

PŘÍČINY A PROJEVY ZMĚN PSYCHIKY
U ŽEN V ŠESTINEDĚLÍ

Bakalářská práce

Stanislava Jeníková

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

Vedoucí práce: doc. PhDr. Boledovičová Mária, Ph.D.

Komise pro studijní obor: Porodní asistence

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny jsou uvedeny v seznamu literatury a souhlasím s případným použitím práce pro potřebu školy.

V Praze dne 31. 3. 2009

Podpis

ABSTRAKT

JENÍKOVÁ, Stanislava. *Příčiny a projevy změn psychiky u žen v šestinedělí*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha. Bakalář v porodní asistenci. Školitel: doc. PhDr. Boledovičová Mária, Ph.D.

TEXT ABSTRAKTU

Hlavním tématem bakalářské práce jsou psychické změny u žen v šestinedělí ve svých projevech a příčinách. Teoretická část charakterizuje nejen obecně somatický průběh šestinedělí, ale také jsou zde popsány historické a současné trendy v ošetřování ženy po tento čas. Další významnou částí je popis psychiky ženy, novorozeneckého období a zejména pak vztahů mezi matkou a dítětem. Pro vytvoření praktické části bakalářské práce bylo nutné zjištění teoretických informací o kojení a již dlouho používaném systému rooming in. V krátkosti je zde věnován prostor současnému legislativnímu stavu. Praktická výzkumná část byla zaměřena na ženy v raném šestinedělí. Cílem bylo zjistit, jak ženy toto období prožívají a jaký je jejich názor na současné trendy v průběhu hospitalizace po porodu. Dále nás zajímalo, zda ženy vědí, kde případnou pomoc při změnách psychiky hledat nebo na koho by se obrátily. Výzkumem jsme zjistily, že ženy vnímají dnešní trend společného pobytu s dítětem kladně, avšak asi dvě třetiny by upřednostnily možnost, dát dítě k sestře dle svého stavu. Zajímavým zjištěním byl fakt, že o pocity, vnímání a duševní stav má personál zájem u většiny žen. V rozporu s tímto však je informace, podle které ženy staví tento zájem až na třetí místo po kontrole tělesného stavu s hojením porodního poranění a kojením. Obecně lze potvrdit, že se ženy snaží na porod, kojení a šestinedělí připravit v předporodních kurzech. Ze zjištění o průběhu šestinedělí pak častou reakcí žen byla slova štěstí, úleva, radost, ale také smutek, pláč, nedostatek spánku, stres z kojení, obava o dítě, nejistota a bolest. Vliv personálu vnímají ženy jako přínosný a podporující.

KLÍČOVÁ SLOVA: Šestinedělí. Psychika ženy. Novorozenec. Kojení.

ABSTRACT IN ENGLISH

JENÍKOVÁ, Stanislava. *Causes and symptoms of psychological changes in women in the puerperium*. Prague, 2009. Dissertation. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Prague. Bachelor of Midwifery. Tutor: doc. PhDr. Boledovičová Mária, Ph.D.

THE TEXT OF THE ABSTRACT

The main aim of the dissertation is to deal with psychological changes in women in the puerperium, especially in relation to their causes and symptoms. The theoretical part characterizes not only somatic process of the puerperium but also descriptions of historic and current trends in women's care during this period. Another important part is the description of women's psyche, neonatal period and especially relations between the mother and the baby. To create the practical section of the dissertation it was necessary to find out theoretical information about breastfeeding and also about the already long term used rooming-in system. There is a short section dedicated to the current legislation. The practical part, research, was aimed at women in early puerperium. The goal was to find out how women experience this period and what is their opinion on the current trends in postnatal care while in hospital. In addition to this, we were interested if women knew where they can possibly get help or who they may contact while experiencing changes in their psyche. We discovered that women think positively about the current trend of sharing their stay with the baby, but two thirds of them would prefer to have an option in sending their baby to midwives, depending on their condition. The interesting finding was, that medical staff is interested in women's feelings, sensations and the state of mind in majority of women. However this finding is in contradiction with the information that women place this concern behind the general postnatal check, wound healing and breastfeeding. Generally it can be confirmed, that women try to prepare themselves for labour, breastfeeding and postnatal period in antenatal classes. From findings about the puerperium the common reaction from women were words of happiness, relief, joy but also sadness, cry, lack of sleep, stress from breastfeeding, anxiety about baby, doubt and pain. Women feel that the influence of staff is beneficial and supportive.

KEY WORDS: Puerperium. Women's psyche. Newborn. Breastfeeding.

PŘEDMLUVA

Zachování duševní pohody a rovnováhy je potřebou každého jedince. Je-li tato potřeba narušena, pak následky mohou být velmi závažné. Nastane-li taková situace u ženy v době šestinedělí, je pak velmi rychle ovlivněn vztah mezi matkou a dítětem. Mnoho bylo o tomto problému napsáno, ale informovanost žen už tak široká není.

Proto tato práce vznikla se snahou dát podnět k větší osvětě a možnosti více ženy informovat o dané problematice. Myslíme si, že tento problém nevychází jen z ženy samotné, ale jistý vliv zde má i ošetřující personál. Současná situace se nám zdá natolik důležitá, že je potřeba ošetřovatelský proces a většinu péče o matku a dítě řešit více individuálně.

Výběr tématu byl ovlivněn dosavadní prací na oddělení šestinedělí. V rámci teoretické části jsem nejvíce čerpala z knižních a časopiseckých zdrojů, ale také z vlastních zkušeností z praxe.

Věřím, že tato práce se stane přínosnou nejen pro budoucí a současné studenty porodní asistence, ale také pro porodní asistentky, které již svoji praxi vykonávají.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce, doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D., za podporující a podnětné vedení po dobu vytváření této práce.

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	
1 FYZIOLOGICKÉ ŠESTINEDĚLÍ	9
1.1 Anatomické a fyziologické změny v šestinedělí	9
1.2 Psychologie šestinedělí	13
1.3 Historický vývoj a současné trendy v průběhu šestinedělí	19
2 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ	24
2.1 Psychosomatický vývoj novorozence	24
2.2 Potřeby novorozence	27
3 VZTAH MATKA – DÍTĚ	29
3.1 Faktory ovlivňující vztah matka - dítě	29
3.2 Kojení	30
3.3 Rooming in	31
3.4 Legislativní stav	34
PRAKTICKÁ ČÁST	
5 METODIKA VÝZKUMU	36
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU	38
6.1 Analýza dotazníků	38
6.2 Interpretace a diskuze a závěry pro praxi	60
7 ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Projevy psychických změn v šestinedělí jsou stále více rozšířenou problematikou, která je bohužel podceňována. Změny, které mohou u ženy nastat, se netýkají jen jí samotné, ale je zde ovlivněn její vztah s dítětem a celou rodinou i okolím. Mohou nastat i situace, které ženě nedovolují samostatnou péči o dítě a zde příčiny a projevy takových změn mají rozsáhlé následky pro všechny zúčastněné. Navzdory tomu stále dochází k podceňování situace, a to nejen u samotných žen, ale také často ze strany zdravotníků. Příčinou toho může být nedostatečná osvěta k tomuto tématu a mnohdy nesprávný přístup při řešení takových situací.

V teoretické části jsme se zabývaly průběhem šestinedělí, kde popisujeme anatomické a fyziologické změny. Významná část je věnována psychice žen a změnám, které se v tento čas u nich mohou objevit, což bylo i zájmem našeho zjišťování v praktické části. Vzhledem k závažnosti tématu bylo nutno se také zabývat vztahem mezi matkou a dítětem. U novorozence jsme ještě popisovaly jeho psychosomatický vývoj a jeho potřeby. V dnešní době, kdy mnoho kauz a případů je řešeno právní cestou, do obsahu poslední kapitoly jsme tedy zvolily práva pacientů, práva dětí a současný legislativní stav.

Pro praktickou část jsme vytvořily anonymní dotazník, v němž bylo několik otázek demografických, abychom mohly zmapovat, jaká kategorie žen nám odpovídala, což bylo přínosné v dalších souvislostech. Další okruh otázek se vztahoval na těhotenství a změny psychiky v jeho průběhu. Zajímalo nás i průběh porodu a první okamžiky po porodu dítěte. Dále už byly otázky zaměřené na vnímání změn u žen v raném šestinedělí a na vše, co mohlo mít vliv na jeho průběh. V souvislosti s vlivem personálu jsme chtěly vědět, jak ženy hodnotí jeho přístup k edukaci v péči o novorozence. Zejména nás zajímal vliv personálu na ženu, vliv průběhu kojení na celkovou situaci a to, jak ženy celkově hodnotí přístup personálu při řešení jejich dotazů či požadavků. Několik otázek pak směřovalo ke zmapování situace ohledně dnešního trendu společného pobytu matky s dítětem. Nedílnou součástí výzkumu bylo zjišťování, zda ženy vědí kam nebo na koho se obrátit, budou-li mít takovou potřebu kvůli změnám psychiky. Další úlohou byla snaha zjistit, zda se některá z dotazovaných žen setkala s takovou změnou psychiky, kterou musela řešit s odborníkem. Vzhledem

k citlivosti tématu jsme chtěly nechat ženám volné místo na vyjádření jakýchkoli myšlenek, dvě otázky byly volné a zde mnoho žen tuto možnost využilo k širšímu popisu svých problémů a zážitků v souvislosti s porodem, poporodním časem a péčí o novorozence.

Cílem bakalářské práce je přiblížit problematiku psychických změn u žen v šestinedělí. Přiblížení ženám se tak částečně stalo pomocí dotazníku a vzhledem k zájmu o jeho vyplnění to lze považovat za úspěch. Vytvořením této práce je snaha o přiblížení ke zdravotnickému personálu a další veřejnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 FYZIOLOGIE ŠESTINEDĚLÍ

Šestinedělí (puerperium) - je období po ukončení těhotenství a porodu, kdy anatomické a fyziologické těhotenské změny mizí a organismus se vrací do stavu jako před otěhotněním. Za fyziologických podmínek má následující úlohy – vyhojení porodních poranění, involuci genitálních a extragenitálních těhotenských změn, výživu novorozence. Tento proces je řízen hlavně hypofyzárními a ovariálními hormony.

Po porodu zahájí svou činnost mléčná žláza a období je tak dovršeno tvorbou mléka - laktací. Těhotenství a porod zanechávají v tělesné a psychické složce ženy dalekosáhlé změny, takže úplný návrat do původního stavu nenastane téměř nikdy.

V poporodním období se v prvních 24 hodinách mohou objevit akutní poporodní nebo poanesteziologické komplikace. *Časně (rané) šestinedělí* zahrnuje prvních 7 dní po porodu, *pozdní šestinedělí* je doba nutná k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů, arbitrárně 42. dnem šestinedělí končí (Čech, 2006).

1.1 Anatomické a fyziologické změny v šestinedělí

V průběhu šestinedělí dochází k involuci genitálních a extragenitálních těhotenských změn.

Involuční změny

Involuce dělohy. Největší změny v šestinedělí probíhají v děloze, která se během gravidity téměř 11krát zvětšila a po porodu váží 1000 gramů. Již v prvním týdnu rychle involuje a na konci šestinedělí váží v průměru 80 gramů. Po vypuzení placenty nastávají hormonální změny, uvolňují se proteolytické enzymy, svalová vlákna se svrašťují, zmenšují se svalové buňky, ale jejich počet se nemění. Retrahovaná děložní svalovina anemizuje kontrakcemi hladkého svalstva, a stlačením stěn arterií má nedostatek výživy. V myometriu vzrůstá množství pojivové tkáně a elastinu a po 6 týdnech

je děloha jen o něco větší než před těhotenstvím. Po porodu má děloha oválný tvar. Následkem zmenšeného obsahu děložní dutiny po vypuzení plodového vejce je v časném puerperiu vyšší myometrální a intrauterinní tlak, obnovuje se děložní činnost, intenzita kontrakcí je značně vysoká a je vnímána zvláště u více rodiček první dny po porodu jako porodní bolesti. Kontrakce jsou vyvolávány oxytocinem, uvolňovaným ze zadního laloku hypofýzy reflektoricky při kojení. Bolestivost stoupá při kojení účinkem vyplaveného oxytocinu z hypofýzy. Intenzita, frekvence a pravidelnost poporodních kontrakcí klesá po 24 hodinách.

Při dobré involuci se fundus děložní snižuje, od 1. poporodního dne od pupku přibližně 1 prst za 24 hodin, po týdně dosahuje 2-3 prsty nad horní okraj stydké spony a klesá do malé pánve, takže po 10 dnech není fundus zevně hmatný. Poté je stav involuce možno posoudit gynekologickým vaginálním vyšetřením a ultrazvukovým vyšetřením.

Involuce je tedy ovlivněna jednak retrakcí a kontrakcemi myometria, stlačením cév a snížením přívodu krve do dělohy, a jednak hormonálními změnami, kdy skončilo vylučování placentárních hormonů (Čech, 2006; Roztočil, 2001).

Změny v místě inzerce placenty. Bezprostředně po porodu placenty se místo inzerce zmenší na polovinu a způsobí kontrakci a uzavření cév. Placenta se odlučuje ve spongiozní vrstvě deciduy, která involucí dělohy dostává méně výživy, nastává hemostáza a nekróza deciduálně změněného endometria. V rané fázi nastávají regenerační procesy, ve sliznici se hromadí leukocyty, vytváří se tzv. demarkační val. Regenerace endometria je skončena za 3 týdny, v místě inzerce placenty až za 6 týdnů. Z děložní dutiny odchází po porodu sekret, očištění (lochia), obsahující krev, krevní sraženiny, nekrotické cary deciduy, tkáňový mok, i sekrety z děložního hrdla, pochvy a vulvy. První hodiny, max. 4 dny jsou červené - *lochia rubra*, pak krve ubývá a přibývá tkáňového sekretu, jsou nahnědlé, sangvinolentní - *lochia fusca*. Postupně dochází k uzavěru cév a očištění dostávají žlutou barvu, při převaze leukocytů jsou seropurulentní - *lochia flava*. Po týdně žlutá barva mizí, vymizí erytrocyty i leukocyty, očištění jsou bělavé - *lochia alba*, posléze se mění v hlen - *lochia mucosa*. Původně sterilní čistky z děložní dutiny odcházejí z pochvy infekční a jako s takovými se s nimi musí zacházet (Čech, 2006; Roztočil, 2001).

