počátku těhotenství, pokud v minulosti již potratila a momentálně čeká, jak se bude její současné těhotenství vyvíjet. V takovém případě se žena nejčastěji obává výsledků každého vyšetření, ale má obavy i z průběhu porodu (Skutilová, 2016, s. 75). Stres je pro ženu ohrožující ve chvíli, kdy pocítuje, že přesahuje její adaptační zdroje. Prvotní je vždy otázka „Ohrožuje mě něco?“ a následně „jsem schopná to zvládnout?“ (Skutilová, 2016, s. 76). Častou reakcí na nadměrný stres bývá agrese a vztek. Objevují se i různé emoční výkyvy jako např. plačtivost (Skutilová, 2016, s.102). Bylo uvedeno, že důsledkem stresu se u žen objevují různé myšlenky, které ovlivňují chování a rozhodování. Tyto myšlenky jsou přirozené, nýbrž je důležité je identifikovat a umět s nimi pracovat (Skutilová, 2016, s. 102).

Studie z roku 2009 prokázala, že emocionální výkyvy a stres v těhotenství zvyšuje riziko nežádoucích vlivů na novorozence. Na zvládnutí stresu má rozhodující vliv podpora partnera, rodiny a rovněž i mezilidské vztahy (Glazier et al. 2009). Tento fakt potvrzuje i studie z roku 2018. Tato německá studie se zaměřovala především na ženy, které během těhotenství nemají zázemí a hledají ho. Bylo uvedeno, že pro ženy je stresující existenciální nejistota stejně tak jako nefunkční vztahy v rodině či nefunkční partnerství. Všechny tyto

stresory se vzájemně prolínají a mají fatální dopad na psychiku ženy (Gewalt et al. 2018). Jiná studie z roku 2012 prokázala, že jako stresor může působit také péče o nemocného člena rodiny (Kitsantas et al. 2012). Studie z roku 2015 uvádí, že největší zdroj stresu plyne z pocitu ženy, že má příliš povinností, kterým není schopna vyhovět. Rovněž se objevuje stres z nedostatku peněz na základní vybavení pro dítě (Góméz et al. 2015). Vysoká úroveň stresu byla prokázána u žen vyššího věku, dále u žen, které žijí bez partnera a žen, které jsou nuceny během těhotenství pracovat (Gomez et al. 2015). Bylo zjištěno, že mezi stresory patří rovněž zdravotní stav. Studie z roku 2005 prokázala jako největší stresor porod dětí s vážným onemocněním či poruchou, dále stav, kdy je během těhotenství či porodu poškozeno zdraví ženy či bolesti během těhotenství. Tento výzkum rovněž zaznamenal výraznou souvislost mezi stresem a vzděláním matky, spokojeností v manželství, přijetím gravidity, paritou či podporou v partnerství (Salari et al. 2005). V roce 2018 byla provedena studie u těhotných žen z Číny. Cílem bylo zjistit, jaká je souvislost mezi životním stylem čínských žen a mírou úzkosti a stresu. Pro výzkum byl použit základní dotazník pro shromažďování sociodemografických údajů a životních stylů matky. Využita byla stupnice pro hodnocení stresu a úzkosti. Zjistilo se, že čas trávený na mobilním telefonu značně zvyšuje riziko stresu pro nastávající matku. Stresorem je rovněž samotné prozatím, nenarozené dítě. Kvalita spánku podle studie nijak neovlivňuje stres ani úzkost. Výskyt domácích zvířat v domácnosti rovněž nekoreluje s prenatálním stresem nebo úzkostí. Výsledky ukázali, že vyšší míra prenatálního stresu může zapříčinit postnatální stres a úzkosti po porodu. Pravidelné a různorodé relaxační aktivity mohou toto riziko snížit (Hou et al. 2018). Podobná studie byla provedena roku 2016 u těhotných indických žen. Zjistilo se, že největším stresorem je u index především očekávání dítěte a příprava rodiny na potomka (Aneja et al. 2016).

### Důsledky stresu v těhotenství

V roce 2016 bylo dle výzkumu zjištěno, že matka nejvíce vnímá napětí ve druhém trimestru. Fyziologická míra stresu ve druhém trimestru se zdá nejvíce spojena s předčasným porodem plodu. Proto je důležité identifikovat stres už v raném těhotenství a pokusit se jej zmírnit a zamezit tak předčasnému porodu, který může být nebezpečný nejen pro dítě, ale i pro matku (Hoffman et al. 2016). Stávající studie ukazují také, že prenatální stres může zvýšit hladinu cirkulujících zánětlivých markerů, které mohou být příčinou nedonošenosti u dětí nebo komplikacemi v těhotenství (Coussons-Read et al. 2012). Roku 2016 byl proveden další výzkum zabývající se tím, zda prenatální nebo perinatální trauma může být spojeno se zhoršeným stavem novorozence. Zkoumaly se rizikové faktory a posttraumatické stresové poruchy u těhotných žen. Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 554 matek. Přibližně 2/3 matek bylo vystavěno celoživotnímu traumatu a 1/3 byla vystavěna minimálně rok násilí v partnerství. S posttraumatickou stresovou poruchou jsou významně spojena také traumata z dětství a zátěžové situace, které matku potkaly před otěhotněním. Studie prokázala, že trauma v těhotenství a posttraumatická stresová porucha úzce souvisí s růstem plodu a také obvodem hlavy dítěte po narození (Koen et al. 2016). Péče o emoční stav těhotných žen zůstává velmi opomíjeným aspektem medicíny. Mnoho prospektivních studií ukázalo, že v případě, kdy je matka v depresi, úzkosti nebo ve stresu v těhotenství se zvyšuje riziko negativního vývoje jejího dítěte, včetně emocionálních problémů. Může se objevit i deficit pozornosti spojen s hyperaktivitou nebo určitá porucha kognitivního vývoje. I přesto, že genetický screening (1. nebo 2. trimestr) je negativní, tak se mohou poruchy psychiky u dítěte projevit v budoucnu (Glover, 2014). V USA si začínají zdravotníci uvědomovat jaký dopad může mít stres prožívaný v těhotenství na dítě. Největším problémem je chronický neboli dlouhodobý stres. Za dlouhodobý stres lze považovat finanční nejistotu, nátlak na sexuální činnost ze strany partnera, ale rovněž zkušenost s rasismem. Faktor stresu se ve studii z roku 2009 ukazuje jako jedna z příčin nedonošenosti dětí (Latendresse, 2009). Existují určité souvislosti mezi životním stylem ženy během těhotenství. Studie z roku 2004 na základě těchto faktů zjišťovala jaký vliv má kouření a stres na vývoj dítěte. Bylo zjištěno, že tabakismus a stres v těhotenství má určitou souvislost s diagnózou ADHD u dítěte. Výzkumu se účastnili skandinávské ženy, které byly pozorovány během gravidity a následně byly pozorovány i jejich děti do věku sedmi let. Studie prokázala, že prenatální stres je nezávisle spojen s pozdějšími příznaky syndromu ADHD u dětí, zejména u chlapců. Stres a kouření jsou v dnešní době častými problémy, které budoucí rodičky s lékaři řeší. Výsledky

této studie mají proto poměrně zásadní význam pro veřejné zdraví (Rodriguez et al. 2004). Studie prováděné se zvířaty ukázaly, že stres v těhotenství může být jedním predikátem pro kognitivní poruchu u jejich potomků. Proto studie z roku 2003 reaguje na to, zda tyto informace jsou pravdivé. Předmětem výzkumu bylo, zda psychická a endokrinologická opatření proti stresu v těhotenství mají uspokojivý závěr ve výsledku s vývojem dítěte. Testováno bylo 170 žen u kterých se sledovala hladina kortizolu a shromažďovali se údaje o jejich každodenních potížích a úzkostných stavech specifických pro těhotenství. U žen s vyšší mírou úzkostnosti v polovině těhotenství vykazovali jejich děti v 8. měsíci života nižší skóre mentální a motorické aktivity. Větší množství každodenních potíží v raném těhotenství bylo spojováno s též s nižším mentálním a motorickým skóre. V průměru došlo k poklesu o 8 bodů na stupnici mentálního a motorického vývoje. Tato studie vypovídá, že stres během těhotenství se může jevit jako jeden z determinantů zpoždění motorického a duševního vývoje u osmiměsíčních kojenců. Dále se prokázalo, že může být rizikovým faktorem i pro další psychomotorický vývoj. V následném zkoumání sledovali, zda tato stagnace je přechodná, trvalá nebo dokonce progresivní (Huizink et al. 2003).

### **Stres v těhotenství jako možná příčina vzniku depresí**

Výzkum z roku 2011 prokázal, že depresivní symptomy se vyskytují u 8-12 % těhotných žen (Le Strat et al. 2011). Bylo prokázáno, že faktory spojené s depresí v prenatálním období jsou často zaměřeny na mateřské psychologické charakteristiky a postoje, nicméně významný vliv na rozvoj psychických problémů, zvláště depresí, mohou mít také socioenvironmentální faktory, jako je chudoba a stresující sociální prostředí. Denní chronické stresory v těhotenství a období po porodu mohou být silnými prediktory depresivních stavů. Řada výzkumů prokázala, že chronické stresory, jako jsou finanční problémy, rodičovské starosti a mezilidské konflikty jsou nejvlivnějšími stresory na duševní zdraví u matek s nízkým příjmem. Na druhé straně výzkumy ukazují, že sociální podpora a zabezpečení může v případě těhotných matek mít nejen pozitivní vliv na zlepšení psychické pohody, ale může působit přímo jako obrana proti stresovým faktorům (Séguin et al. 1995). Průřezová studie z roku 2013, zkoumající psychosociální faktory ovlivňující rozvoj deprese u těhotných žen, prokázala, že předporodní deprese jsou spojeny s faktory jako jsou nesezdaný stav partnerů, nízké vzdělání, kouření, nízké finanční příjmy domácnosti, rodinná psychologická anamnéza, sexuální zneužívání v minulosti, premenstruační syndrom a neplánované těhotenství (Jeong et al. 2013).