Změny děložního hrdla a dolního děložního segmentu. Po porodu je děložní hrdlo ochablé a tenkostěnné, s laceracemi na okrajích, prostupné pro 2 prsty. Postupně se uzavírá, na konci 1. týdne je dilatováno do 1 cm, prostupné pro prst. Na konci 2. týdne je hrdlo délky 4 cm a vnitřní branka pro hrot prstu, po 3 týdnech se hrdlo uzavírá a jen zevní branka je prostupná pro prst. Na konci šestinedělí získává hrdlo cylindrický tvar, zevní branka má tvar příčné štěrbin. Dolní děložní segment se retrahuje a kontrahuje a na konci šestinedělí je formován do netěhotenského istmu (Čech, 2006).

Pochva. Po vaginálním porodu se pochva vrací do původního stavu za 3 týdny, zůstává však méně pružná, má vyhlazené slizniční řasy, stěny pochvy se snižují a vulva zeje. U astenických žen nebo při ochablém svalstvu může být pokles přední i zadní stěny poševní se zeslabeným rektovaginálním septem příčinou pozdějšího descenzu pánevních orgánů. Hymen se při prvním porodu porušuje a curunculae hymenales se mění ve vroubkovité curunculae myrtiformes. Od 3. dne po porodu ascenzuje poševní bakteriální flóra do dutiny děložní (Čech, 2006; Roztočil 2001).

Děložní přívěsky. Vejcovody, které byly v těhotenství vytažené podél děložních hran, prosáklé, síly prstu, klesají v šestinedělí do malé pánve, mají opět vodorovný průběh, svalové buňky se zmenšují a prosáknutí mizí. Vaječníky se rovněž zmenšují, sledují děložní fundus a spolu s vejcovody jsou opět uloženy v malé pánvi (Čech, 2006).

Vulva a pánevní dno. Po porodu se zmenšuje prokrvení zevních rodidel, mizí prosáknutí a pigmentace, případně varixy se zmenší nebo zcela vymizí. Svaly pánevního dna postupně získávají tonus a roztažené svaly diafragma urogenitale a diafragma pelvis se vracejí do původní polohy (Čech, 2006).

Břišní stěna. Vrací se elasticita stěny břišní a tonus přímých svalů, involuce obvykle trvá 6-7 týdnů. V některých případech se může objevit diastáza přímých břišních svalů, která je patrná např. po porodu velkého plodu, vícečetného těhotenství nebo po polyhydramniu u vícerodiček. Distenze břišní stěny v graviditě působí drobné trhlinky elastických vláken škáry, těhotenské pajizévky - striae, které mohou přetrvávat a stávají se stříbřitě šedými (Čech, 2006).

Hojení porodních poranění. Drobná poranění měkkých porodních cest se po porodu rychle zhojí. U větších trhlin pochvy, vulvy a hráze je předpokladem hojení správné ošetření sutury. Hojí-li se poranění per primam, pak zůstává jen úzká jizva. Hojení per secundam nastává u nesprávně provedené sutury nebo u infikovaného poranění, které se rozpadá a jizva pak zůstává široká (Čech, 2006).

Extragenitální změny, celkové změny organismu

Močový systém. Po porodu je sliznice močového měchýře edematózní, překrvená s hemoragickými sufuzemi, měchýř je rozepjatý, nedokonale se vyprazdňuje a první dny zbývá reziduální moč. Hypotonie a dilatace ureterů a ledvinných pánviček způsobené v graviditě progesteronem se během šestinedělí vrací k normálu. Několik hodin po porodu je charakterizováno zvýšenou diurézou, často kombinované s útlumem nucení na močení. Zvětšené ledviny involují pomalu i několik týdnů. Reziduální moč a změny, které po porodu nastávají, jsou často příčinou infekce močových cest. Snížený průtok ledvinami a pokles glomerulární filtrace patrně vlivem steroidních hormonů se normalizují asi týden po porodu (Čech, 2006; Roztočil, 2001).

Trávicí ústrojí. Funkce trávicího ústrojí se rychle normalizuje, střevní kličky po vyprázdnění dělohy zaujmou svoji polohu, ale přetrvává obleněná peristaltika a potíže s vyprazdňováním. Upravuje se hyperacidita žaludeční šťávy a vrací se chuť k jídlu (Čech, 2006; Roztočil, 2001).

Kardiovaskulární systém. V průběhu těhotenství dochází ke zvýšení krevního objemu o 30-50 %. Po porodu klesá bránice, příčně uložené srdce zaujímá svou dřívější polohu, hemodynamické změny se rychle vracejí k normálu v časném šestinedělí. Plíce se rozepínají, nedělka má hlubší dýchání, klesá počet dechů i tepů (Čech, 2006; Roztočil, 2001).

Metabolické změny. Po porodu je průměrný úbytek na váze 5 kg, následně během šestinedělí jsou to asi další 4 kilogramy jako následek ztráty vody a elektrolytů, nahromaděných v graviditě. Během prvního týdne puerperia žena ztrácí nejvíce vody, natria a chloridů z poklesu extracelulární tekutiny. Po prvním týdnu se hodnoty vracejí k normálu. V průběhu šestinedělí jsou změny také v metabolismu bílkovin, kdy dochází

přechodně k poklesu. Změny v metabolismu cukru znamenají, že dochází 2.-3. den k poklesu glykemie, a to zejména u diabetiček. Hodnoty tuků a glycidů se upravují až koncem šestinedělí, největší pokles nastává těsně po porodu (Čech, 2006).

Krevní a hemokoagulační systém. Celkový objem krve klesá z pěti až šesti litrů před porodem na čtyři litry ve 3. týdnu šestinedělí. Objem krve, hodnoty erytrocytů a hematokritu jsou závislé na krevní ztrátě za porodu, která je kompenzovaná aktivací kostní dřeně a vyplavováním retikulocytů do oběhu. Dočasně je po porodu zvýšena hladina leukocytů. Hemokoagulační faktory se po porodu rychle mění. Stoupá počet trombocytů i jejich adhezivita, fibrinogen klesá 1. poporodní den, ale 3.-5. den stoupá na předporodní hodnotu, 2. týden dosáhne vrcholu a přibližně za 10 dnů je hodnota jako před těhotenstvím. Vzestup koncentrace srážlivých faktorů během těhotenství je rezervou pro kompenzaci krevních ztrát. Jejich zvýšená aktivace může být sledována tromboembolickými komplikacemi v šestinedělí, zvláště stoupne-li hladina fibrinogenu, faktoru VIII nebo trombocytů (Čech, 2006; Roztočil, 2001).

Endokrinní změny. Po porodu placenty dochází u ženy k výrazným změnám v endokrinním systému, které jsou způsobené náhlým snížením hladin estrogenů a progesteronu a výrazným nárůstem prolaktinu. U žen, které nekojí, dochází k normalizaci endokrinních funkcí za šest týdnů po porodu. Hladina humánního choriového gonadotropinu v séru je asi za 14 dní po porodu na netěhotenských hodnotách. Hladiny prolaktinu jsou závislé na frekvenci kojení. Podle této hladiny se dále reaktivuje sekrece folikulostimulační a luteinizační hormon. Koncem šestinedělí dochází k normalizaci sekrece hormonu štítné žlázy a nadledvinek (Roztočil, 2001).

1.2 Psychologie šestinedělí

Hormonální změny probíhající v organismu, fyzické změny, ale také adaptace na novou roli jsou vlivy, které se podílejí na změnách v psychice ženy, jež je tak vystavena vysoké zátěži. Citové pohnutky i všechny ostatní vlivy, které působí na průběh těhotenství a porodu, se uplatňují právě též i v čase poporodním a ještě se navyšují o zážitky z porodu samotného.

Je předpokladem, že náhlá změna hormonálních hladin (pokles progesteronu a estrogeneru a vzestup prolaktinu), která následuje po porodu, je jednou ze základních příčin následných psychických změn na počátku šestinedělí. Dalšími faktory, vedle biologických změn, jsou faktory psychosociální povahy, které rovněž výrazně psychiku ženy ovlivňují. I přes velké vyčerpání, které žena po porodu zažívá, ji mnohdy nenechá spát ani odpočívat, protože v představách si znovu a znovu přehrává silný zážitek z porodu. V tomto čase často žena konfrontuje silný zážitek se sebepojetím. V tuto stejnou dobu se také psychika ženy vyrovnává s přijetím narozeného dítěte jakožto samostatné bytosti, existující nezávisle na matčině těle. A matka tak navazuje citový vztah ke svému dítěti, který se dále a hlouběji rozvíjí během dalších dní při péči o něj a během kojení.

Ratislavová (2008, s. 82) ve své knize píše velmi výstižně: *„Začíná být plně v zajetí myšlenek na dítě, soustředí se na péči o něj. V první poporodní den se někdy pozoruje vzestup radostné nálady. Jde však o přechodné období, které je většinou vystřídáno obavami, emocionální labilitou a úzkostí.“* Průběh dalších dnů je ovlivňován mnoha faktory jak ze strany matky, tak i ze strany dítěte, a to zejména jeho zdravotní stav. Ze strany matky je to mnoho rolí, které „musí“ zvládat, ale dominantní rolí je pocit odpovědnosti za dítě, jeho zdraví a výchovu. To vše následováno rolí matky a pečovatelky. Po počátečním nadšení v pečování o dítě přichází realita, která vyžaduje odříkání a stálou připravenost. To vše způsobuje trvalou zátěž, kterou musí nedělka postupně zvládnout, a proto je možné, že současně bude zažívat pocity neschopnosti a nedostačivosti. Tyto stavy se násobí fyzickou vyčerpaností, nedostatkem spánku a již zmíněnými hormonálními změnami.

Už v těhotenství by se měli matka i otec dítěte dozvědět, že psychická labilita po porodu je přirozený stav. Podle literatury asi 80 % matek reaguje výše popsaným způsobem. Matka by měla vědět, že se stav k normálu vrátí asi za 14 dní. Velmi důležité je, aby si matka veškeré své pocity, prožitky, emoce, trápení, ale i radost neměla nechávat pro sebe, měla by o nich hovořit a všemu nechat emocionální průchod.

Puerperální psychická adaptace. Tato probíhá ve dvou fázích. Ihned po porodu nastupuje pasivní fáze, která většinou trvá 2-3 dny, kdy je většina žen závislá na okolí. Nedělka mnohdy jen pasivně přijímá informace a pokyny od okolí, často váhá

s rozhodnutími a její pozornost je více obrácena k vlastním potřebám. Aktivní fáze přichází asi 3. den, kdy žena již zažila svůj prožitek z porodu, odpočinula si a začíná se přizpůsobovat nové životní situaci. Aktivně si organizuje kontakt s okolím. Postupně sama zvládá péči o novorozence a dokáže se samostatně o vše starat (Roztočil, 2001).

Mimořádná situace nastává, pakliže se žena nedostatečně nebo špatně přizpůsobí nové situaci a psychická adaptace je tak narušena. Charakteristickým rysem je deprese, která je tak častá, že v určitém stupni je třeba ji pokládat za normální. Šestinedělí je dobou vysoce rizikovou pro rozvoj či vzplanutí psychiatrických onemocnění.

Poporodní blues. Asi 3.-6. den po porodu se u 50-80 % žen objevuje přechodná subdepressivní epizoda nazývaná poporodní blues. Někteří autoři připouštějí, že malé procento žen prožije až manickou formu tohoto stavu. Mezi projevy poporodního blues můžeme zahrnout labilitu nálady, stavy podrážděnosti, úzkosti, plačtivosti, zmatenosti, únavu, neklid, pocity nejistoty a osamělosti a je snížena sebeúcta. V průběhu může docházet k rychlým a náhlým změnám - od euforie po hluboké stavy smutku, s občasnými různě dlouhými epizodami nevysvětlitelného pláče. Spouštěcím mechanismem jsou nejčastěji potíže s kojením, obavy o novorozence a pocity nedostačivosti. Současně je možné u takové ženy pozorovat i somatické obtíže (dysfagie, různě lokalizované bolesti, poruchy spánku). Poporodní blues je stav trvající jen několik dní, 10 max. 14 dní.

Úlohou porodní asistentky je edukace nejen nedělkky, ale nejlépe ještě další osoby (manžel, partner), zaměřená na vysvětlení stavu a poučení, že v případě přetrvávání obtíží po čtrnácti dnech od porodu je vhodné vyhledání odborné pomoci (psychiatr, psycholog, psychoterapeut). Jen odborník posoudí závažnost stavu, protože se může z této situace vyvinout dlouhodobější depresivní stav. Může se ale také jednat o prvovýskyt psychiatrického onemocnění. Jasná příčina tohoto stavu není. Snad více jsou tímto ohroženy prvorodičky, ženy s manželskou disharmonií, psychosexuálními problémy, neuroticismem, nedělkky po neplánované graviditě, ženy s úzkostným a depresivním stavem v graviditě a ženy s větším strachem z porodu. Významné místo mezi příčinami má i spánková deprivace.

Velmi důležitá je komplexní pomoc nedělce. Fyzická a psychická pomoc je důležitá, ale nesmíme zapomenout, že nedělka má sama právo rozhodnout, jakou pomoc přijme. Soustavná přítomnost dalších osob často nenechá nedělku odpočinout, je tedy nutno zohlednit její přání a momentální stav. A to jak v pomoci v péči o dítě, tak i v případě částečně přebrané role matky, při nedostatečnosti její péče (Ratislavová, 2008).