### **Prevence stresu z těhotných žen**

Předchozí studie potvrzují, že stres a negativní emoce mají pozdější vliv na matku i dítě. Stres může ovlivnit nejen vývoj dítěte, ale především vzájemnou interakci mezi novorozencem a matkou. Studie z roku 2008 se zaměřila na sledování psychosociální intervence v těhotenství. Vědci sledovali osmitýdenní intervenci zaměřenou na zlepšení emocionálního stavu a snížení stresu u nastávající matky. Sledována byla následně také intervence bezprostředně po porodu. Experimentální skupina, které byla poskytována psychosociální intervence vykazovala velmi nízký výskyt úzkosti před a po porodu, na rozdíl od kontrolní skupiny, jíž nebyla intervence poskytnuta. Z této studie vyplývá, že je prospěšné do psychosociální podpory v těhotenství investovat (Vieten, et al. 2008).

### **Dovednosti a strategie zvládání stresu u těhotných žen**

Při zvládání stresu využíváme tzv. copingové strategie. Jedná se o dynamický proces. V průběhu těhotenství může žena prožít stres, který musí zpracovat. K vyrovnávání se stresem slouží tzv. strategie. Atkinsonová a kol. (2003) popisuje tyto Lazarusovy strategie, které jsou v těhotenství vhodné. (Skutilová, 2016, s. 77)

V případě, že zvolíme **strategii zaměřenou na problém** je důležité vymezit problém a zvážit alternativní řešení. Nejdůležitější je zvolit smysluplné řešení, držet se faktů a nevytvářet hypotézy, které těhotnou ženu více stresují (Skutilová, 2016, s. 77). **Behaviorální strategie** využívají různé pomocné techniky, které zmírňují stres a vypětí. Zahrnuje např. tělesné cvičení, relaxaci či oporu u přátel a rodiny. Je zřejmé, že pozitivní sociální opora okolí, kladně přispívá k psychické pohodě ženy (Skutilová, 2016, s.77). Možnost představuje i dočasné tzv. odsunutí problému z vědomí. **Kognitivní strategie** umožňují přehodnotit situaci (Skutilová, 2016, s. 77). Tyto tři strategie lze považovat za efektivní. Strategie, které problém zlehčují či lhostejný přístup přinášejí úlevu jen krátkodobě. Při dlouhodobém využívání jsou neefektivní (Skutilová, 2016, s. 77).



### **Využití relaxace v těhotenství na zmírnění stresu a úzkosti**

Kontrolovaná studie v roce 2005 prokázala, že vhodným relaxačním tréninkem výrazně žena snižuje vnímání stresu a úzkosti v těhotenství. Průměrný věk gravidních žen ve II. trimestru byl 23,5 let. Rozděleny byly do experimentálních a kontrolních skupin. Experimentální skupině byla poskytnuta rutinní prenatalní péče s relaxačním tréninkem, naopak kontrolní skupině byla podána jen prenatalní péče bez relaxačních cvičení. Úzkost byla měřena metodou STAI a stres se měřil pomocí standartní stresové stupnice. Experimentální skupina měla po psychické stránce lepší výsledky než skupina kontrolní.

Závěry výzkumu ukázaly, že relaxace má příznivý vliv na snížení stresu a úzkosti. Matky by měly znát relaxační techniky a umět s nimi pracovat, jelikož by jim mohly posloužit jako prostředek ke zlepšení psychického stavu v těhotenství (Bastani et al. 2005). Mezi relaxační metody lze zařadit i poslech hudby. Chang poukazuje na tento fakt ve své studii z roku 2009. Studie zkoumala účinky poslechu hudby na psychosociální stránku ženy během těhotenství a na vliv interakce mezi matkou a plodem. Byla provedena randomizovaná kontrolovatelná studie. Předmětem zkoumání bylo 296 těhotných žen. V experimentální skupině bylo pozorováno 145 žen, kterým byla poskytována rutinní prenatalní péče doplněná poslechem hudby. Kontrolní skupině byla poskytována pouze rutinní prenatalní péče. Data byla shromažďována pomocí demografického formuláře. Využívalo se hodnocení škály stresu (PSRS) a stupnice mateřské a fetální vazby (MFAS). Experimentální skupina vykazovala nižší úroveň psychosociálního stresu než kontrolní skupina. To se týkalo především psychosociální přípravy na porod, přípravy na příchod nového člena rodiny a identifikaci ženy s rolí budoucí matky. Nebyly však zjištěny žádné významné rozdíly, které by poukazovaly na souvislost s vazbou mezi matkou a dítětem. Rovněž nebyl rozdíl ani ve vnímání stresu mezi jednotlivými skupinami (Chang et al. 2015).

## 4 STRESORY V TĚHOTENSTVÍ

### 4.1. CÍL ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÝ DESIGN

V době těhotenství se může žena dostat do stresujících situací, které mohou ovlivnit prožívání jejího těhotenství a zároveň mohou mít nepříznivý vliv na průběh těhotenství a na vývoj plodu. Cílem tohoto výzkumu je zmapovat a popsat všechny oblasti, které mohou být u těhotné ženy zdrojem stresu. Základní výzkumná otázka tudíž zní: Jaké stresory působí na těhotnou ženu v dnešní době?

Za účelem naplnění tohoto cíle byla zvolena smíšená výzkumná metodologie. V první části bylo provedeno šetření kvalitativního charakteru, které posloužilo k bližšímu porozumění zkoumaného jevu. Následně byly výsledky porovnány s dostupnými výzkumnými studiemi a vybraná zjištění ověřena anketou.

Na kvalitativní a kvantitativní přístupy je dnes pohlíženo jako na soupeřící paradigma. Nástrojem kvantitativního metodologického výzkumu je především dotazník a nástrojem kvalitativního výzkumu např. rozhovor nebo pozorování (Švaříček et al. 2014, s. 13). Americký sociolog Blau tvrdí, že *„Kvantitativním výzkumem nelze zjistit nic více než to, co jsme „kvalitativně“ předem věděli, ale o čem jsme pouze nevěděli, jak je „to“ v populaci rozloženo.“* (Švaříček et al. 2014, s.13-14). Předmětem kvalitativního výzkumu je především v dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis (Gavora, 2010, s. 142). Práce spočívá především v práci se slovy, na rozdíl od výzkumu kvantitativního, jehož předmětem jsou čísla. Data, která jsme získali při sběru v kvalitativním výzkumu musíme interpretovat jinými postupy, než je tomu v kvantitativním výzkumu (Švaříček et al. 2014, s.15)

## 4.2. METODOLOGIE KVALITATIVNÍ ČÁSTI

### Cílová skupina výzkumu

Realizace kvalitativního výzkumu probíhala od října 2018 do března 2019. Zvolena byla kvalitativní metoda rozhovoru. Rozhovory s ženami probíhaly v soukromé gynekologické ordinaci v Nýřanech. Vybráno bylo náhodně 15 žen, bez ohledu na to, v jakém trimestru těhotenství se právě nacházely. V rámci rozhovorů s ženami byly zjišťovány tyto sociodemografické údaje: trimestr těhotenství, věk, vzdělání a počet porodů. V prvním trimestru se nenacházela žádná z dotazovaných žen. Ve druhém trimestru byly aktuálně 4 respondentky. Ve třetím trimestru se nacházelo 11 dotazovaných žen. Ve věku od 20-25 let se nacházely 4 ženy. V kategorii 26-30 let se pohybovalo 6 dotazovaných žen. Ve věku 31-35 byly dotazovány 4 ženy a do kategorie 36-40 let byla zařazena pouze jedna žena. Z dotazovaných bylo 7 žen prvorodiček a 8 žen rodilo podruhé. 3 respondentky měly pouze základní vzdělání, 2 ženy byly vyučené na SŠ bez maturity, 4 ženy dosáhly maturity na SŠ, 2 respondentky absolvovaly VOŠ a 4 respondentky měly dokončené vysokoškolské vzdělání.

### Sběr výzkumných dat

Za nejčastěji využívanou metodu v kvalitativním výzkumu je považován rozhovor. Jedná se o nestandardizované dotazování respondenta výzkumu zpravidla jedním výzkumníkem, který rozhovor vede (Švaříček et al., 2014, s. 159). Rozhovor umožňuje zachovat autenticitu odpovědí a rovněž ponechání výpovědi v přirozené podobě (Švaříček et al., 2014, s. 160)

Pro rozhovor v tomto kvalitativním výzkumu byly náhodně vybrány těhotné ženy. Využita byla metoda polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Použitý rozhovor má charakter narativní výpovědi. Cílem bylo zajistit co nejvíce relevantní odpovědi. Otevřené otázky byly využity proto, aby jedinec podrobněji vysvětlil své pocity, přemýšlel nad problémem, a neuchýlil se pouze ke strohým odpovědím.

K realizaci rozhovoru bylo využito 5 otevřených otázek, týkajících se prožívání těhotenství a možného působení stresorů.

- Jste těhotná, můžete mi o tom něco povědět?
- Jaké je to být v dnešní době těhotná?

- Jaké psychické a emocionální změny se objevují během těhotenství?
- Na co myslí žena, když zjistí, že je těhotná?
- Co v dnešní době stresuje těhotné ženy?

Odpovědi byly se souhlasem respondentek zaznamenány na záznamové zařízení, aby se tak předešlo k možnému zkreslení odpovědí při přepisu.

### **Analýza dat**

Data, která byla sebrána pomocí rozhovorů bylo zapotřebí zpracovat pomocí analýzy, abychom mohli výsledná data interpretovat. Jako metoda práce s daty byla zvolena obsahově kategoriální analýza. Nejprve jsme skrze nejefektivnější způsob provedli otevřené kódování. Kódování je technika, která pomocí operací nejprve rozebere údaje, poté konceptualizuje a následně nám umožní složení novým způsobem. Při otevřeném kódování se nejprve rozčlení text na jednotky, se kterými se dále pracuje. Jednotka může představovat např. slovo nebo souvětí. Ke každé jednotce přidělujeme kód, který vystihuje určitý význam a odlišuje jej od ostatních. (Švaříček et al. 2014, s. 211-212) Dále byly jednotky členěny do jednotlivých kategorií. V závěru bylo vytvořeno 14 kategorií s některými subkategoriemi. Následně jsou jednotlivé kategorie popsány, strukturovány dle několika hledisek a předloženy v tabulce sumarizace.

### **4.3. METODOLOGIE KVANTITATIVNÍ ČÁSTI**

Anketa je jednou z variant dotazníku. Je určena pro hromadné získávání údajů. Využívá se především v sociologických šetřeních. Rozdíl mezi anketou a dotazníkem spočívá v tom, že dotazník má omezený výběr osob, které budou do dotazníkového šetření zahrnuty. Anketa zpravidla oslovuje určitou specifickou skupinu lidí, která nás zajímá. Na anketu respondenti odpovídají zcela nezávazně. Zpravidla má užší obsah nežli dotazník a je většinou zaměřena na určitý vymezený problém (Pelikán, 2011, s. 115) V kvalitativním výzkumu byl popsán nově vystupující stresor v podobě sociálních sítích. Na základě online ankety, bylo provedeno ověření, zda se tento stresor ve společnosti skutečně vyskytuje.

**Výzkumný předpoklad:** Současné těhotné ženy významně stresují sociální sítě.

Podmínka potvrzení předpokladu: **50 % respondentek potvrdí, že sociální sítě mohou být pro těhotnou ženu stresující.**

### **Cílová skupina**

Bylo osloveno 418 těhotných žen z celé České republiky, bez zjišťování sociodemografických údajů. Bez ohledu na to, v jakém trimestru těhotenství se právě nacházely.

### **Sběr výzkumných dat**

Pro zaznamenání odpovědí byla vytvořena online anketa. Anketa se skládala z deseti otázek. Některé otázky byly podány respondentům tázacím způsobem, jiné zase formou tvrzení. Odpovědi byly zaznamenávány pomocí Likertovy škály, přičemž 1 představovala odpověď naprosto nesouhlasím a 5 odpověď naprosto souhlasím.

V anketním šetření byly položeny tyto otázky a tato tvrzení.

- Jsou podle Vás sociální sítě trendem dnešní doby?
- Stresuje mě, když si přečtu na internetu odlišný názor na léčbu a diagnózu, kterou mi určí lékař.
- Fotografie ostatních lidí na Facebooku a Instagramu ve mně někdy vzbuzují nepříjemné pocity.
- Jsem někdy smutná, když vidím fotky jiných lidí z dovolených, zatímco my na dovolenou nejedeme.
- Někdy mi je líto, když na sociálních sítích vidím drahé věci pro miminko, které si nemohu dovolit.
- Někdy mě mrzí, že můj partner se nechová tak, jako jiní partneři žen, které vidím na sociálních sítích.
- Facebook a Instagram způsobuje mezi těhotnými ženami závist.
- Někdy mi připadá, že sociální sítě ovlivňují prožívání mého těhotenství.
- Občas mám pocit, že sociální sítě příliš zasahují do mého soukromí.
- Myslíte si, že mohou být sociální sítě pro těhotnou ženu stresující?

## Analýza dat

Získaná data byla zpracována pomocí Microsoft Excel a převedena na relativní četnosti výskytu jednotlivých odpovědí. V BP jsou prezentována v grafickém podobě.

### 4.4. VÝSLEDKY KVALITATIVNÍ ČÁSTI

Z výpovědí respondentek bylo celkem vygenerováno 14 kategorií, přičemž některé mají vlastní subkategorie.

#### Psychika

##### Psychika během těhotenství

Těhotenství je velká zátěž pro psychiku ženy. Objevují se jisté změny či prohloubení některých vlastností. Byla uvedena přecitlivělost, podrážděnost a náladovost. *„Jsem hodně přecitlivělá, pořád se mi střídají nálady, je to jak střídavě oblačno.“*

Byla popsána uzavřenost a nové neobvyklé myšlenky *„Více se uzavírám do sebe, přemýšlím na sebou, nad naším partnerstvím, zda je přítel ten pravý. Je to tím, že mám více času, nikdy jsem to nedělala.“* Objevit se může i zvýšená míra konfliktního jednání, která byla doposud neobvyklá. *„Všechno mě hned vytočí, jsem více konfliktní.“*

##### Aktuální psychický stav těhotné ženy

V kategorii aktuálního psychického stavu bylo uvedeno, že těhotenství je období plné změn. *„Je to všechno jiné, cítíte se jinak.“* Aktuální psychický stav je závislý na tom, v jakém psychickém rozpoložení se těhotná žena momentálně nachází. *„Záleží vždycky na tom, jak se zrovna cítíte“* Byly popsány pocity trápení, pocity strachu, pocity smutku a stav psychické nepohody. *„pořád řešíme to bydlení, trápí mě to každý den a přemýšlím, jak to udělat, mám z toho strach“* Objevuje se afektovanost, konfliktnost a agrese. *„Všechno mě hned vytočí, mám úplně jiné reakce než obvykle, nikdy předtím bych se tak nechovala.“*

Objevují se rozporuplné pocity a nervozita. V důsledku blížícího se porodu, nervozita přerůstá až v paniku. *„Jak se to blíží, tak jsem na nervy, je mi z porodu zle. Už z toho panikařím.“* Z výpovědí vyplývá, že se ženy cítí jinak než obvykle. *„nejsem to já, necítím se ve své kůži“* Dále byl popsán stav jisté pohody a vyrovnanosti. *„Užívám si to, jsem v klidu, nechci se ničím stresovat“.*

### Emoce během těhotenství

V kategorii emoce během těhotenství bylo uvedeno, že emoce jsou proměnlivé a různorodé. Emoce jsou mnohem intenzivnější než před graviditou. Objevuje se zvýšená plačtivost a pocit dojetí. „*Pláčete klidně u reklamy na toaletní papír, fakt všechno vás hned rozbřečí.*“ Také pocity studu a zklamání. „*Byla jsem zklamaná, když nám pan doktor oznámil, že to bude kluk. Chtěla jsem holčičku a pak jsem se za to hodně styděla.*“

### Existenciální myšlenky během těhotenství

Objevuje se spousta myšlenek, které ženy mají poprvé v období gravidity. „*Jsou věci, které by mě nikdy dřív nenapadly.*“ Bylo popsáno, že těhotenství je velká změna nejen pro ženu, pro muže, ale i pro partnerství. Příchod dítěte na svět bude doprovázet ještě více nezvyklých, nových situací a změn. „*Řešíme najednou věci, které jsme nikdy nemuseli.*“

Vyskytují se myšlenky o tom, jaké to bude po porodu. S blížícím se porodem jsou myšlenky intenzivnější. „*Budeme tři, už nikdy nebudeme dva. To, co je teď se už nikdy nebude opakovat. Už nikdy nebudu sama za sebe. Nikdy se nenajím jako první. Je to poslední období, kdy jsem jen já. Život utíká tak rychle. Nevím, co bude.*“

### Zdroje obav u gravidních žen

Objevují se různé obavy z rozpadu vztahu nebo obavy z partnerovy nevěry. „*Manžel mi řekl, že už se chtěl rozvést předtím, než jsem otěhotněla, takže nevím, co bude po porodu. Nevím, jestli neměl někoho jiného, ale zatím jsme spolu.*“ Obavy z možného zhoršení zdravotního stavu. „*Bojím se potratu, dnes je dar mít zdravé dítě.*“ Objevuje se strach z potratu, předčasného porodu, ale také ze zdravotních komplikací, které se mohou vyskytnout v průběhu těhotenství. Tento strach posiluje každé vyšetření u lékaře. „*Jsem nervózní, když mi vyjdou výsledky špatně, když to není vše tak jak má být.*“ Bylo uvedeno, že věk gravidní ženy sehrává svoji roli v obavách z nefyziologického těhotenství nebo vývojových vad plodu. „*Přece jen, nechci být stará matka, abych neměla postižené dítě.*“ Obavy mohou být způsobeny na základě předchozího těhotenství. „*S malým jsem měla hrozné těhotenství i porod, bojím se, co mě čeká zase teď.*“ Objevuje se rovněž strach z osobního selhání, ujmoutí se nové role, připravenost na dítě. „*Doufám, že to zvládnou, čeká mě nová role a mám z ní strach.*“ Strach plyne také z oznámení zprávy o těhotenství manželovi nebo rodině. S tím souvisí plyne i obava z nejisté budoucnosti. „*obávala jsem se oznámení o těhotenství, nebylo*