Psychopatologie šestinedělí

Poporodní deprese je termín užívaný pro stav mezi poporodním blues a poporodní depresivní poruchou. Tento stav může vzniknout kdykoli během 6 měsíců od porodu. K prvnímu rizikovému období, a tím výraznějším vzplanutí příznaků, dochází po příchodu domů, kdy má nedělka více povinností, ale často je zde pomoc příbuzných. Dalším takovým obdobím je druhý či třetí týden od porodu, kdy opadá pomoc příbuzných, tím se rodina dostává do původních kolejí a na nedělce jsou všechny povinnosti jako před porodem. Navíc je zde novorozenec, který je plně závislý na péči druhých, nejvíce matky. Výskyt poporodní deprese má široké rozpětí 0,1-12 % v závislosti na zkoumaném souboru. U rizikových skupin je výskyt mnohem výraznější a může být až 50 %. Do rizikové skupiny lze zařadit ženy s anamnézou poporodní psychózy, psychologicky nepřipravené na mateřství, s nechtěným těhotenstvím, sociálně nepřipravenou situací a ženy, jejichž vztah s otcem dítěte je jakkoli narušený.

Charakteristický je zde pocit neschopnosti dostatečně milovat a ambivalence k dítěti. Suicidální myšlenky jsou vzácné. Při hodnocení deprese je zde nutno myslet na vliv normálního poporodního stavu - insomnie, úbytek na váze, sexuální nezájem. Nelze tedy hodnotit tyto deprese stejně jako ostatní deprese.

V léčbě je nejvíce potřeba zajistit ženě větší pomoc. Nejen emoční podpora, ale také fyzická podpora má výrazný smysl. Dle literatury je doporučeno profylaktické podávání progesteronu u rizikových skupin. Příznaky odezní zhruba za 3-4 měsíce. Depresivní ženy méně kojí. Ovlivnění mentálního stavu matky a chování dítěte je však vzájemné a nepřiměřené chování novorozence je nezávislou proměnnou, která ovlivňuje riziko rozvoje poporodní deprese. Dlouhodobý vliv poporodní deprese na vývoj dítěte je malý (Ratislavová, 2008).

Zpráva Světové zdravotnické organizace na téma „Poporodní deprese“ dochází k překvapivému výsledku, že se vznikem poporodní deprese souvisí nikoli skutečné komplikace, ale subjektivní prožívání těhotenství a porodu (Geisel, 2004). Uvedená autorka také ve své knize popisuje existenci jednoznačného vztahu mezi zacházením s novorozencem a poporodní depresí. Matky, které byly odděleny od dítěte, často uvádějí, že prožívají úzkostné stavy a pocity viny, to vše je spojené s pocitem vlastní nedostatečnosti. Je tedy úkolem porodní asistentky zprostředkovat ženě vědomí, že i navzdory tomu, co prodělala, je schopná a kompetentní, aby se postarala o blaho svého dítěte.

Někteří autoři rozlišují tři základní typy postnatální deprese - odlišují se symptomy a tedy i následně léčebným postupem.

- insuficientní typ - je nejčastější a dominantním znakem je zde pocit nedostatečnosti a pocit „špatné matky“. Celý stav se většinou vyvine z celkem běžného stavu nedělní - nejistota a změny sebepojetí ženy. Objevují se zde vystupňované pocity neschopnosti milovat své dítě, ambivalence až hostilita k dítěti - výsledkem všech pocitů jsou často sebevražedné myšlenky. Tyto myšlenky nelze nikdy podceňovat a spolu s dalšími projevy mohou vést až k realizaci činu. Tento typ se může dále prohlubovat a bez medikace dojít do chronicity. V případě udávaných sebevražedných sklonech je psychiatr a jeho intervence nutností.
- nutkavý typ - dominantním znakem jsou nutkavé myšlenky (až u 25 % postpartálních depresivních poruch). Nejčastěji jsou to myšlenky už dříve popsané, kdy matka má nutkání dítěti ublížit, nahánějí matce strach a pocit viny. Vzhledem k citlivosti myšlenek je žena jen málo prozradí a je pak na porodní asistence či lékaři toto odhalit. V diferenciální diagnostice musí lékař posoudit, zda se nejedná o akustické halucinace s imperativním obsahem. V případě nutkavých myšlenek ženu uklidníme, že nehrozí následně činy, což vede k odlehčení stavu.
- panický typ - při panickém záchvatu je dominantou pocit úzkosti až hrůzy, které vznikají náhle spolu s vegetativními projevy (napětí, třes, bušení srdce, pocení). V průběhu může mít žena pocit na omdlení, až i strach ze smrti. Tato forma je velmi zatěžující pro ženu i jejího partnera. Tato panika tedy může vést až k situaci, kdy musí žena mít vedle sebe další osobu - vyhubavé nebo

zabezpečovací chování (Moderní babičství, 2008, č. 16).

Poporodní psychózy vznikají náhle, bez předchozích příznaků asi 2.-3. den, ale také až 2.-3. týden od porodu. Dříve bylo toto popisováno jako laktační psychóza, ačkoli to s laktací nemá nic společného. Klinický obraz odpovídá psychotické depresi, máni, schizofreniformnímu obrazu nebo amentnímu stavu. Dnes je to přijímáno jako puerperální relaps nebo jako „normální“ psychiatrická nemoc, jejíž výskyt je zhruba 1:1000-2000 porodů.

Tento stav je charakterizován rychlou změnou vědomí vedoucí ke zmatenosti, dezorientaci, amencí, změnou verbální komunikace od překotných asociací k mutismu, halucinacemi nebo pseudohalucinacemi, bludy s typickým obsahem k mateřství, porodu, dítěti, smrti a destrukci. Rizikovou skupinou jsou ženy s psychiatrickou anamnézou, dále pak komplikované těhotenství, operační či náročný porod, partnerské nebo rodinné neshody a somatické komplikace šestinedělí.

Terapie se zde neliší od jindy vzniklých psychóz. Kojení není kontraindikováno, ale je zde nutno vzít ohled na organizaci v péči o dítě a případně podávaná psychofarmaka. Prognóza poporodních psychóz je dobrá, většinou je stav upraven do 2 až 3 měsíců. Delší průběh je u schizofrenní formy, u které také hrozí riziko opakování při dalším šestinedělí (24 %). Výrazně větší je pak riziko opakování u maniodepresevních poruch (50 %) a u mánie je uváděn vzestup až stonásobně. Vliv na kojence je až překvapivě malý, ale není známo, zda je to zásluhou oddělení kojence od matky (Moderní gynekologie a porodnictví, 1999; Praktická gynekologie, 2008).

Proměny partnerského vztahu, podpora partnera a rodiny

Prvním těhotenstvím nastává velká proměna vztahu mezi partnery. Dosud vztah fungoval jako získaný (je možné jej ztratit a nový získat), ale narozením prvního dítěte se vztah mění na vztah vrozený. Rodičovství nelze ze své podstaty zrušit. Vrozený vztah už tedy nelze změnit, je jen otázkou naplnění tohoto vztahu.

Příchodem dítěte se mnohé od základu změní. Velmi zásadně se mění fungování celé rodiny, její organizování a také její psychologická struktura. Někteří muži dítě vnímají jako někoho, s kým se o partnerku musí dělit. Otcem se muž nestává až při narození dítěte, ale tento stav se vyvíjí již před porodem a pokračuje mnoho let po něm. Celý proces muže velmi silně zasahuje. Stejně jako žena, tak i muž má intuitivní schopnost starání se o dítě, a proto se i on může zapojit do péče o dítě a být tak nedělece oporou. Zralý otec si je příchodem dítěte na svět vědom nejen pocitu štěstí, ale také povinností, které s tím souvisí. Zároveň si také uvědomuje silné pouto mezi dítětem a partnerkou a pokračování jich samých a jejich rodu.

Kromě pomoci partnera je zde i zapojení prarodičů dítěte. Ti by však měli oddělit roli rodičů a prarodičů a měli by vždy vědět, zda mladá rodinu o jejich pomoc stojí. Nepochybné je, že kontakt prarodičů a vnoučat je potřebný pro obě strany. Pro vnoučata je to zdroj nových podnětů a informací a pro prarodiče je to naplnění nové role.

Vztahy v rodině se také výrazně změní příchodem dalšího dítěte. Je to tedy nový člen rodiny, kterému je věnována velká pozornost. Reakce staršího sourozence záleží podle jeho věku, výchovy a přístupu rodičů. Rozumově lze na příchod dítěte připravit dítě tři až čtyřleté. Po třetím roce vzrůstá role otce, který se už více zapojuje do aktivit a her s dítětem (Ratislavová, 2008; Špaňhelová, 2003).

1.3 Historický vývoj a současné trendy v průběhu šestinedělí

„L'accouchée c'est une blessée; il faut la done protéger contre l'infection qui la guette“, praví vhodně výborný francouzský porodník Varnier.

„Nedělka je poraněná osoba; nutno ji tedy chránit před infekcí, jež na ni číhá“ (Ostrčil, 1939).

Historický vývoj průběhu šestinedělí

Je-li zmiňováno šestinedělí v historických souvislostech, je nutno k tomuto přidat i historický vývoj porodnictví, který je toho nedílnou součástí. V dávnověku žena

pravděpodobně rodila v osamocení bez jakékoliv zevní pomoci. S tímto tak souvisela řada složitých situací a komplikací, které sama žena řešit nemohla, a tím se vystavovala významnému nebezpečí.

Teprve později počaly rodičkám pomáhat při porodu starší zkušené ženy z rodiny. Tato laická pomoc měla cenu, ale byla stále dosti nedostatečná a tak se stalo, že se porody začaly některé ženy zabývat jako povoláním. Počátkem této činnosti byly jen vlastní zkušenosti a ty se pak předávaly po generace. Postupně tak vznikalo nové povolání určené pouze ženám, jehož název se nesl od slovesa babiliti - roditi (báby pupkořezné, ženy babicí) až se ustálil na názvu porodní báby či babičky, bez ohledu na jejich věk. Z dostupných pramenů lze soudit, že práce babičky se netýkala jen porodu, ale byla zde tak i zajištěna péče o nedělkou, která po mnoho dní (třeba i 10-14) musela mít klid na lůžku. O dítě se staraly ženy z rodiny a matce bylo dítě jen přikládáno k prsu na kojení. Pro muže bylo toto povolání nedůstojné; byli voláni pouze ke komplikacím jakožto ranhojiči, felčari či lazebníci. Vzhledem k častému výskytu křivice a špatným hygienickým návykům nebylo o komplikace nouze. Oficiální medicína se porodnictvím nezabývala.

V našich zemích byla situace o dost složitější. Vlivem náboženských i politických změn k nám až se značným zpožděním přicházejí anatomické poznatky. Proto, i když dílčím způsobem, byla velmi cenná postupná opatření, která u nás od 18. století začala upravovat náplň a kontrolu činnosti porodních babiček, jejich vzdělávání a sociální postavení. S většími či menšími úspěchy se dařilo vzdělání porodních babiček zdokonalovat a zvyšovat podle možností momentální situace. Spolu s rozvojem oboru, rozvojem vzdělávání nejen babiček, ale i lékařů je postupně měněn i systém péče o těhotnou ženu, rodičku a šestinedělku (Čech, 2006).

Průběh šestinedělí se asi až do poloviny minulého století odehrával ve většině případů v domácím prostředí. V té době měla nedělkou poměrně výsostné postavení v rodině a k chalupě, kde byla, byl zachováván respekt, neb tam byla na tehdejší dobu „velmi“ chorá žena. Cituji z knihy Dr. L. Svobody „Mladá matka“ z konce 19. století o péči o nedělkou: *„Jak již bylo řečeno, má v této době býti zachován úplný klid. Šestinedělka chrániti se má všeho, co by zlost, lítost neb jinou vášeň v ní vzbuditi mohlo. Všecky návštěvy příbuzných a přítelkyň mají býti omezeny; zvláště nebudiš trpěno,*

aby šestinedělka zbytečnými otázkami byla obtěžována“. Podobně píše i prof. Ostrčil ve své knize Porodnictví z roku 1939: *„Nedělka potřebuje tedy v zásadě ošetření jako poraněný člověk. Je nutno především dopřátí jí úplného tělesného i duševního klidu. Za tím účelem zůstane po porodu na lůžku několik dní a pak ještě ve svém pokoji. V prvních dnech šestinedělí má být nedělka ušetřena zlovyku všech zbytečných návštěv, které ji zbytečně olupují o duševní klid a mohou na ni i na novorozeně přenést různé infekční choroby“.*

Je tedy zřejmé, že bylo pečováno už tehdy o psychické blaho nedělky, ale také i o fyzický stav, což lze soudit z následujícího citátu z knihy Mladá matka: *„K docílení toho, aby veškeré orgány tělesné řádně se zhojily a do původního stavu vrátily se mohly, jest třeba, aby šestinedělka oddala se prvních deset dní úplně klidu na lůžku“.* Péči o dítě zastávaly pomocnice nedělky. Starostí nedělky bylo jen kojení, a opět cituji z uvedené knihy Dr. Svobody: *„Jakmile šestinedělka po porodu byla řádně vším potřebným opatřena, má na to vzpomenouti, aby svému děcku poskytla potravu. Když minul první spánek, tedy asi 6-8 hodin po porodu, má děcko své k prsům přiložiti i v tom případě, že by žádného mléka neměla“.*

S postupným rozvojem špitálů a později nemocnic je péče přesouvána do porodnic, kde je zejména v 60.-80. letech minulého století pevně dán režim na oddělení novorozenců a šestinedělí. Dítě bylo uloženo odděleně od matky a péče je zde zajišťována dětskými sestrami. Matka se o něj v porodnici nestará a vše se pak učí až doma, kam za ní dochází místně příslušná porodní asistentka (tehdy ženská sestra). V průběhu těchto let je výjimečně v rámci tehdejšího Československa používán systém společného pobytu matky a novorozence. Toto je do všech porodnic zavedeno koncem osmdesátých a počátkem devadesátých let minulého století. Délka hospitalizace byla asi 5 dní po spontánním porodu a 10 dní po císařském řezu.

Současné trendy v průběhu šestinedělí

Po porodu nastávají u ženy významné změny fyzické i psychické. Žena má pocit veliké úlevy a radosti. Bezprostředně po porodu necháváme ženu odpočívat, vzhledem k předchozímu vyčerpání. Podle nejnovějších trendů je snaha o brzké přiložení novorozence k prsu. Pokud to stav novorozence dovolí, zůstává dále spolu s matkou

na porodním sále. V opačném případě je odnesen na příslušné oddělení. Žena na porodním sále zůstává zpravidla 2 hodiny a následně je převezena na oddělení šestinedělí. Zde se ženě představí porodní asistentka, která se o ni bude starat. Porodní asistentka se seznámí nejen s nedělkou, ale také s ženiným průběhem těhotenství a porodu, zkontroluje výšku děložního fundu, zevní krvácení, hodnoty fyziologických funkcí a zjistí si, kdy naposled žena močila. Povinností porodní asistentky je informovat ženu o hygienickém režimu oddělení. Nedělka je poučena o nutnosti častého sprchování a celkové důkladné osobní hygieně.

V současné době je preferováno časně vstávání nejen jako prevence tromboembolické komplikace, ale také jako usnadnění vyprazdňování močového měchýře a pohyb střev. S tím pak následně souvisí i zavinování dělohy a odchod očístků. Při každodenní vizitě lékařem je kontrolován nejen celkový stav nedělky, ale také zavinování dělohy, odchod očístků - typ a množství, hojení porodního poranění, prsy a tvorba mléka. Pravidelně je kontrolována teplota a pulz u všech nedělek, krevní tlak dle ordinace lékaře. Porodní asistentka po celou dobu hospitalizace zjišťuje dotazem, zda nedělka nemá obtíže s vyprazdňováním moče a stolice. V případě, že má nedělka obtíže s vyprazdňováním močového měchýře, pak pátrá po příčině a všemi dostupnými prostředky se snaží situaci vyřešit. Cévkování je považováno až za krajní možnost, kdy citlivější prostředky selhaly. Má-li nedělka obtíže s vyprazdňováním stolice, je vhodné nejprve zjistit návyky nedělky a postupovat od nepřiliš drastické metody (úprava stravy, glycerinový čípek) až případně k možnému klyzmatu.

Délka hospitalizace je závislá na stavu matky i dítěte. U matky je podmínkou propuštění bezobtěžné vyprazdňování, nemá teplotu, očítky odcházejí v přiměřeném množství a jsou nezapáchající a je dobré hojení poranění. U novorozence je podmínkou fyziologický celkový stav, kdy je nejvíce potřeba splnění podmínky váhového přírůstku - matka tedy ví, jak dítě krmit, a výskyt novorozenecké žloutenky nevyžadující hospitalizaci. Propuštění novorozence je doporučováno po 72 hodinách od porodu, u matky je to 3.-4. den po spontánním porodu a 5. den po císařském řezu (Čech, 2006).

V současné době se setkáváme s ženami, které žádají propustit s novorozencem co nejdříve po porodu do domácího ošetření. Taková žena je i s novorozencem často propuštěna již z porodního sálu. Tomu však předchází právní vyřešení celé situace.

Vzhledem k tomu, že žena odchází na vlastní žádost, je potřeba podepsat negativní revers pro ženu i novorozence (více se této problematice věnujeme v kapitole 3.4).

2 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ

Podle Eltsnerové (2001) vývoj plodu trvá 40 gestačních týdnů (± 2 týdny). Gestačnímu věku novorozence v době jeho narození odpovídá zralost novorozence, jeho připravenost k samostatnému životu. Tomuto věku zhruba odpovídá i hmotnost a délka novorozence. Životaschopnost plodů je asi od 24.-25. gestačního týdne, tj. asi od hmotnosti 500-800 gramů (Borek, 2001).

Novorozence klasifikuje Čech (2006) podle dvou základních parametrů: délky těhotenství a porodní hmotnosti. Podle délky gestace rozděluje novorozence na:

- předčasně narozené, tj. nedonošené (gestační věk pod 38 týdnů)
- narozené v termínu (gestační věk mezi 38.-42. týdnem)
- přenášené (gestační věk nad 42. týden)

Podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku se rozeznává novorozenec eutrofický, hypertrofický a hypotrofický.

2.1 Psychosomatický vývoj novorozence

Novorozenecké období začíná porodem a končí 28. dnem života. Ošetření novorozence ihned po porodu by mělo být v souladu s nejnovějšími trendy. Tedy mělo by být pokud možno šero, ticho a šetrné zacházení s novorozencem. Vše by mělo být prováděno tak, aby byl novorozenec v blízkosti matky. Donošený novorozenec většinou překonává úskalí porodu bez poruch, po porodu začne dýchat, případně křičet; prochází obdobím adaptace funkcí a váží zhruba 2500-3500 g a jeho délka je v průměru 50 cm. Ihned po porodu je provedeno hodnocení podle schéma Apgarové, kdy je hodnocena akce srdeční, dýchání, barva kůže, svalový tonus a odpověď na podráždění. Součástí vyšetření novorozence je i zjišťování jeho zralosti, anamnézy matky a vyloučení případných rizik pro další vývoj novorozence.

Známky zralého (donošeného) novorozence

- je novorozenec narozený mezi 38.-42. týdnem gestace
- průměrná hmotnost je 3200-3300 g
- má všechny orgány plně funkční, bez problémů se přizpůsobí samostatnému životu ve vnějším prostředí
- po narození začne spontánně dýchat, po několika minutách dýchá frekvencí 40 dechů za minutu
- má pravidelnou srdeční akci kolem 130 za minutu
- udrží si tělesnou teplotu
- má některé základní reflexy nutné k přežití, zejména výživové - hledací, sací, polykací
- správně funguje jeho zažívání, vyměšování, aj. funkce
- kůže je růžová a je kryta mázkem
- na nose jsou patrné žlutobělavé tečky (milia)
- na kořeni nosu, víčkách a v záhlaví jsou znatelné teleangiektázie
- na zádech mohou být zbytky lanuga
- vlasy bývají jemné
- nehty přesahují konce špiček prstů, jsou dobře vyvinuté prsní areoly, rýhování plosek nohou je patrné po celé ploše
- ušní boltce mají dobře vyvinutou chrupavku
- genitál je zralý (sestouplá varlata u chlapců, labia majora kryjí labia minora u dívek) (Čech, 2006; Eltsnerová, 2001).

V dalších dnech je prováděna kontrola pediatrem, který hodnotí jeho zdravotní stav (váhový úbytek, novorozenecká žloutenka, stav pupočního pahýlu), vývoj a chování novorozence, zajímá se o jeho výživu a vždy o všem informuje matku.

V době poměrně nedávné bylo povědomí o novorozenci takové, že je to bytost bezmocná a vcelku nevnímavá ke svému okolí. Ratislavová (2008, str. 83) ve své knize píše: „*Lidské mládě je skutečně více než jiná mláďata savců závislé na matce, tělesně slabé, bezmocné. Do světa však vstupuje s fungujícími smyslovými systémy a protosociálně vybavené.*“

Smyslové vnímání novorozence

- sluchové vnímání - novorozenec hlavou otáčí za zvukem a vyděsí se při hlasitém hluku; tato schopnost se po šestinedělí ztrácí a znovu se objevuje asi ve 3.-4. měsíci; dokáže rozlišit zvuk lidského hlasu od ostatních zvuků; u hlasu je mu libější vyšší ženský hlas, ale už také rozliší hlas své matky od jiných žen; novorozenec se rodí naladěný na charakteristiky lidskou řeč, která mu pomáhá učit se mluvit
- zrakové vnímání - toto ještě není zcela při narození vyvinuto, zraková ostrost se postupně vyvíjí, a to až do jednoho roku; více vnímá pohybující se předměty; novorozenec rozlišuje základní barvy, tvary, dává přednost ostrým kontrastům a složitým vzorcům; zrakové podněty nejen vnímá, ale také si je pamatuje, což je dokázáno na zapamatování si obličeje matky
- chuť a čich - uvolněný výraz v obličeji je charakteristickým jako odezva na sladkou chuť, spojená někdy i s olíznutím rtů; na hořkou chuť reaguje uhýbavě a vystrkováním jazyka; novorozenec rozezná rozdíl ve vůních, např. rozezná vůni mateřského mléka od své matky a od cizí matky
- kožní receptory - hmat je velmi dobře vyvinutý a novorozenec pozitivně vnímá jemné taktilní podněty a teplo.

Pohybové aktivity a chování

Novorozenec má vyvinuty všechny základní nepodmíněné reflexy a většinou v bdělém stavu zaujímá asymetrické postavení končetin. Ve vzpřímené poloze neudrží hlavičku. Matka intuitivně testuje stav dítěte a snaží se mu co nejlépe přizpůsobit svoji péči. Novorozenec spí asi 20 hodin denně. Lze rozlišit šest základních behaviorálních stavů dítěte:

- hluboký spánek
- lehký spánek
- dřímota
- klidný bdělý stav
- aktivní bdělý stav
- pláč

Paměť a učení

Zralý novorozenec má schopnost učení, hledání souvislostí v podnětech okolí, získávat tak z nich zkušenosti a naučené reakce uchovávat i na dobu delší 24 hodin. Je schopen aktivního vyhledávání příjemného a vyhýbat se nepříjemnému.

Sociální interakce

Ačkoli novorozenec nemá sociální zkušenost, je predisponován k sociálnímu kontaktu. Z výše uvedeného víme, že vnímá hlas své matky, rozezná obličej, má schopnost vnímat čichem, má úchopový reflex a dokáže se také například plazit po matčině nahém těle. Takové chování nazýváme protosociální - předpřipravené na sociální interakci. Je zde naznačená i schopnost vcítění se, kdy při pláči dalšího dítěte se rozpláče též. Výzkumy ukázaly, že vztahy mezi rodiči a dětmi jsou reciproční, takové chování dítěte má vliv na reakce rodičů a utváří je (Ratislavová, 2008).

2.2 Potřeby novorozence

Potřeby novorozence lze rozdělit na biologické, psychologické a sociální.

Biologické potřeby. Nejdůležitější je uspokojení hladu, tedy nejčastěji kojení dle potřeby dítěte. Aby bylo dítě po kojení spokojené, mělo by si odříhnout. V případě, že dítě není kojeno, připravovat náhradní stravu dle pokynů. Potřeba spánku je u novorozence asi 16-20 hodin denně. Velmi důležitou potřebou je udržování hygieny - tedy je potřeba dítě přebalovat, dávat čisté oblečení a koupat je. Při přebalování si všímat četnosti stolice i močení. Součástí biologických potřeb je i správná životospráva matky, která vhodnou stravou u sebe předejde zažívacím obtížím svého dítěte.

Psychické potřeby se vztahují zejména k potřebám kontaktu, doteku a komunikace. Dítě, které se právě narodilo, prochází obrovskými změnami: teplo - zima, šero - světlo, ticho - hluk a jiné. Následováno mnoha záležitostmi jako je vyšetření, koupání, oblékání, přikládání k prsu a mnoho další manipulace, se kterou se musí vyrovnat.

Je proto nutné, aby cokoli bude s ním prováděno, bylo prováděno s maximální opatrností, kontakty a doteky byly šetrné a neméně důležité je s dítětem komunikovat. Je to jakási protiváha toho všeho, co dítě zažívá. Důležitým momentem je rozvoj komunikace matky s dítětem. Matka by měla vědět, že má s ním o všem mluvit; nejen mu sdělovat radosti, ale také starosti, protože takové zamlčení starostí může způsobovat velké napětí. A to nejen u matky, ale také u dítěte. Špaňhelová (2003, s. 38) toto popisuje téměř kouzelnou větou: „*Musí si tedy zvyknout na svět a my jsme tu k tomu, abychom mu pomohli, jak to umíme nejlépe*“.

Sociálními potřebami rozumíme potřebu jistoty, bezpečí a lásky. Tyto potřeby jsou v návaznosti s potřebami psychickými. Budeme-li dítěti poskytovat kontakt s patřičnou opatrností, bude tak vnímat a cítit potřebu jistoty a bezpečí. Budeme-li se k dítěti chovat přiměřeně opatrně s respektováním jeho všech předchozích potřeb, bude mít uspokojenu potřebu lásky. Bude tak uspokojeno bezpečí, jistota, pocit toho, že ho má někdo rád a k někomu patří. Pokud nejsou v tomto období tyto potřeby uspokojovány, bude mít jedinec v budoucnu problémy. Bude-li tento stav přetrvávat i nadále, lze problémy předpokládat.

3 VZTAH MATKA - DÍTĚ

Vztah mezi matkou a dítětem nevzniká až po porodu. Těhotenství není jen biologické utváření dítěte, ale zároveň i období, v němž matka rozvíjí připravenost a schopnost o své dítě pečovat. Těhotenství mění osobnost ženy, ovlivňuje její vývoj, ženskost, sexualitu a celou její existenci. Žena si buduje vlastní podobu sebe samé jako matky. Průběh těhotenství nelze oddělovat od celkového příběhu konkrétní ženy. Již v hlavách malých děvčátek vznikají fantazie na téma „mít miminko“. Každé dítě si vytváří vlastní scénáře pohlavního styku, těhotenství a porodu.

Být těhotná, být v naději je doba čekání, v níž se utváří podoba dítěte v matčině těle i v jejích představách. Jeho vlastnosti se matce zjevují někdy jako milé a příjemné, jindy jako odstrašující. Dítě zaujímá své místo v dynamickém kontextu společnosti a kultury. Do tohoto procesu zasahují stále častěji vlivy, které subjektivní prožívání těhotenství, porodu a poporodního průběhu ovlivňují (Geisel, 2004).