*přijato moc vlídně, nevím, co teď bude dál“.* Uveden byl také strach z nedostatku financí. Souvisí s tím i nákladnost výbavy pro dítě. *„Všechno je drahé, bojím se, že se vydáme z peněz za výbavu pro dítě. Je to velká investice, skoro jako pořídít si auto.“*

Zároveň bylo udáno, že zdrojem obav může být *„Za chvíli rodím a stále nemáme vyřešené bydlení, doufala jsem, že to vyřešíme během těhotenství“*

### **Změny v chování ženy během těhotenství**

V kategorii změny chování ženy během těhotenství bylo uvedeno, že je pozorována změna v obvyklém chování ženy. Změny jsou překvapující, některé byly očekávané. *„Něco mě překvapilo, ale něco jsem čekala, třeba ta náladovost je celkem známá.“*

Objevuje se impulsivita, nepředvídatelné jednání, abnormální reakce a nepatřičné chování, vyústění konfliktů v agresi *„Jsem mnohem afektovanější než obvykle, normálně bych se chovala jinak, připadám si někdy až agresivní.“* Byla udána změna polaritativního svého chování, např. extrovertní žena se v určitých situacích stává spíše introvertem. *„Jsou chvíle, kdy spíš mlčím, a uzavřu se do sebe, přesto, že jsem taková nebývala.“*

### **Očekávání od těhotenství**

V této kategorii bylo popsáno, že očekávání od těhotenství je individuální záležitost. *„Je to různé, každý to má jinak.“* Objevila se touha po změně v partnerském vztahu. *„Doufám, že dítě zlepší naši aktuální partnerskou krizi, že se něco mezi námi změní.“* Očekávání může být vnímáno negativně např. těhotenství a příchod dítěte bude mít fatální následky na partnerský vztah. *„Všechno už bude jiné, někdy si to nedokážu představit, všichni říkají, že se vztah hodně změní.“* Objevilo se i pozitivní očekávání např. dítě může také přinést do života změnu, novou roli rodiče či smysl života. *„Očekávám, že se něco změní. Už jen ta nová role je pro mě výzva.“*

### **Přístup k těhotenství**

Z výpovědí vyplývá, že postoj ženy k těhotenství souvisí s prožíváním a s očekáváním. Těhotenství lze brát jako prostředek ke zlepšení partnerského vztahu. *„doufám, že se to po porodu zlepší a s partnerem se náš vztah zlepší.“* Těhotenství je omezení, jelikož není možno vykonávat všechny aktivity jako doposud např. v zaměstnání. *„nemůžu chodit do práce, dělat to, co jsem zvyklá. Přesto, že mi nic není.“* Zároveň bylo uvedeno, že těhotenství není handicap a není nijak omezující. *„Těhotenství není handicap,*



*normálně chodím do práce. Dělam vše jako doposud“* Bylo uvedeno, že těhotenství je období plné stresu. *„Jsem pořád ve stresu z toho všeho, neužívám si to“* Pohled na těhotenství souvisí s prožíváním těhotenství a se skutečností, zda bylo těhotenství plánované či neplánované. Jedná se o individuální záležitost. Těhotenství bylo popsáno jako krásný zážitek, krásné období plné překvapujících momentů, nová zkušenost, neobvyklá situace, pohodlné či nepohodlné období. *„Je to zvláštní, období plné změn. Je to krásný zážitek pro každou ženu.“* Bylo uvedeno, že gravidita je hrozný stav plný změn, představuje jistá omezení a působí zažívání divných pocitů, které jsou nepříjemné. *„Je to hrozný stav, všechno je najednou jinak, je to nezvyk, někdy mě to všechno hrozně stresuje.“* Bylo uvedeno, že reakce na těhotenství záleží na věku ženy, na finanční a sociální situaci, a na faktu, zda je těhotenství plánované či není. Může se jednat o moment překvapení, šok, zděšení, radost, štěstí. Žena přemýšlí, jakým způsobem to oznámí partnerovi nebo rodině. *„V první chvíli vás napadá, jak to vlastně oznámím, jak to řeknu?“* Stěžejní je přijetí těhotenství. Pokud není těhotenství přijato příliš kladně, nastává uvědomění si reality a následně proud mnohých otázek. *„Co mám dělat? Jaké jsou mé možnosti? Je správný čas na dítě? Jak bude vypadat naše budoucnost? Jsme připraveni? Neunáhli jsme se? Chceme skutečně být rodiči? Nejsme příliš mladí? Dokážu to?“* Objevují se myšlenky na interrupci. Pomocí otázek si mnoho z nich utřídí své touhy a možnosti a jsou tak lépe připraveny na všechna rozhodnutí. *„Napřed jsem chtěla jít na potrat, ale pak jsem se ptala sama sebe a uvědomila si, že to nemůžu udělat.“*

### **Prožívání těhotenství**

V kategorii prožívání těhotenství bylo uvedeno, že jde o individuální záležitost. Bylo uvedeno, že těhotenství probíhá klidně, bez komplikací nebo probíhá s komplikacemi. Objevují se obavy a strach, zda ženy vše dělají správně, zvyšuje se opatrnost o svou osobu. *„Hodně se hlídám, snad všechno dělám dobře, abych miminku nějak neublížila.“* Prožívání může být ovlivněno i omezováním, které žena v určitých případech pociťuje a rovněž i s hlídáním hmotnosti. Bylo uvedeno, že díky stresu není možné si těhotenství užít. *„Neužívám si to tak, jak bych chtěla.“* Objevuje se touha na toto období vzpomínat především pozitivně, touha se rozmazlovat. *„všichni jsou na mě strašně hodní, rozmazlují mě. Jsem teď středem pozornosti“*

### **Přístup ženy k sobě samé během těhotenství**

Během těhotenství se mění pohled ženy na fyzický vzhled. „*Cítím se oteklá, ošklivá a nepřitažlivá.*“

Bylo uvedeno, že změna vzhledu způsobuje stud. Proměna může působit jako stresor. „*stydím se, nelíbím se sama sobě.*“ Změna hmotnosti rovněž vystupuje jako stresor. „*Kdykoliv si stoupnu na váhu tak mi je špatně.*“

### **Přístup ženy k porodu**

V kategorii přístup ženy k porodu bylo uvedeno, že porod je přirozená věc k zakončení těhotenství. Objevilo se natěšení na dítě, racionalizace porodu, přístup beze strachu. „*Porodu se nebojím, zvládl to každý, zvládnou to taky.*“ Porod děsí, působí obavy a je velkým stresorem. „*Bojím se porodu, čím se blíží konec, tím je to daleko horší.*“

### **Fyzické změny žen v těhotenství**

V těhotenství se objevují mnohé fyzické změny. Výrazná změna je např. nevolnost, migrény či velká únava. „*Je mi pořád špatně, je mi nevolno a jsem z toho potom hrozně unavená*“ V těhotenství dochází ke smyslovým změnám. Objevují se změny chutí a intenzivnější čich. „*Jsem citlivější na pachy a změnili se mi chutě. Jsou věci, které mi dříve vůbec nechutnaly a teď se po nich mohu utlouct.*“ Objevuje se nechutenství při graviditě, které je spojeno s nevolnostmi v prvním trimestru. „*nemám na nic chuť, hned je mi špatně.*“ Bylo uvedeno, že se objevuje nespavost, která bývá důsledkem fyzických bolestí. „*Nevím, jak bych si už lehla. V noci se neustále převaluji, jak mě vše bolí.*“

### **Srovnání prvního a druhého těhotenství**

V kategorii srovnání prvního a druhého těhotenství bylo uvedeno, že předchozí těhotenství umožňuje jiný náhled na to aktuální a zároveň i možné srovnání. Bylo popsáno, že druhé těhotenství si člověk více užívá, jelikož už průběh těhotenství je známý. „*Už vím, co mě čeká, ty pohyby, a tak už znám, není to pro mě už nic moc nového. Cítím se více šťastná.*“ Druhé těhotenství je více stresové. „*Díky prvnímu těhotenství, už vím, co všechno se může stát a více se nervuju*“ Těhotenství je náročnější kvůli dalším dětem, o které se žena musí starat. „*Je to těžší, protože tříletá dcera vyžaduje velkou péči.*“

### Stresory v těhotenství související s partnerstvím a rodinou

Byly uvedeny tyto stresory např. konflikty v rodině a v partnerství. *„Stačí, když jdeme nakoupit a jsme schopni se pohádat, hned jsem z toho na nervy.“*

Nejistota v partnerském vztahu, především u nesezdaného páru. *„Najednou si uvědomíte, že máte doma toho přítele a ne manžela, a prostě to nestačí. Má to najednou jiný význam.“* Partnerova nepřítomnost jako stresor, partner chybí u důležitých mezníků při vývoji jejich dítěte. *„Mrzí mě, že spolu nechodíme na ultrazvuk, nebo, že spolu nejdeme vybrat kočárek, že nemá čas.“* Jako stresor byla popsána situace, kdy partner dítě nechce či naprostá absence zájmu ze strany partnera o dítě i partnerku. *„Mě osobně trápí hodně přístup manžela. Nechtěl další děti a řekl mi to už po narození dcery, ale doufala jsem, že to jsou jen plané řeči. Manžel s tímto těhotenstvím příliš nesouhlasí a chová se podle toho.“* Stresorem může být obava, že dítě bude příčina rozchodu. *„Při hádce, když jsem byla v prvním trimestru mi sdělil, že přemýšlel, že by se chtěl rozvést a, že pokud to tak má být tak dítě to nezachrání. Asi mi teď přijde, že naše budoucnost je hodně nejistá. Takže uvidím až syn přijde na svět, co on na to.“* Nepřijetí partnera těhotné, neboli otce dítěte ze strany rodičů ženy. *„Často se setkávám s tím, že rodiče nepřijmou partnera, to těhotenství se jim nelíbí a pro jejich dceru to není nic příjemného. Nejsou schopni fungovat.“* Rodiny obecně může působit jako velký stresor. Dochází ke konfliktům a neshodám. *„Jsem náladovější a podrážděnější, takže se vždycky s mámou hned pohádáme, ale to budou i ty hormony.“* Stresující je pocit absence zájmu o svoji osobu a nenarozené dítě ze strany rodiny. *„Naši se moc nezajímají, necítím podporu.“* *„Hodně se tím trápím, naši o mě ani bratra nikdy příliš nestáli a teď teprve to vidím, jak bych taky mohla chtít po mámě, aby se o nás zajímala, když ten zájem neměla nikdy.“* Nebo naopak vysoká míra zájmu. *„Někdy mi to přijde až moc, jak každý má starost a přehnaně se o mě starají.“*

Stresorem může být nevědomost partnera. *„Často si mě nevědomá, nepečuje o mě, neužívám si těhotenství tak jak bych měla.“*

Partnerova nadměrná péče o ženu. *„On je taková citlivka, hodně se mnou souzní, když mě něco bolí a tak. Někdy je to až moc a štve mě to“* Stresorem může být i partnerova nezvladatelnost těhotenství a partnerčiných změn např. partnerčiny nálady, afektovanost *„Někteří chlapi to moc nedávají, najednou mají doma tak trochu jinou ženskou“* Bylo uvedeno, že těhotenství nemá na partnerský vztah žádný vliv. *„Řekla bych, že je to všechno stejné jako předtím, než jsem otěhotněla.“* Dále, že těhotenství má na partnerství kladný a pozitivní vliv. V partnerství se objevuje větší stabilita a jistota. *„Cítím se jistější, když jsem*

*se dříve pohádala s přítelem tak jsem byla hrozně nešťastná a teď už to беру úplně jinak. Vím, že v něm mám jistotu.*“ Udává se rovněž jako stresor sexuální nespokojenost ze strany partnera. *„Vliv to určitě má. Hlavně na sex, hodně se změnil od mého prvního těhotenství.“* Bylo zjištěno, že v partnerství přibývá více konfliktů a neshod *„To najednou řešíte věci, o kterých se dřív nemluvalo.“* Konfliktní jednání souvisí se změnami nálad partnerky. *„jsem častěji podrážděná, stačí málo a hned se pohádáme.“* Bylo uvedeno, že stresorem je také úmrtí v rodině. Jedná se o tak silný stresor, na jehož základě může být vyvolán i předčasný porod nebo se mohou objevit i jiné patologické obtíže.

### **Postoj partnera k těhotenství**

Postoj partnera k těhotenství se u jednotlivých žen rapidně liší. Bylo uvedeno, že partner dítě chce, přeje si ho a těší se na něj. *„Můj přítel se na miminko těší skoro více než já, je nadšený, moc si ho přál.“* Popsáno bylo také, že partner s těhotenstvím nesouhlasil, dítě nechtěl. *„Manžel další dítě už nechtěl a dal mi to pořádně najevo, když jsem mu řekla, že ho čekáme.“* Objevil se fakt, že partner nepřijal těhotenství tak, jak si žena představovala a, že se stále ještě nesmířil s novou rolí, která oba čeká. *„Zatím mi to přijde takové zvláštní, asi by to tak být nemělo, přítel ještě není připraven na roli táty.“* Dle výpovědí je zřejmé, že partnerův postoj k těhotenství a rovněž i postoj k partnerce, je pro těhotnou ženu důležitý a sehrává roli v psychickém rozpoložení.

### **Nedostatek financí**

V kategorii nedostatek financí ženy uvedly jako stresor nízkou finanční podporu v mateřství. *„Mateřská je nízká, stát příliš nepomáhá, což je problém.“* Nemožnost zlepšení finanční situace. *„Je to těžké, peníze jsou problém, navíc se příjem rodiny sníží o jeden plat.“* Využívání finanční podpory od rodičů. *„Naštěstí máme hodné rodiče, kteří nám občas něčím přispějí.“* Finanční nedostatek způsobuje existenciální obavy a byl popsán jako velký stresor. *„Musím říct, že mě to vážně stresuje, a tak nějak nevím co bude dál.“*

### Specifické stresory související se sociálními médii

V kategorii specifické stresory související se sociálními médii bylo uvedeno, že v dnešní době jsou sociální média velký trend společnosti. Facebook a Instagram velmi ovlivňuje dnešní ženy. *„Mám kamarádky, které potřebují dítě do něčeho obléct, vyfotit, sdílet na sociální síť, a to je dělá šťastnými. Bohužel tohle všechno začíná už v tom těhotenství s fotkami s bříškem a tak. Je to to jediné, co je zajímavé.“* Na sociálních sítích se objevuje velké množství módních trendů pro děti. *„Je to náročné. Dnes jakmile někomu řeknete, že jste těhotná tak se na vás svalí hotová marketingová smršť, co se týče internetu, co všechno potřebujete a jaké nejnovější trendy byste měla znát. To je prostě strašně nepříjemné a vytáčí mě to.“* Objevuje se vliv internetových diskusí. Diskuse obsahují mnoho informací týkajících se těhotenství, zdravotního stavu, ale také péče a výchovy dítěte. Iracionalita některých diskusí zvyšuje neopodstatněné obavy z průběhu těhotenství a porodu. *„Takové ty diskusní portály typu modrý koník, neskutečný jak tomu ženský věří a hltají každé slovo, co tam napíše nějaká mamka“.* Bylo uvedeno, že diskuse jsou pro nastávající matky stresor. *„Hrozně mě to stresuje, když otevřu internet, hledám nějaký problém a najednou tam na mě vyběhnou hrozné story“* Jako stresor byla shledána nejen účast v diskusích, ale také předávání klamných informací. *„Internetové diskuse pro vás mají ve všem odpověď a je to strašné. Každý tam je vlastně doktor a má vystudovanou medicínu. Milion nesmyslných diskusí naprostých laiků, kteří vůbec neví, co mluví a těhotné ženy se pak stresují, pokud to čtou a nemají rozum. Je až neskutečné s čím vším dokáží lidé pracovat a s jakými informacemi jsou schopni nakládat a brát si je osobně.“* *„Na facebooku jsou různé skupiny, které obsahují nepravdivé informace.“* Zároveň bylo uvedeno, že internetové diskuse jsou inspirující, zajímavé, důvěryhodné a vzbuzují chuť diskutovat o problému. *„Když mám nějaký problém, tak jsem ráda, že si mohu přečíst další zajímavé informace. Stejně tak i já se ráda podělím o své zkušenosti s dalšími matkami.“*

Bylo uvedeno, že za nejvlivnější médium je považován Facebook a Instagram. Facebook a Instagram byl uveden za častý zdroj stresu pro těhotnou ženu. Rovněž i na sdílení fotografií v těhotenství je nahlíženo jako na stresující záležitost. Stres může vyplývat z umožnění náhledu do soukromí mnohým lidem. *„Stresuje mě, jak je člověk pod drobnohledem. Každý se hned ptá na pohlaví a na jméno. Je normální, že tyto informace poskytnete svým přátelům na facebooku a pokud to neuděláte, tak jste divní. Hrozně se dávají ty lidi napospas davu tímhle způsobem.“* Sociální sítě mohou být příčinou nespokojenosti, umožňují náhled na sociální a finanční rozdíly, důsledkem může být rivalita

mezi těhotnými ženami „*Matky si pokukují po kočárech, závidí si, kdo co má.*“ Bylo uvedeno, že se ženy srovnávají mezi sebou, mají tendence se hodnotit, soupeřit, spolu, předhánět se, závidět si. „*Je dneska úplně normální, že se budoucí matky srovnávají, závidí si vybavení pro miminko a hodnotí jaký kdo má život*“ „*Všichni si závidí, každý musí mít ihned to, co má ten druhý. Každý sleduje, jak budete vychovávat, co všechno máte a nemáte připraveno.*“ Bylo uvedeno, že příčina tohoto faktoru tkví převážně v sociálních sítích.

### **Zdravotní péče v dnešní době**

V kategorii zdravotní péče v dnešní době bylo uvedeno, že kvalitní zdravotní péče je pro zdravé gravidní ženy a pro vývoj zdravého plodu nezbytná. Zdravotní péče je velmi kvalitní, stejně tak i přístup zdravotníků. „*Zdravotní péče je skvělá, pan doktor je na mě moc hodný a pečlivý. Existuje hodně vyšetření, takže víte od začátku, jak na tom jste.*“

Velké plus bylo shledáno ve vyspělé technice a v moderních přístrojích, které dnešní doba poskytuje. „*Máme moderní přístroje, takže maminky jsou více monitorovány a hlídány, než dřív.*“ Pozitivní změna nastala i v nemocničním prostředí. Porod tak může být příjemnější, než tomu bylo dříve. „*Nemocnice jsou teď hezčí, sestřičky jsou také příjemnější, díky tomu není porod takový strašák.*“

### **Stresory v těhotenství související se zdravotním stavem**

V kategorii stresory v těhotenství související se zdravotním stavem bylo uvedeno, že nepříznivě působí na ženu především zdravotní komplikace spojené s těhotenstvím. Pokud těhotenství není fyziologické, objevuje se riziko potratu a dalších zdravotních problémů. Stresorem bývá kontrola u lékaře. Vyšetření nemají vždy jen pozitivní výsledky „*Každé vyšetření je stresující, jakmile mi vyjde něco špatně, už jsem na nervy. Dneska se jede všechno podle statistik a každá odchylka mě stresuje.*“ Stresorem je rovněž rizikové těhotenství. Žena na sebe musí být opatrnější, cítí se omezená a má mnoho obav. „*Šťve mě, jak se musím hlídat a, že jsem na neschopence, což mě hodně omezuje.*“ Pokud předchozí těhotenství skončilo spontánním potratem, tak každé další těhotenství je spojené s obavou možnosti opakování.