3.1 Faktory ovlivňující vztah matka - dítě

Vztah mezi rodiči a dítětem většinou probíhá intuitivně. Ten však není vždy odolný proti rušivým elementům, které mohou ovlivnit vztah mezi jednotlivci, ale také mezi celou skupinou (rodinou) - je narušen interakční řetězec mezi dospělým a novorozencem. Ve vztahu k dítěti to má různý dopad - je vnímáno jako součást, ale není na něj brán příliš ohled; je u něj pečováno jen na úrovni biologických potřeb; nadměrná a přepečlivá péče; nebo je dítě neklidné přes všechnu péči a matka toto vnímá jako trestání dítětem.

V emoční oblasti se po porodu u většiny matek rychle vyvíjí citový vztah k dítěti s následným pocitem, že dítě patří jen jim. Ale až u 40 % žen může být prožívání těchto pocitů posunuto o dny, i o týdny. Z nastudované literatury je zřejmé, že tady je společným jmenovatelem více bolestivý porod, podávání vysokých dávek opiátů a psychiatrická anamnéza. Následek takového posunu může znamenat pro dítě jeho odmítnutí matkou, lhostejnost, hněv, nepřítomnost lásky a někdy až pocit potřeby dítěti

ublížít, která ale nebývá většinou realizována.

Rizikové faktory v interakci s novorozencem

- matka - psychiatrická diagnóza, drogová či alkoholická závislost, přehnaná úzkost, zahlcující dítě péčí a podněty bez ohledu na jeho aktuální stav a potřeby, osobnostní nezralost, negativní naladění vůči dítěti (děti nechtěné), špatný vztah ženy s její vlastní matkou, špatná kvalita vztahu s partnerem, poporodní stres, depresivní stavy
- dítě - narušený zdravotní stav dítěte, dysfunkce jeho smyslů, zvýšená dráždivost

Nejen porodní asistentka, ale všechen personál, pečující o nedělkku, by si měl uvědomit, že jsou pro ženu modelem v péči o dítě. Nedělkka by měla mít možnost co nejlépe navázat citové vazby se svým dítětem nejen těsně po porodu, ale i v průběhu celého šestinedělí (Ratislavová, 2008).

Elisabeth Geisel (2004, str. 89) upozorňuje svou knihou *Slzy po porodu* na další fakt, který do vztahu mezi matku a dítě velmi často zasahuje. Jde o vlivy, které označuje jako iatrogenní, tj. způsobené lékařskými zásahy. V těhotenství je to lékaři předkládaná „nutnost“ např. prenatální diagnostiky, při porodu je často za „nutnost“ pokládáno podání tisíců léků a po porodu je „nutností“ v danou chvíli odnést novorozence od matky. V následných dnech je to pak vliv samotného ošetřujícího personálu na matku i na dítě. V téže knize lze najít zajímavou myšlenku jednoho ženského lékaře: *„Vezměte však, prosím, v úvahu, že vedle vyrovnání se s novou životní úlohou hraje důležitou roli i nutnost vzdát se novorozeného dítěte. Pokud k dítěti nepřistupujeme tak, jako by nám patřilo, nemusí se matka bát, že o dítě přijde, že ho bude muset bránit nebo že by byla jako matka horší.“*

3.2 Kojení

Kojení prošlo v průběhu dějin různými stupni hodnocení. Po tisíciletí bylo považováno ve všech lidských kulturách za jedinou přijatelnou a možnou metodu výživy novorozence. Rozvojem umělé výživy ve dvacátém století došlo k největšímu poklesu kojení v šedesátých letech. O mnoho let později se kojení opět dočkalo svého

návratu a znovu je tak považováno za optimální výživu novorozence (Roztočil, 2001).

Mléčná žláza. Na laktaci se připravuje v průběhu gravidity, kdy estrogény působí na mlékovody a progesteron stimuluje epitel alveolů. Po porodu dochází ke stimulaci laktace poklesem estrogenů a progesteronu, ale hlavně výrazným vzestupem prolaktinu, který je důležitý pro další rozvoj laktace. První dny po porodu lze stejně jako v graviditě vymáčkout z prsu hustou tekutinu - mlezivo (colostrum). Proti mléku je bohatší na bílkoviny, globuliny, minerální látky - nejvíce magnezium, které má pozitivní vliv na střevní peristaltiku. Naopak obsahuje méně tuku a cukru. V mlezivu jsou přítomny protilátky - imunoglobuliny IgA. Kalorická hodnota kolostra stačí pro novorozence první poporodní dny (Čech, 2006).

Mateřské mléko. Je nejdokonalejší stravou pro novorozence, má i optimální teplotu. Jeho hlavní složkou jsou bílkoviny, laktóza, voda a tuk. Mateřské mléko obsahuje vitaminy ve variabilním množství, kromě vitamínu K. Železa je zde obsaženo jen málo, ale je lépe absorbovatelné než z mléka kravského. Podobně jako štítná žláza i mléčná žláza koncentruje jod. Z iontů jsou v mléce přítomny draslík, sodík, chlor, vápník, hořčík a fosfor. Stejně jako v kolostru i v mateřském mléce jsou protilátky IgA.

Laktaci podporuje pravidelné a dostatečné přikládání novorozence k prsu, správné vyprazdňování prsu a hygiena prsu (Čech, 2006). Výhody kojení oproti umělé výživě jsou jak v oblasti psychické tak i fyziologické. Kojení vyvolává mnoho pozitivních emočních změn, a to jak u matky tak i u dítěte. Prolaktin má euforizační a uklidňující vliv, který snižuje poporodní blues.

3.3 Rooming in

Rozvoj strategie kojení a jeho propagace vedlo naše porodnice na oddělení šestinedělí ke změnám v uspořádání kontaktu matky a novorozence. Výraz rooming in, používaný ve světě, našel zažití i u nás a znamená společný pobyt matky a novorozence na pokoji. Tato metoda má pozitivní vliv nejen na laktaci, ale také na interakci mezi matkou a dítětem. Dává tak možnost lepšího vzájemného poznání a citového vztahu mezi nimi. První z porodnic takovou metodu v bývalém Československu používala

znojemská porodnice v roce 1977. Zpočátku šlo o systém polodenní a až později o celodenní.

V dnešní době je doporučován a praktikován systém celodenní, protože právě v čase poporodním je navázání vztahu a pouta mezi dítětem a matkou bez přerušování nejnütnější. Matka má tedy dítě po celou dobu hospitalizace u sebe a je jí vysvětlena veškerá péče o dítě, včetně edukace o kojení. Rychleji si tak zažije veškerou péči o dítě a snadněji tak uspokojuje jeho potřeby. Personál je matce dále nápomocen, ale největší díl péče o dítě má na starosti sama matka. Čepický (1992) upozorňuje na nebezpečí nekritické propagace metody rooming in, která může vést k pocitům viny, deprese a úzkosti u matek, které nemohou v takovémto systému být (Ratislavová, 2008, s. 87).

Trendem současnosti je již běžně používaný režim rooming in. Ale v případech nutnosti (např. matka po operativním porodu, při velké krevní ztrátě a jiné) je také používán dřívější systém, kdy o dítě pečuje dětská sestra a k matce je nošeno jen na kojení. Případně podle stavu matky je u ní, ale částečně péči zajišťuje i dětská sestra. V některých zdrojích je možno nalézt myšlenku, že rooming in je pro ženu poměrně náročný a společný pobyt s dítětem je mnohdy velmi unavující až vyčerpávající. Je tedy otázkou, zda je opravdu tak přínosný (Čepický, 1992, s. 34). Návštěvy na oddělení jsou umožněny v omezeném množství s ohledem na vznik rizika u matky i dítěte.

Špaňhelová (2003, str. 31) ve své knize *Dítě píše*: „... je to doba nebývalých změn a prožitků... “. A dále přímo cituji uvedenou autorku: „*Matky jsou rády, že je jejich dítě na světě, že mají porod za sebou, někdy se stává, že pod tlakem vyčerpání z porodu jsou jejich pocity ambivalentní, jsou zároveň šťastné, zároveň také unavené a vyčerpané. Je to stav normální, kterým se nemusejí znepokojoovat*“. V další kapitole o prožívání šestinedělí stejná autorka vcelku výstižně popisuje pocity matek, cituji: „*Maminky ho charakterizují jako období: krásné, jedinečné, neopakovatelné, unavující, bolavé, příliš mnoho novinek najednou, nevyspalé*“.

3.4 Legislativní stav

Základní právní normy, které se dotýkají zdravotnické praxe, jsou Konvence

o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny (též Konvence o lidských právech a biomedicíně), schválená výborem ministrů 19.11.1996 a Zákon č. 20/1996 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění. Podzákonnou právní normu představují vyhlášky; ty, které se dotýkají našeho oboru, obvykle vydává Ministerstvo zdravotnictví (Čech, 2006).

Postup lege artis

Tomuto tématu se přehledně věnuje Čepický v knize Porodnictví (Čech, 2006, str. 83-84). Povinnost postupovat lege artis vyjadřuje § 11 Zákona č. 20/1996 Sb. Dále cituji z výše uvedeného: „Zde se praví, že zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“. Jaký je současný poznatek lékařské vědy, je v mnoha případech formalizováno v různých doporučeních České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, České lékařské komory nebo i neformálních skupin autorů. Za vyjádření současných poznatků lékařské vědy lze též pokládat texty v učebnicích, monografiích, souborné referáty v uznávaných časopisech. Pokud dojde ke sporu, zda lékař postupoval lege artis, rozhoduje soud, který se obvykle řídí znaleckým posudkem.

Výše uvedená doporučení, texty v učebnicích apod., nelze chápat jako závazné, už proto ne, že názory lékařské vědy se vyvíjejí, někdy i překotně. V praxi je však vhodné se jimi pokud možno řídit. Zcela výjimečně se stane, že některá autoritativní instituce se o nějakém postupu výslovně vyjádří, že ho považuje za postup non lege artis. Ani tato vyjádření nejsou závazná, v praxi je však nanejvýš žádoucí je respektovat.

Výjimky z postupu lege artis jsou vzácné:

- *pacientka odmítá postup lege artis*. Zde lékař pacientku co nejdůkladněji poučí, sepíše podrobný negativní reverz a dál postupuje podle „druhého nejlepšího“ postupu.
- *Krajní nouze (ultimum refugium)* (§ 14 Trestního zákona). Jde o neodkladnou pomoc v situaci, která postup lege artis neumožňuje. V porodnictví může aplikace krajní nouze nastat v případě výjimečné kumulace porodnických patologií.

- *Výzkumná činnost*, při které jsou zkoušeny nové postupy, podléhá zvláštním pravidlům.

Důležité je, že výjimkou není, když žena žádá postup *non lege artis*, jaksi „na vlastní riziko“. Zde lékař vyhovět nesmí, nechce-li se vystavit riziku trestního stíhání v případě jakékoli komplikace.

V dnešní době je velmi důležitá znalost pojmu *negativní reverz*. Naši zkušenost s negativním reverzem v době časného šestinedělí popisujeme na následující situaci, se kterou se setkáváme. Častou otázkou posledních několika let je propuštění matky s dítětem dříve než za 72 hodin po porodu do domácího ošetřování. Propuštění po 72 hodinách se opírá o metodické opatření Ministerstva zdravotnictví, které doporučuje propuštění až po tomto čase. Jde jen o doporučení, není tedy právně závazné a není to tak ani určující povinnost pro rodiče být po tento čas v porodnici, jak bývá mnohdy zdravotníky prezentováno. Často je zde neshoda o zájmu dítěte, kdy lékaři mají většinou pohled medicínský a naproti tomu rodiče, kteří vycházejí z rodičovské intuice, sociálních či etických zájmů apod. Je tedy otázkou oprávněného posouzení a rozhodnutí. Tomu odpovídá české rodinné právo, které ponechává rozhodnutí o takových otázkách rodičům. Lékař může sám zakročit pouze pokud je bezprostředně ohrožen život nebo zdraví dítěte. V takovém případě lékař sepíše „*negativní reverz*“, který musí být bezpodmínečně individuální. Musí obsahovat podrobné informace o navrženém postupu a jaké následky mohou plynout z jeho odmítní. Toto musí být vypočítáno výslovně a je zde žádoucí připojit poznámku, že matka poučení rozuměla a měla možnost položit doplňující otázku (Čech, 2006).

Práva pacientů

Etický kodex Práva pacientů navrhla a po připomínkování řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tato práva pacientů jsou vyhlášena za platná dnem 25. února 1992 (Odbor 22, <http://www.mpsv.cz/cs/840> 10.2. 2009; viz přílohy).

Práva dětí

Organizace spojených národů vyhlásila ve Všeobecné deklaraci lidských práv, že každý má všechna práva a svobody v ní stanovené bez jakéhokoli rozlišování podle rasy, pohlaví, jazyka, náboženství, politického nebo jiného smýšlení, národnostního nebo sociálního původu, majetku, rodu nebo jiného postavení, že dítě pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a zvláštní právní ochranu před narozením i po něm.

Hníková (1993, str. 6) o deklaraci práv dítěte ještě píše: „*Potřeba těchto zvláštních záruk byla zakotvena v Ženevské deklaraci práv dítěte z r. 1924 a uznává ve Všeobecné deklaraci lidských práv a ve statutech odborných organizací OSN a ostatních mezinárodních organizací, zabývajících se otázkami péče o děti, že lidstvo dluží dětem to nejlepší, co jim může dát*“.

Valné shromáždění vyhláší tuto Deklaraci práv dítěte, aby dítě mohlo prožít šťastné dětství, užívat ku prospěchu vlastnímu i společnosti práv a svobod zde uvedených, a vyzývá rodiče, muže i ženy, a dobrovolné organizace, místní úřady a vlády zemí, aby uznali tato práva a snažili se dosáhnout jejich dodržování cestou zákonodárných a jiných opatření, prováděných postupně v souladu s následujícími zásadami (viz přílohy).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumný problém

Na základě teoretických poznatků a praktických zkušeností jsme zformulovaly následný výzkumný problém. Do jaké míry jsou v současnosti psychické změny u šestinedělek ovlivňovány zdravotnickým personálem, jak vnímají své psychické změny samotné šestinedělky a postřehy žen o trendech v průběhu šestinedělí.

Cíle

1. Zjistit, zda se ženy obávají psychických změn v šestinedělí, zda se snaží na ně připravit a mají-li případně možnost vyhledání odborné pomoci.
2. Zjistit, jak žena v šestinedělí vnímá přístup personálu při řešení jakéhokoli problému.
3. Analyzovat stav současného průběhu šestinedělí ve srovnání s minulostí v České republice – dopad obou systémů na psychický stav ženy v době šestinedělí.

Hypotézy

- H 1** Předpokládáme, že nastávající matky se obávají psychických změn v šestinedělí a snaží se na ně připravit (předporodní kurz), ale získání odborné pomoci je nedostatečné
- H 2** Předpokládáme, že přístup personálu při řešení problému vnímá šestinedělka kladně
- H 3** Domníváme se, že systém rooming in má příznivější vliv na psychiku ženy

Metody výzkumu

Základní výzkumnou metodou byl dotazník. Dotazník obsahoval 25 otázek, kdy 3 otázky byly demografické a 22 otázek bylo věcných, z toho 16 otázek bylo uzavřených, polouzavřené byly 4 otázky a 2 otázky byly volné.

Charakteristika výzkumného vzorku

Základní populaci tvořily šestinedělky s pobytem na šestinedělí 3 dny a více. Z nich byl vytvořen výzkumný vzorek 100 hospitalizovaných žen, z toho 58 respondentek bylo z Ústavu pro péči o matku a dítě (dále ÚPMD) v Praze 4-Podolí a 42 respondentek z Městské nemocnice v Neratovicích.

Organizace výzkumu

Na základě teoretických znalostí a stanovení cílů a hypotéz jsme vytvořily anonymní dotazník určený pro ženy na počátku šestinedělí. S žádostí na možnost rozdávat dotazníky jsem se obrátila na vrchní sestry uvedených pracovišť, které mé žádosti vyhověly. Následně jsem pak vždy žádala službu mající sestry na oddělení šestinedělí o informace, které ženy bych mohla oslovit vzhledem k počtu dní od porodu. Také jsem je informovala, že mám toto povoleno a budu tedy sama dotazníky rozdávat a později od žen sama vybírat. Výzkum byl prováděn v lednu 2009.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výzkumné údaje jsme získaly strukturovaným dotazníkem u 100 respondentek v ÚPMD v Praze–Podolí a v nemocnici v Neratovicích. Spolupráce s respondentkami byla bezproblémová a vstřícná. Ohotně vyplňovaly dotazník a jeho návratnost byla 100 %. Dotazníky jsme podrobily kvantitativní a kvalitativní analýze a použily jsme program Excel. Výsledky prezentujeme v grafech a tabulkách.

6.1 Analýza dotazníků

Otázka č. 1 Vaše dítě je

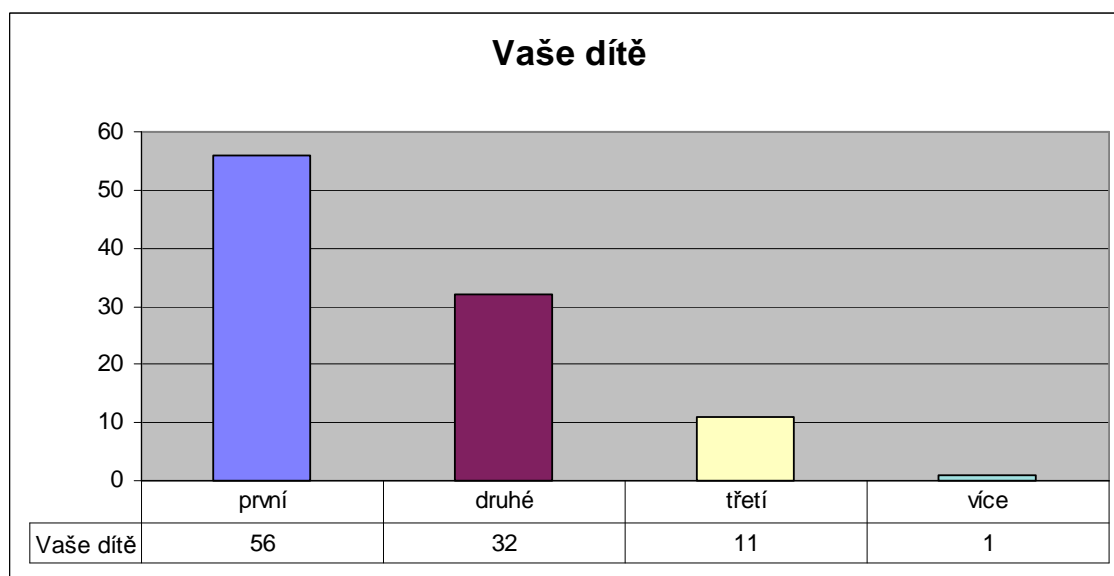
A/ první

B/ druhé

C/ třetí

D/ čtvrté a více

Graf č. 1



Z celkového počtu dotazovaných 56 % uvedlo, že je to jejich první dítě, 32 % má druhé dítě, u 11 % je to již třetí dítě a jen 1 % má více dětí.

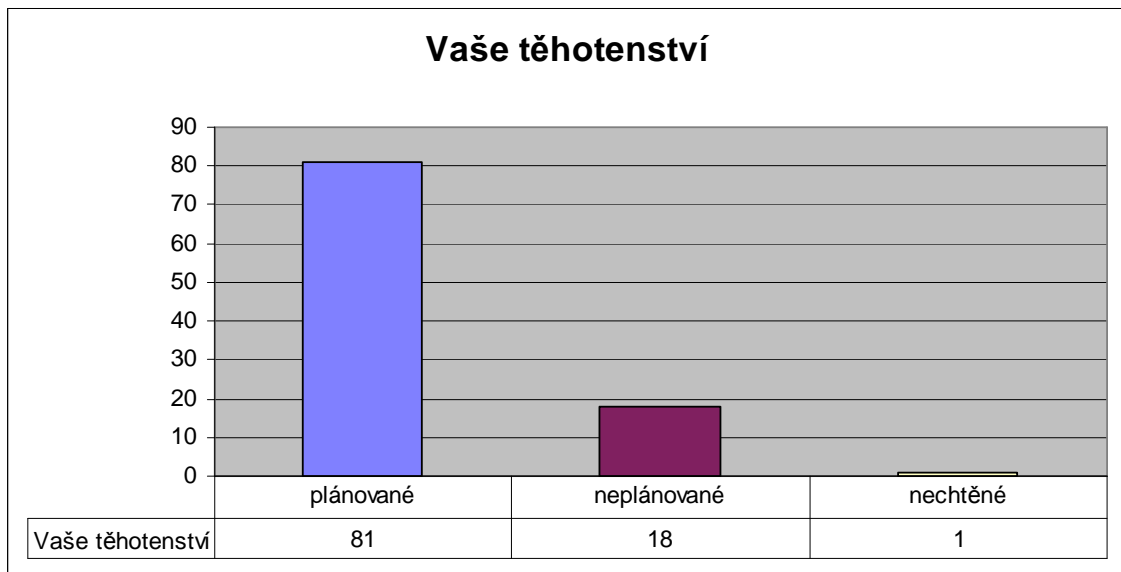
Otázka č. 2 Vaše těhotenství bylo

A/ plánované

B/ neplánované

C/ nechtěné

Graf č. 2

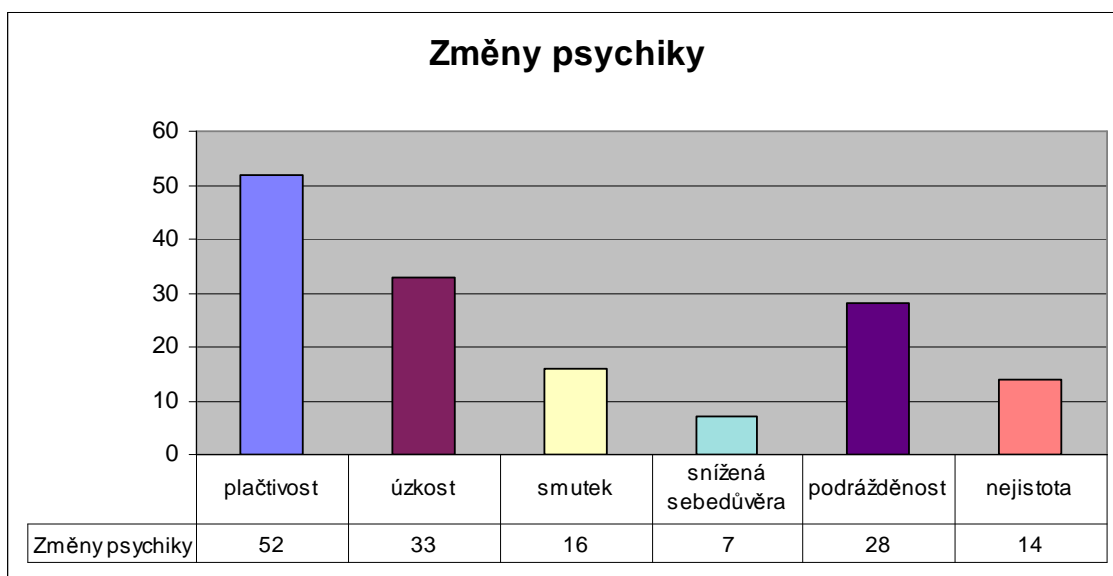


Z celkového počtu dotazovaných mělo 81 % respondentek těhotenství plánované, v 18 % neplánované a jen 1 % bylo nechtěné.

Otázka č. 4 Označte, na které změny psychiky jste byla v předporodní přípravě upozorněna

- A/ plačtivost B/ úzkost C/ smutek
D/ snížená sebedůvěra E/ podrážděnost F/ nejistota

Graf č. 3



Při hodnocení této otázky vycházíme z informace, že na přednášku chodilo 56 % dotazovaných žen. Nejvíce byly upozorněny na plačtivost 52 %, úzkost 33 % a podrážděnost 28 %. Smutek 16 %, nejistota 14 % a snížená sebedůvěra 7 % jsou zmiňovány jen málo nebo skoro vůbec.

Otázka č. 5 Jak hodnotíte průběh svého těhotenství

A/ bezproblémové, nebyla jsem těhotenstvím omezena

B/ ojedinělé obtíže, jen minimálně jsem se musela omezit

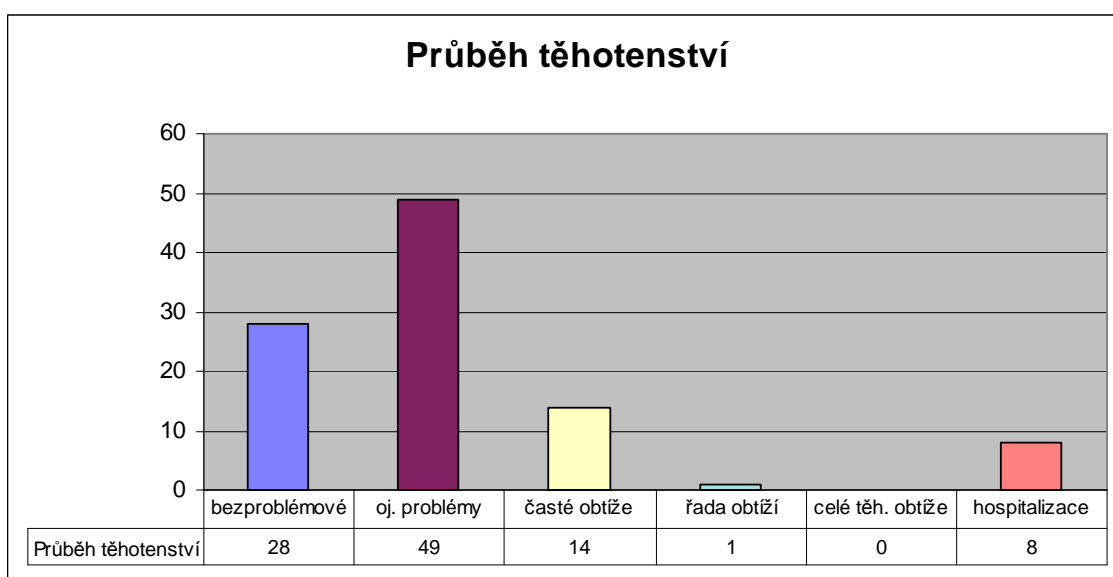
C/ časté problémy, nechodila jsem do zaměstnání, moje aktivity byly značně omezené

D/ celé těhotenství provázela řada obtíží, musela jsem dodržovat přísný klidový režim

E/ celé těhotenství bylo komplikované

F/ byla nutná hospitalizace ANO NE

Graf č. 4



Z celkového počtu dotazovaných průběh svého těhotenství ohodnotilo 49 % žen, kdy se jen minimálně musely omezovat. Bezproblémové těhotenství mělo jen 28 % žen. Časté obtíže a značné omezení jejich aktivit označilo 14 % žen. Bylo zjištěno, že žádná žena neměla celé těhotenství komplikované a jen 8 % jich bylo hospitalizovaných. Jen 1 % žen provázela celá řada obtíží.