V tabulce na následující straně je přehledně sumarizováno, zda výše popsané významové kategorie ve výpovědích žen vystupovaly jako možný stresor.

Tabulka 2 Výskyt možných stresorů působících na těhotnou ženu (zdroj: vlastní konstrukce)

	VYSTUPUJE JAKO MOŽNÝ STRESOR
<b>Psychika</b>	ANO
Psychické změny během těhotenství	ANO
Aktuální psychický stav v těhotenství	ANO
Emocionální změny během těhotenství	ANO
Existenciální myšlenky během těhotenství	ANO
<b>Zdroje obav u těhotných žen</b>	ANO
<b>Změny v chování ženy během těhotenství</b>	ANO
<b>Očekávání od těhotenství</b>	ANO
<b>Přístup k těhotenství</b>	ANO
<b>Prožívání těhotenství</b>	ANO
<b>Přístup ženy k sobě samé</b>	ANO
<b>Přístup ženy k porodu</b>	ANO
<b>Fyzické změny během těhotenství</b>	ANO
<b>Srovnání prvního a druhého těhotenství</b>	ANO
<b>Stresory vyplývající z kvality vztahu s partnerem a s rodinou</b>	ANO
Postoj rodiny k těhotné ženě	ANO
Postoj partnera k těhotenství	ANO
Vliv těhotenství na partnerský vztah	ANO
<b>Nedostatek financí</b>	ANO
<b>Specifické stresory související se sociálními médii</b>	ANO
Vliv internetových diskusí	ANO
Vliv sociálních sítí	ANO
Rivalita mezi těhotnými ženami	
<b>Zdravotní péče</b>	
Zdravotní péče v dnešní době	NE
Stresory v těhotenství související se zdravotním stavem	ANO

Z tabulky je patrné, že ze všech vygenerovaných oblastí, pouze jedna uvedená nevystupuje jako stresor. Tzn., že pouze jedna oblast, konkrétně **zdravotní péče** se u těhotných žen neváže na negativní pocity a není zdrojem obav a úzkostí. V následujícím textu se pokusíme porovnat naše zjištění s informacemi v odborné literatuře a výzkumných studiích.

#### 4.5. ODBORNÁ POLEMKA VÝSLEDKŮ

V této kapitole bych ráda našla odbornou oporu k mým dosaženým závěrům.

Identifikovaný stresor psychické změny během těhotenství, které zahrnují rovněž aktuální psychický stav, emocionální změny a existenciální myšlenky během těhotenství, již v zásadě formulovala Skutilová, viz s. 30-32 BP.

Jako stresor jsou popsány i zdroje obav, změny v chování ženy během těhotenství, přístup k těhotenství, prožívání těhotenství, přístup ženy k sobě samé či přístup ženy k porodu, fyzické změny během těhotenství, srovnání prvního a druhého těhotenství viz Bašková a Skutilová s. 30-32 BP.

Stresor očekávání od těhotenství již popsala Skutilová viz s. 31-32 BP.

Stresor označený jako nedostatek financí, popsala např. studie z roku 2011 viz s. 36 BP, což je potvrzeno rovněž ve studii z roku 2013 viz s. 36 BP a ve studii z roku 2015 viz s. 33 BP.

Stresory vyplývající z kvality vztahu s partnerem a rodinou, zahrnující postoj rodiny k těhotné ženě, postoj partnera k těhotenství a vliv těhotenství na partnerský vztah je popsán např. ve studii z roku 2012 viz s. 33 BP, dále ve studii z roku 2015 viz s. 33. BP. Vliv tohoto stresoru popisuje i nejnovější studie z roku 2018 viz s. 33 BP.

Stresor zdravotní péče, který zahrnuje zdravotní péči v dnešní době a stresory v těhotenství související se zdravotním stavem jsou uvedeny Baškovou např. viz s. 30-31 BP.

Dále je zmiňuje Skutilová viz s. 32 BP. Studie z roku 2015 je popisuje rovněž jako stresor. viz s. 33 BP.

Specifické stresory související se sociálními médii zahrnující vliv internetových diskusí, vliv sociálních sítí a rivalitu mezi těhotnými ženami se nepodařilo v literatuře nijak nalézt. Není uvedeno, že by sociální sítě vystupovaly jako stresor, přesto, že v kvalitativním výzkumu byli několikrát zmíněny. Na tento jev, jsem vytvořila krátkou anketu skládající se z 10 ti otázek, která by měla potvrdit, popř. vyvrátit předpoklad, zda se skutečně o stresor jedná.



## 4.6. VÝSLEDKY ANKETNÍHO ŠETŘENÍ

Na základě kvalitativního rozhovoru bylo zjištěno, že sociální média mohou mít vliv na těhotnou ženu. V rozhovorech bylo uvedeno, že respondentky považují sociální sítě za velký módní trend dnešní společnosti a rovněž je považují za stresor. Toto tvrzení jsme ověřili v anketě, na kterou odpovědělo celkem 418 respondentek.

94 % respondentek vypovědělo, že sociální sítě považují za trend dnešní doby.

66 % respondentek tvrdí, že sociální sítě mohou být pro těhotnou ženu stresující.



Graf 1 Sociální sítě jsou trendem dnešní doby. (zdroj: vlastní konstrukce)



Graf 2 Myslím si, že sociální sítě mohou být pro těhotnou ženu stresující (zdroj: vlastní konstrukce)

Objevuje se vliv internetových diskusí. Diskuse obsahují mnoho informací týkajících se těhotenství, zdravotního stavu, ale také péče a výchovy dítěte. Dle rozhovorů bylo zjištěno, že některé informace z diskusí zvyšují neopodstatněné obavy z průběhu těhotenství a porodu. Bylo uvedeno, že diskuse jsou pro nastávající matky stresor. Jako stresor byla shledána účast v diskusích a předávání klamných informací. Rovněž bylo popsáno, že internetové diskuse jsou inspirující, zajímavé, důvěryhodné a vzbuzují chuť diskutovat o problému. V anketě jsme se zaměřili na fakt, zda tyto diskuse mohou mít u ženy vliv na možné zpochybnění diagnózy, kterou určí lékař.

V tomto případě vypovědělo celkem 38 % respondentek, že je stresuje, pokud si na internetu přečtou odlišný názor na léčbu a diagnózu, kterou jim určí lékař.



Graf 3 Stresuje mě, když si přečtu na internetu odlišný názor na léčbu a diagnózu, kterou mi určí lékař. (zdroj: vlastní konstrukce)

V kvalitativním výzkumu bylo uvedeno, že sociální sítě výrazně ovlivňují těhotnou ženu v dnešní společnosti. Na sociálních sítích jsou dostupné nejrůznější informace, které bývají podle žen klamné. Bylo uvedeno, že za nejvlivnější médium je považován Facebook a Instagram. Facebook a Instagram byl uveden za častý zdroj stresu pro těhotnou ženu. Dle výpovědí respondentek způsobují tyto sociální sítě určitou rivalitu či závist mezi těhotnými ženami. Bylo uvedeno, že se ženy srovnávají mezi sebou, mají tendence se hodnotit a soupeřit spolu.

Tento faktor jsme ověřili na základě ankety, ve které 52 % respondentek uvedlo, že Facebook a Instagram způsobuje mezi těhotnými ženami závist.



Graf 4 Facebook a Instagram způsobuje mezi těhotnými ženami závist. (zdroj: vlastní konstrukce)

Na základě tohoto tvrzení, jsme sestavili další otázky, které korespondují s tím, že sociální sítě mohou umožnit náhled do soukromí a tím způsobem mohou ovlivňovat pohled na vlastní reálný život těhotných žen.

37 % respondentek vypovědělo, že mají pocit, že sociální sítě příliš zasahují do jejich soukromí.



Graf 5 Někdy mám pocit, že sociální sítě příliš zasahují do mého soukromí. (zdroj: vlastní konstrukce)

V kvalitativním výzkumu bylo uvedeno, že fotografie či informace, které budoucí matky sdílejí na sociálních sítích mohou mít negativní vliv na prožívání těhotenství a rovněž mohou působit jako stresor.

V anketě uvedlo 34 % respondentek, že mají někdy pocit, že sociální sítě ovlivňují prožívání jejich těhotenství.



Graf 6 Někdy mi připadá, že sociální sítě ovlivňují prožívání mého těhotenství. (zdroj: vlastní konstrukce)

39 % respondentek uvedlo, že fotografie ostatních lidí na Facebooku a Instagramu v nich někdy vyvolávají nepříjemné pocity.



Graf 7 Fotografie ostatních lidí na Facebooku a Instagramu ve mně někdy vzbuzují nepříjemné pocity. (zdroj: vlastní konstrukce)

S tímto faktorem, který je závislý na fotografiích souvisí i sdílení fotografií a zážitků populace z dovolených a cest. Dle provedených rozhovorů vyplývá, že pozorované fotografie zvyšují nespokojenost žen ve vlastním životě.

45 % respondentek v anketě vypovědělo, že jsou někdy smutné, když vidí na sociálních sítích fotografie lidí z dovolených.



Graf 8 Jsem někdy smutná, když vidím fotky jiných lidí z dovolených, zatímco my na dovolenou nejedeme. (zdroj: vlastní konstrukce)

Sdílení fotografií a informací o druhých lidech na sociálních sítích může mít vliv i na prožívání partnerského vztahu či na náš pohled na partnera.

41 % respondentek vypovědělo, že někdy pocítují lítost, když vidí partnery jiných žen na sociálních sítích, kteří se chovají jinak než jejich partneři.



Graf 9 Někdy mě mrzí, že můj partner se nechová tak, jako jiní partneři žen, které vidím na sociálních sítích. (zdroj: vlastní konstrukce)

V kvalitativním výzkumu bylo uvedeno, že na sociálních sítích se objevuje velké množství módních trendů pro děti. Sociální sítě nabízí velkou škálu designových produktů a vymožeností, které si mohou budoucí matky pořídit. V rozhovorech bylo uvedeno, že stresorem je nedostatek peněz, který se v tomto ohledu značně promítá. Finanční rozdíly mezi ženami jsou na sociálních sítích poměrně dost viditelné.

V anketě 47 % respondentek tvrdí, že někdy pociťují lítost, když na sociálních sítích vidí drahé věci pro dítě, které si nemohou finančně dovolit.



Graf 10 Někdy mi je líto, když na sociálních sítích vidím drahé věci pro miminko, které si nemohu dovolit. (zdroj: vlastní konstrukce)

Dle dostupných informací, které jsme získali z anket, je evidentní, že sociální sítě do jisté míry působí jako stresor. Jde o individuální vnímání sociálních sítí, a především také do jaké míry se jimi žena nechá ovlivnit. Z výpovědí lze hypoteticky předpokládat, že specifické stresory sociálních médií mohou být přechodníkem k dalším stresorům.

Ověření výzkumného předpokladu:

**Výzkumný předpoklad:** Současné těhotné ženy významně stresují sociální sítě.

Podmínka potvrzení předpokladu: **50 % respondentek potvrdí, že sociální sítě mohou být pro těhotnou ženu stresující.**

**Dosažený výsledek:** 66 % respondentek potvrdilo, že je stresují sociální sítě. Výzkumný předpoklad tím byl potvrzen.

## ZÁVĚR

Hlavním tématem této bakalářské práce byla analýza stresové zátěže v těhotenství. Cílem práce bylo, s využitím kvalitativní a kvantitativní metody zmapovat a popsat jaké stresory působí na ženy v těhotenství.

Bakalářská práce je rozdělena do čtyř kapitol, které mají popsat jednotlivé okruhy. První kapitola byla věnována stresu. Druhá kapitola popsala těhotenství jako takové. Zahrnuje prenatální ontogenezi a fyziologii těhotenství. Třetí kapitola navazuje na první a druhou kapitolu. Ta je věnována psychice ženy v těhotenství. V této kapitole se setkáváme především s přehledovou studií výzkumů stresu v těhotenství, ale také s důsledky, které prožívaný stres v těhotenství může mít na zdraví dítěte.

Čtvrtá kapitola se nazývá stresory v těhotenství. Využit byl smíšený výzkum. Nejprve bylo provedeno kvalitativní šetření. S využitím rozhovoru s otevřenými otázkami bylo osloveno 15 respondentek. Jednalo se o těhotné ženy různého věku, vzdělání, bez ohledu na trimestr, ve kterém se právě nacházely. Pomocí otevřeného kódování byla provedena kategoriální analýza. Ze získaných dat je evidentní, že působení stresorů na ženy je individuální záležitost. Jako jeden z možných stresorů působící na ženy byla zjištěna změna jejich psychiky. Jedná se o jisté změny, či prohloubení některých dosavadních vlastností. S celkovou psychikou ženy souvisí rovněž aktuální psychický stav. Ten zahrnuje především aktuální pocity ženy, které prožívá v těhotenství. Jako další stresor byly popsány emoce během těhotenství. Objevuje se především v souvislosti s prohloubením a zvýrazněním emocí, které je pro gravidní ženu nezvyklé.

Stresorem byly shledány rovněž existenciální myšlenky během těhotenství. U mnohých žen se objevují až s příchodem gravidity. Vychází především z výrazné změny, a přípravy na novou roli. S tímto stresorem může být spojen další stresor, který se vyskytoval a v bakalářské práci je nazýván jako zdroje obav u těhotných žen. Obavy jsou přirozenou součástí těhotenství. Popsány byly různé zdroje obav. Obavy o plod, obavy o partnerství, obavy o finance nebo obavy z nejisté budoucnosti. Jako stresor se vyskytly také změny v chování ženy během těhotenství. U žen byly popsány nezvyklé reakce a nepředvídatelné jednání, které může působit na jejich psychiku negativně. Stresorem může být také očekávání od těhotenství. Jedná se o individuální záležitost, která nemusí vždy být brána pouze pozitivně. V rozhovorech bylo uvedeno, že jako stresor může působit také individuální prožívání těhotenství. V některých případech mají ženy zápornější přístup k těhotenství. V tomto

případě je stěžejní záležitostí přijetí těhotenství a prožívání těhotenství. Stresorem byl sledován také přístup ženy k sobě samé a přístup ženy k porodu. Těhotenství sebou přináší mnoho změn po psychické i fyzické stránce ženy. S tím souvisí i stresor, který je v bakalářské práci popsán jako fyzické změny během těhotenství. V tomto případě je důležité přijmout možné změny a vyrovnat se s nimi. Přístup ženy k porodu je stěžejní pro prožívání celého těhotenství. Jako stresor byly popsány i tendence srovnávání prvního a druhého těhotenství. Již poznané těhotenství může v ženě evokovat touhu předešlé těhotenství srovnávat s aktuálním, což ji může stresovat zvláště v případě, že se momentálně jedná o komplikovanější průběh. Dále byl v rozhovorech zjištěn stresor vyplývající z kvality vztahu s partnerem a rodinou. S tím souvisí i přístup partnera k těhotenství. Jedná se o stresory, který má závažné dopady na psychiku ženy a na její prožívání. Nedostatek financí byl popsán jako další stresor během rozhovorů. Jedná se o skutečnost, která způsobuje existenciální obavy a v určitých případech nenabízí možná řešení. Stresorem v životě těhotné ženy může být i její zdravotní stav, především v případě, že se těhotenství nevyvíjí fyziologicky. Stresor, který byl pojmenován jako zdravotní péče v dnešní době nebyl v rozhovorech prokázán. Mezi respondentkami se nevyskytl.

Novým zjištěním v kvalitativním výzkumu byly specifické stresory související se sociálními sítěmi. Sociální sítě jsou dle rozhovorů trendem dnešní doby a mohou ovlivňovat těhotnou ženu. Jedná se o poměrně nový jev, který není ještě příliš prozkoumán. Pro ověření, zda se tento stresor mezi těhotnými ženami skutečně vyskytuje byla využita kvantitativní metoda v podobě ankety. Anketa byla tvořena z 10 ti otázek, které byly ženám podány jako tvrzení. Odpovědi byli zaznamenávány na číselnou škálu (1-5). Ankety se zúčastnilo 418 těhotných žen. 94 % respondentek vypovědělo, že sociální sítě považují za trend dnešní doby. Celkové výsledky ankety poukazují na skutečnost, že sociální média mohou působit na těhotnou ženu jako stresor.

Závěrem lze říci, že došlo k potvrzení již popsáných stresorů a zároveň ke zjištění a popsání nového stresoru, který se vyskytuje ve specifické skupině těhotných žen. Smíšený typ výzkumu přinesl nové poznatky a rovněž splnil stanovené cíle výzkumu.



## RESUMÉ

Tato bakalářská práce pojednává o stresové zátěži těhotných žen. Zkoumá, mapuje a zachycuje stresory, které mohou působit na ženu v těhotenství. Ve třech kapitolách jsou popsány poznatky a dostupné informace vyplývající z dosavadních výzkumů. Ve čtvrté kapitole je popsána realizace smíšeného výzkumu. Nejprve byly provedeny rozhovory s gravidními ženami, poté byla provedena analýza sebraných dat, na základě, které jsem porovnála získané stresory s předešlými výzkumy. Bylo zjištěno, že působení stresorů je u každé ženy individuální záležitost. popsány byly tyto stresory: Psychika během těhotenství, zdroje obav, změny v chování ženy, očekávání od těhotenství, přístup k těhotenství, prožívání těhotenství, přístup ženy k sobě samé, přístup ženy k porodu, fyzické změny během těhotenství, srovnání prvního a druhého těhotenství, stresory vyplývající z kvality vztahu s partnerem a rodinou, nedostatek financí, specifické stresory související se sociálními médii a zdravotní péče. Při interpretaci dat byl popsán nový stresor, který doposud nebyl zcela pojmenován a vymezen. Abych přispěla k jeho ověření, provedla jsem anketu, které se zúčastnilo 418 respondentek. Z ankety vyplývá, že sociální média mohou působit na těhotnou ženu jako stresor. Avšak tento stresor působí na každou těhotnou ženu jinak, na některé vůbec.

Závěrem lze říci, že došlo k potvrzení již popsaných stresorů a zároveň ke zjištění nového stresoru, který se vyskytuje ve specifické skupině těhotných žen. Smíšený typ výzkumu přinesl nové poznatky a rovněž splnil stanovené cíle výzkumu.

**Klíčová slova :** stres, stresor, psychika během těhotenství, těhotenství, anketa

**SUMMARY**

This bachelor thesis is focused on stress of pregnant women. It explores, captures and maps the stressors that can affect a woman in pregnancy. Data obtained and available information resulting from existing research about psyche during pregnancy are described in three captures. Mixed research was used in the capture four.