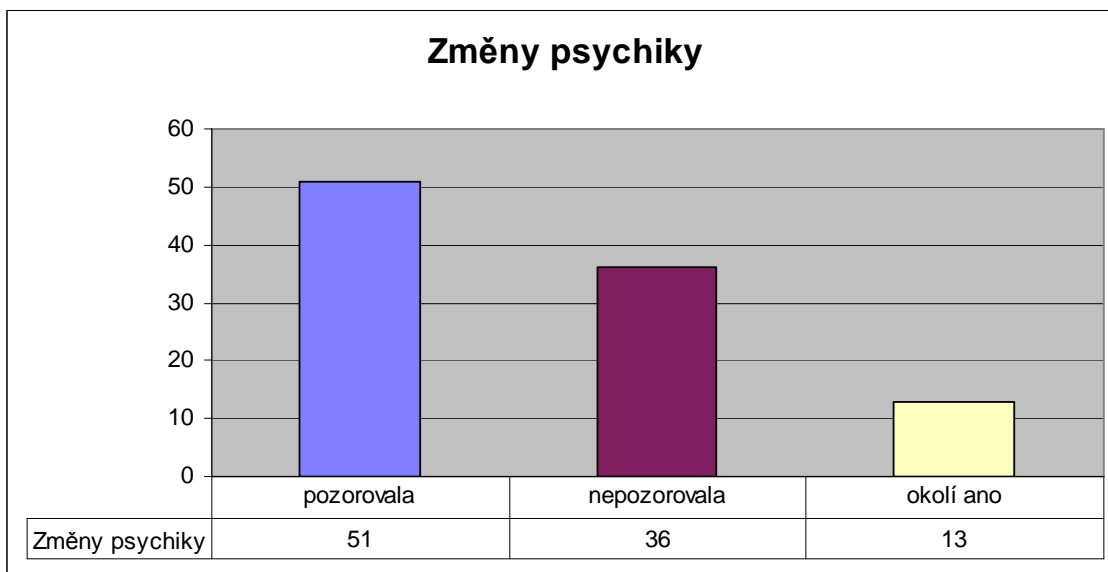
Otázka č. 6 Změny psychiky v těhotenství jste

A/ pozorovala (jaké)

B/ nepozorovala

C/ okolí mne vnímalo jako změněnou (v čem)

Graf č. 5



Z celkového počtu dotazovaných změnu psychiky pozorovalo 51 % žen a nejčastěji se to projevilo pláčem, nervozitou, podrážděností, obavami, přecitlivělostí a vznětlivostí. Ve 36 % případů nic ženy nepozorovaly. Okolí pak v 13 % změnu psychiky u ženy pozorovalo a nejvíce to byl projev nejistoty, neklidu a podrážděnosti.

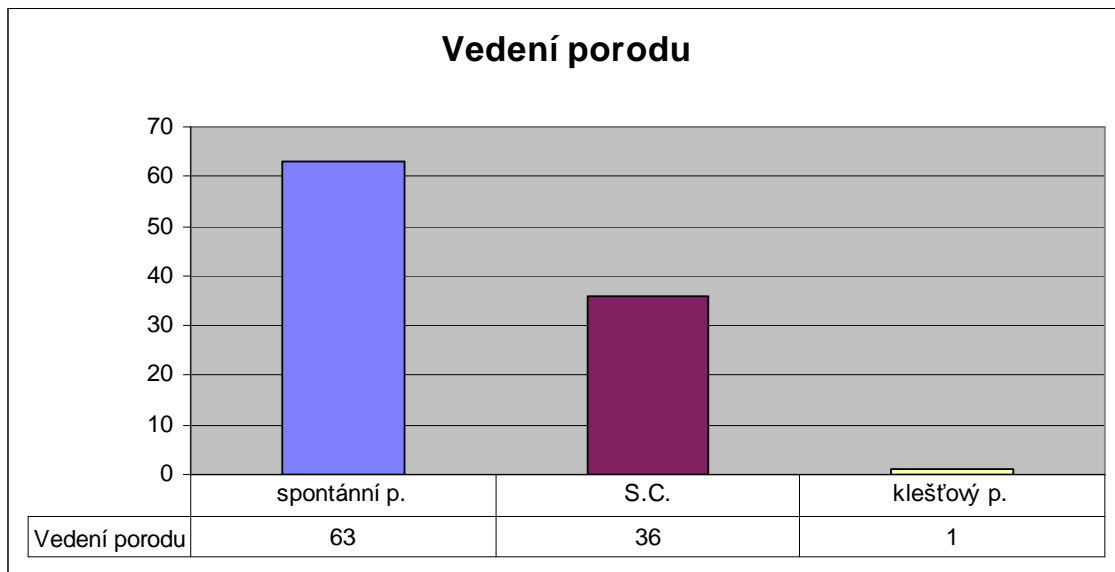
Otázka č. 7 Rodila jste

A/ spontánně

B/ císařským řezem

C/ klešťovým porodem

Graf č. 6



Z celkového počtu dotazovaných 63 % rodily spontánně, u 36 % žen bylo těhotenství ukončeno císařským řezem a v 1 % to bylo ukončení klešťovým porodem.

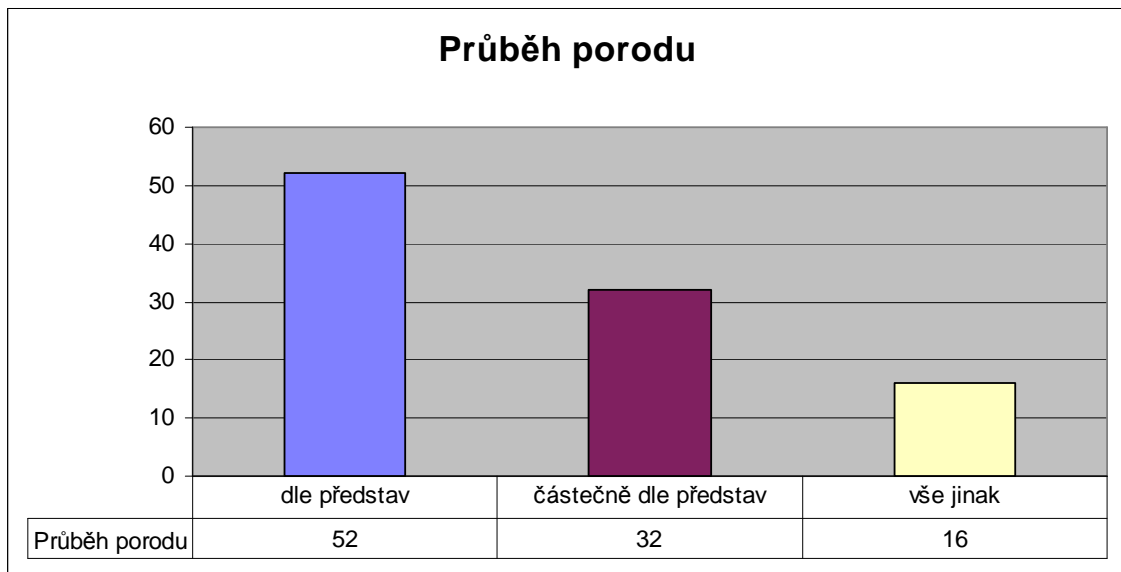
Otázka č. 8 Průběh porodu

A/ byl dle vašich představ

B/ byl jen částečně dle vašich představ

C/ bylo vše zcela jinak

Graf č. 7



Z celkového počtu dotazovaných žen byl průběh porodu dle jejich představ v 52 %, pro 32 % žen byl průběh jen částečně dle jejich představ a pro 16 % žen nebyl průběh podle představ.

Otázka č. 9 Po porodu Vám bylo dítě přiloženo

A/ do 30 minut

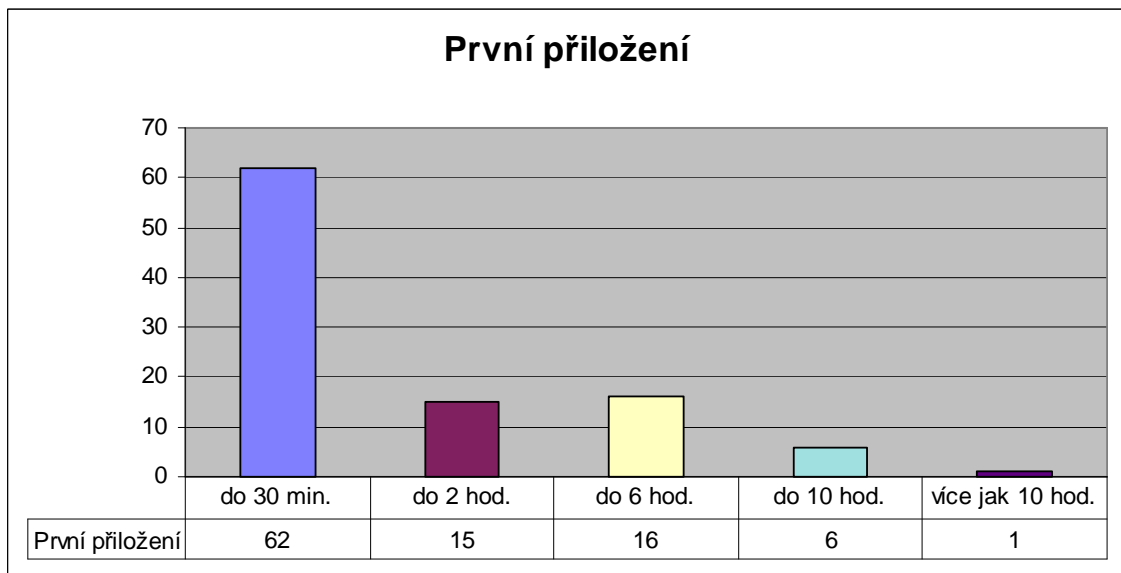
B/ do 2 hodin

C/ do 6 hodin

D/ do 10 hodin

E/ za více jak 10 hodin

Graf č. 8

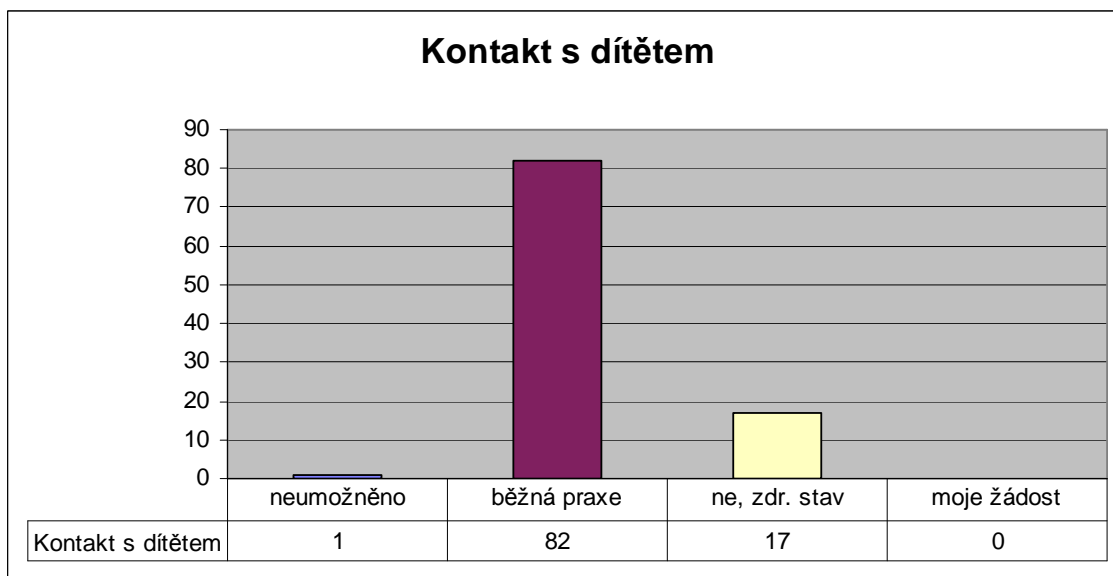


Z celkového počtu dotazovaných 62 % uvedlo, že jim dítě bylo po porodu přiloženo do 30 minut . Do 2 hodin bylo pak dítě přiloženo u 15 % a do 6 hodin pak u 16 % žen. Do 10 hodin pak jen 6 % žen a u 1 % žen to bylo za více jak 10 hodin.

Otázka č. 10 Měla jste po porodu ještě na porodním sále možnost kontaktu se svým dítětem

- A/ Ne, nebylo mi to umožněno
- B/ Ano, je to běžná praxe
- C/ Ne, zdravotní stav to nedovoloval
- D/ Ano, ale až na moji žádost

Graf č. 9



Z celkového počtu dotazovaných 82 % uvedlo, že mělo možnost kontaktu, protože je to běžnou praxí. U 17 % žen to nebylo možné ze zdravotních důvodů. V 1 % to nebylo ženě umožněno.

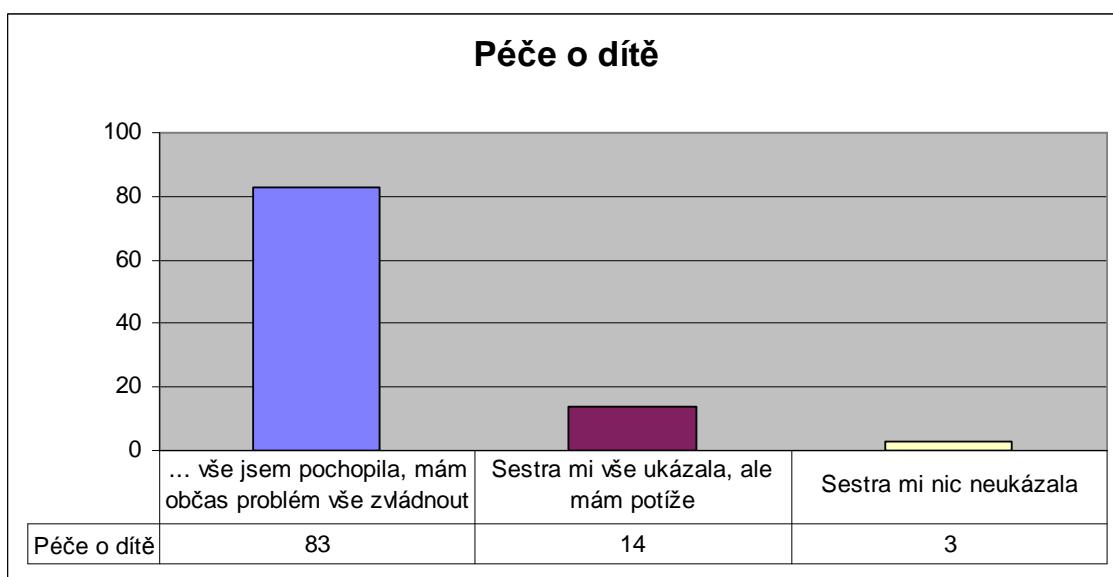
Otázka č. 11 Jaký výrok nejlépe vystihuje Vaši péči o novorozence v porodnici

A/ Sestra mi vše ukázala. Vše jsem pochopila a mám jen občas problém vše zvládnout.