Interviews with pregnant women were made at first, than the analysis of collected data was carried out and compared with previous research of stressors during pregnancy. The effects of stressors in each woman are individual. There were described many stressors: Psyche during pregnancy, sources of concern, changes in female behavior, expectations from pregnancy, access to pregnancy, experiencing pregnancy, women's access to herself, women's access to childbirth, physical changes during pregnancy, comparison of first and second pregnancy, stressors based on the quality of the relationship with the partner and family, lack of finance, specific stressors related to social media and health care quality.

In the interpretation of the data, a new stressor has been described, which has not yet been fully defined. We created the questionnaire for 418 respondents. Results show that social media could be a stressor during pregnancy. However, this stressor has a different effect on every pregnant woman.

In conclusion, the stressors described were confirmed and a new stressor was founded in a specific group of pregnant women. The mixed type of research has brought new knowledge and has also met the stated objectives of research.

key words: stress, stressor, pregnancy, questionnaire

**Keywords:** stress, stressor, psyche during pregnancy, pregnancy, questionnaire

**SEZNAM LITERATURY**

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.

BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN, 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-550-4.

BARTŮŇKOVÁ, Staša, 2010. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1874-6

BINDER, Tomáš a kolektiv, 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.

GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do Pedagogického výzkumu*., 2. rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HOLEČEK, Václav, Jana MIŇHOVÁ a Pavel PRUNNER, 2007. *Psychologie pro právníky*. 2., rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. Právnícké učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 978-80-7380-065-9.

HONZÁK, Radkin, 2018. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: 3.vydání Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-004-8

IRMIŠ, Felix, 1996. *Nauč se zvládat stres*. Praha: Alternativa. ISBN 80-85993-02-3.

JOSHI, Vinay, 2007. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-211-9

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada. Pro vaše zdraví. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.

- LOVASOVÁ, Vladimíra, 2017. *Souvislosti neuroticismu*. Vyd. 1. Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-0675-3.
- MAREŠ, Jiří, 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3007-3.
- MARTIUS, G., BRECKWOLDT, M., PFLEIDERER, A., 1997. *Gynekologie a porodnictví*. Osveta. ISBN 80-88824-56-7.
- NAKONEČNÝ, Milan, 2013. *Lexikon psychologie*. 2., podstatně rozš. vyd. Praha: Vodnář. ISBN 978-80-7439-056-2.
- PAULÍK, Karel. 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2959-6.
- PELIKÁN, Jiří, 2011. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2., nezměn. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1916-3.
- SELYE, Hans, 2016. *Stres života*. Přeložil Petra KUDRNÁČOVÁ. Hodkovičky: Pragma. ISBN 978-80-7349-392-9.
- SCHREIBER, Vratislav, 2000. *Lidský stres*. 2., upr. vyd. Ilustroval Jaroslav PLESL. Praha: Academia. ISBN 80-200-0240-5.
- SKUTILOVÁ, Vladana, 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5469-7
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
- VAŠINA, Lubomír a STRNADOVÁ Věra. 1998. *Psychologie osobnosti I*. 1. vyd. Hradec Králové: Vydavatelství Gaudeamus. ISBN 80-7041-974-1.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

**ELEKTRONICKÉ ZDROJE**

ANEJA, Jitender, 2018. *Perceived stress and its psychological correlates in pregnant women: an Indian study*, International Journal of Culture and Mental Health [online].

Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17542863.2017.1364284>

BASTANI, Farideh, 2005. *Randomized Controlled Trial of the Effects of Applied Relaxation Training on Reducing Anxiety and Perceived Stress in Pregnant Women* - ScienceDirect.

ScienceDirect.com | Science, health and medical journals [online]. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952304005495>

COUSON READ, Marry E., 2012. *The occurrence of preterm delivery is linked to pregnancy-specific distress and elevated inflammatory markers across gestation* - ScienceDirect. ScienceDirect.com | Science, health and medical journals, full text articles and books. [online]. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159112000621>

GEWALT, S.C., 2018. *Psychosocial health of asylum seeking women living in state-provided accommodation in Germany during pregnancy and early motherhood: A case study exploring the role of social determinants of health*. Public Library of Science ONE. [online].

Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208007>

GLAZIER, R.H., 2004. *Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women*, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, [online]. Dostupné z:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01674820400024406>

GLOVER, Vivette, 2013. *Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done* - ScienceDirect. Science, health and medical journals, full text articles and books. [online]. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693413001326>

GOMEZ, M.L., 2015. *A Pilot Test of the Everyday Stressors Index-Spanish Version in a Sample of Hispanic Women Attending Prenatal Care*, Journal of Nursing Measurement. [online]. Dostupné z:

<https://connect.springerpub.com/content/sgjnm/23/3/519>

HOFFMAN, Camillie M., 2016. *Measures of Maternal Stress and Mood in Relation to Preterm Birth*. National Center for Biotechnology Information [online]. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4764470/>

HOU, Qingzhi, 2018. *The associations between maternal lifestyles and antenatal stress and anxiety in Chinese pregnant women. A cross-sectional study.* 303 See Other. Nature [online]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-28974-x>

HUIZINK, Anja C. et al., 2003. *Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy*, The Journal of Child Psychology and Psychiatry. [online]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1469-7610.00166>

CHANG, Hsing-Chi, 2015. *The effects of music listening on psychosocial stress and maternal–fetal attachment during pregnancy* - ScienceDirect. ScienceDirect.com | Science, health and medical journals, full text articles and books. [online]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229915000837>

JEONG, Hyun-Ghang, 2013. *The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support* - ScienceDirect. ScienceDirect.com | Science, health and medical journals, full text articles and books. [online]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834313000613>

KITSANTAS, Panagiota, 2012. *Life Stressors and Barriers to Timely Prenatal Care for Women with High-Risk Pregnancies Residing in Rural and Nonrural Areas.* Women's Health Issues. [online]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1049386712000527>

KOEN, Nastassja, 2016. *Psychological trauma and posttraumatic stress disorder: risk factors and associations with birth outcomes in the Drakenstein Child Health Study*, European Journal of Psychotraumatology, [online] Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3402/ejpt.v7.28720@zept20.2016.7.issue-s1>

LATENDRESSE, Gwen, 2009. *The Interaction Between Chronic Stress and Pregnancy: Preterm Birth from A Biobehavioral Perspective* - ScienceDirect. ScienceDirect.com | Science, health and medical journals, full text articles and books. [online]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952308003127>

LE STRAT, Yann et. al., 2011. *Child Marriage in the United States and Its Association with Mental Health in Women.* Pediatrics – Official journal of the American Academy of Pediatrics. [online]. Dostupné z: <https://pediatrics.aappublications.org/content/128/3/524.short>

SALARI, P. et al., 2005. *Study of the stressors associated with pregnancy*. Journal of Sabezevar University of Medical Scienses. [online]. Dostupné z: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=45768>

SÉGUIN, L., 1995. *Social support network evolution after the birth of their first baby: comparison between lower and middle class mothers*. Canadian Journal of Public Health Revue Canadienne de Sante Publique. [online]. Dostupné z: <https://europepmc.org/abstract/med/8932478>

RODRIGUEZ, Alina et al., 2004. *Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children?* The Journal of Child Psychology and Psychiatry. [online]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-7610.2004.00359.x>

TURTON, P., 2018. *Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth*. The British Journal of Psychiatry. [online]. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/incidence-correlates-and-predictors-of-posttraumatic-stress-disorder-in-the-pregnancy-after-stillbirth/3DB02857ADA4B5C97941956210676E7C>

VIETEN, C., 2008. *Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study* | SpringerLink. Home – Springer. [online]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-008-0214-3>

**SEZNAM TABULEK A GRAFŮ**

Tabulka 1 Přehled různých stresorů (Nakonečný, 2013, s. 33).....	10
Tabulka 2 Výskyt možných stresorů působících na těhotnou ženu (zdroj: vlastní konstrukce) .....	52
Graf 1 Sociální sítě jsou trendem dnešní doby. (zdroj: vlastní konstrukce).....	54
Graf 2 Myslím si, že sociální sítě mohou být pro těhotnou ženu stresující (zdroj: vlastní konstrukce) .....	54
Graf 3 Stresuje mě, když si přečtu na internetu odlišný názor na léčbu a diagnózu, kterou mi určí lékař. (zdroj: vlastní konstrukce).....	55
Graf 4 Facebook a Instagram způsobuje mezi těhotnými ženami závist. (zdroj: vlastní konstrukce) .....	56
Graf 5 Někdy mám pocit, že sociální sítě příliš zasahují do mého soukromí. (zdroj: vlastní konstrukce) .....	56
Graf 6 Někdy mi připadá, že sociální sítě ovlivňují prožívání mého těhotenství. (zdroj: vlastní konstrukce).....	57
Graf 7 Fotografie ostatních lidí na Facebooku a Instagramu ve mně někdy vzbuzují nepříjemné pocity. (zdroj: vlastní konstrukce) .....	57
Graf 8 Jsem někdy smutná, když vidím fotky jiných lidí z dovolených, zatímco my na dovolenou nejedeme. (zdroj: vlastní konstrukce).....	58
Graf 9 Někdy mě mrzí, že můj partner se nechová tak, jako jiní partneři žen, které vidím na sociálních sítích. (zdroj: vlastní konstrukce) .....	58
Graf 10 Někdy mi je líto, když na sociálních sítích vidím drahé věci pro miminko, které si nemohu dovolit. (zdroj: vlastní konstrukce).....	59