B/ Sestra mi sice vše ukázala, ale ne vše mi je stále jasné. S péčí o novorozence mám potíže.

C/ Sestra mi nic neukázala, vše provádím dle rad ostatních pacientek, rodiny a své intuice.

Graf č. 10



Z celkového počtu dotazovaných 83 % uvedlo, že jim sestra vše ukázala, vše pochopily a mají jen občas problém vše zvládnout. Výrok, kdy sestra sice vše ukázala, ale žena má stále potíže s péčí o dítě potvrdilo 14 % dotazovaných a jen 3 % žen uvedlo, že jim sestra nic neukázala a péči provádí dle rad svých blízkých a okolí.

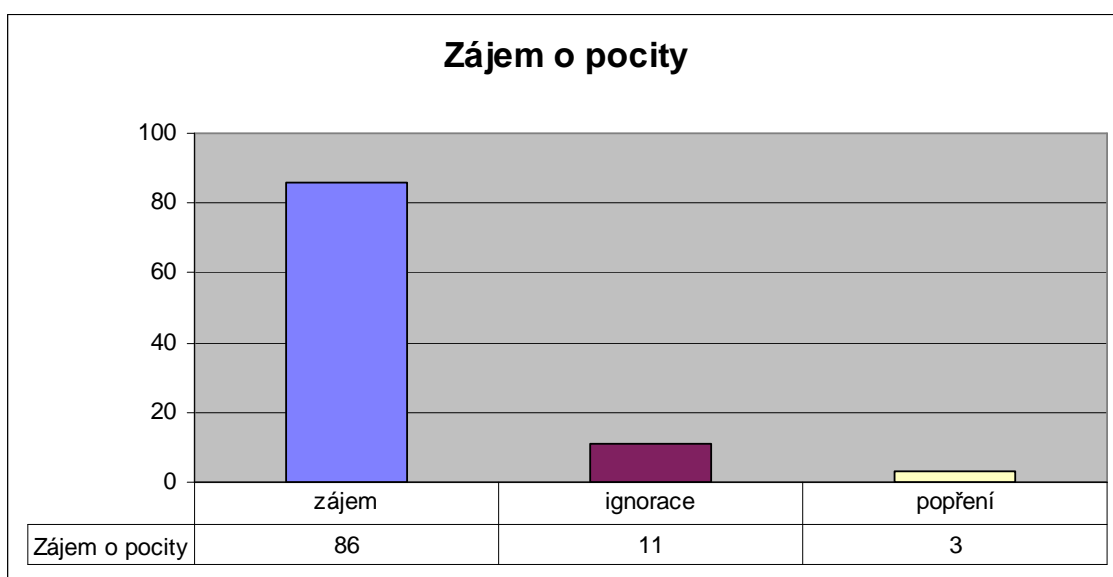
Otázka č. 12 Zájem personálu o Vaše pocity, vnímání či duševní stav nejlépe vystihuje slovo:

A/ zájem

B/ ignorace

C/ popření

Graf č. 11



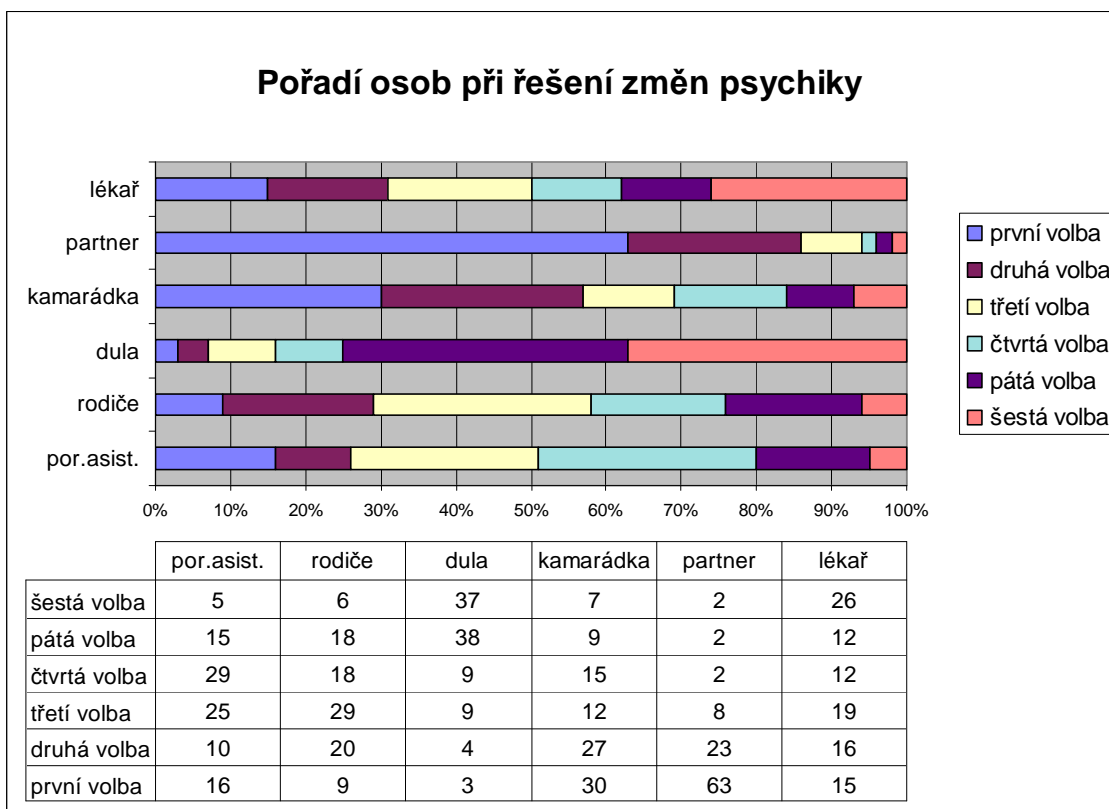
Z celkového počtu dotazovaných 86 % uvedlo, že o vnímání či duševní stav projevoval personál zájem, v 11 % případů byl tento stav ignorován a ve 3 % případů došlo k popření uvedeného.

Otázka č. 13 Označte pořadí osob, se kterou byste se poradila při řešení změn psychiky

A/ porodní asistentka B/ rodiče C/ dula

D/ kamarádka E/ partner F/ lékař

Graf č. 12

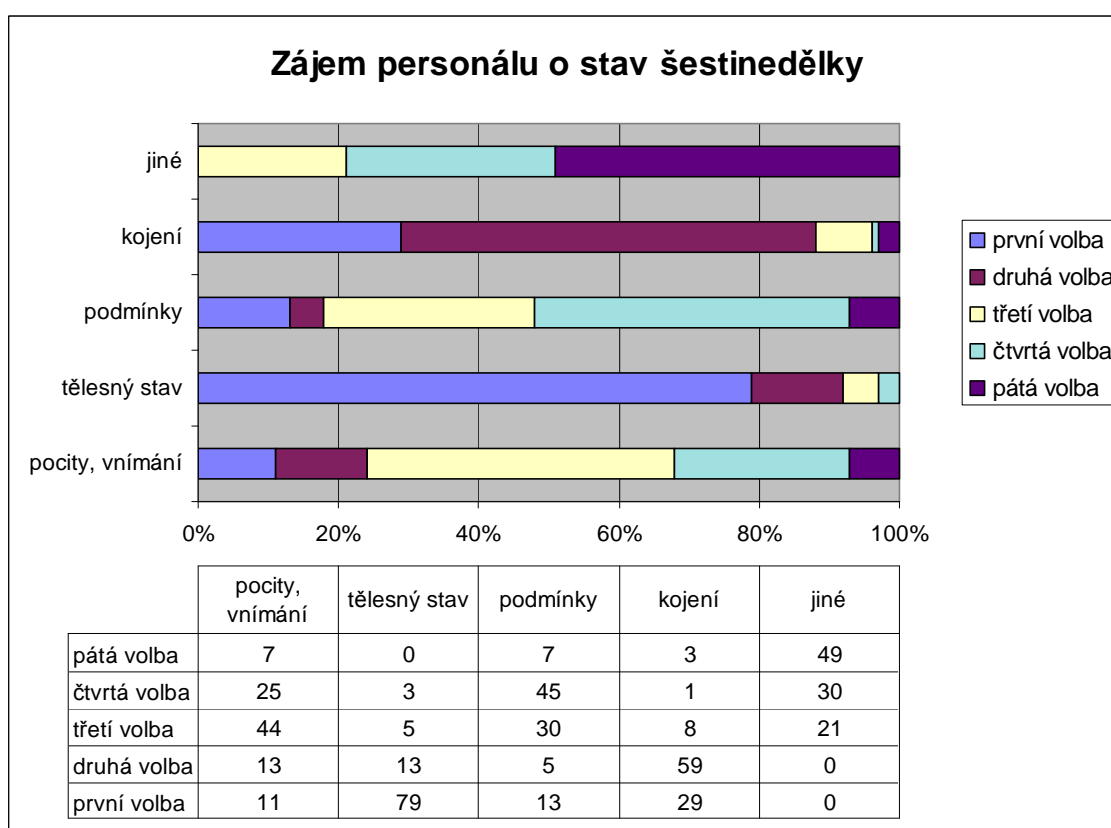


Z celkového počtu dotazovaných by první volbou byl partner pro 63 % žen při řešení změn psychiky. Druhou volbou by to byla kamarádka pro 27 %. Následovano volbou pro rodiče a porodní asistentku u 29 % žen. Méně častá volba by byla pro dula, o čemž svědčí 38 %, nebo v případě lékaře 37 % v páté a šesté volbě.

Otázka č. 14 Za dobu hospitalizace na šestinedělí se personál o Vás zajímal (označte pořadí od 1-5):

- ___ pocity, vnímání či psychický stav
- ___ tělesný stav, hojení porodního poranění, vyprazdňování
- ___ socio-ekonomické podmínky, péči o dítě
- ___ kojení
- ___ jiné

Graf č. 13



Z celkového počtu dotazovaných po dobu hospitalizace označilo nejvíce jedničkou pro zjišťování tělesného stavu a hojení porodního poranění 79 % žen. Nejvíce dvojkou označily ženy kojení v 59 %. V pořadí třetím zájmem pak nejvíce určily pocity, vnímání či psychický stav 44 %. O socio-ekonomické podmínky, péči o dítě se personál zajímá nejvíce na čtvrtém místě pro 45 % žen. Jen málo, a tedy pátou volbou, je zájem o jiné záležitosti, např. spokojenost se stravováním, úklidem, péčí o lůžko apod. u 49 % žen.

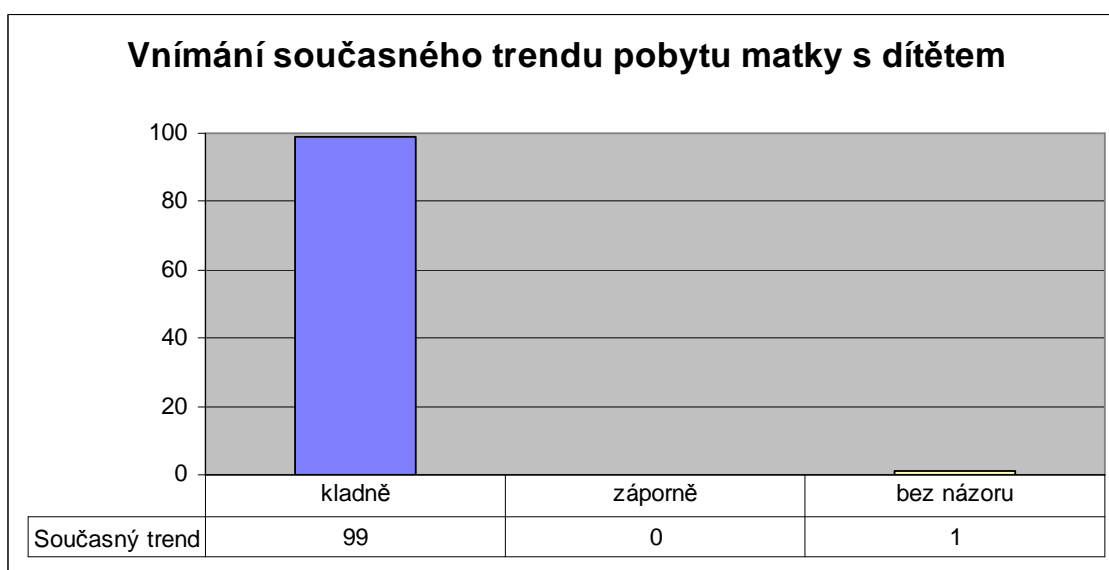
Otázka č. 15 Jak vnímáte současný trend společného pobytu matky s dítětem?

A/ kladně

B/ záporně

C/ nemám na to názor

Graf č. 14



Z celkového počtu dotazovaných současný trend společného pobytu matky s dítětem vnímá 99 % kladně a jen 1 % žen k tomuto nemá názor.

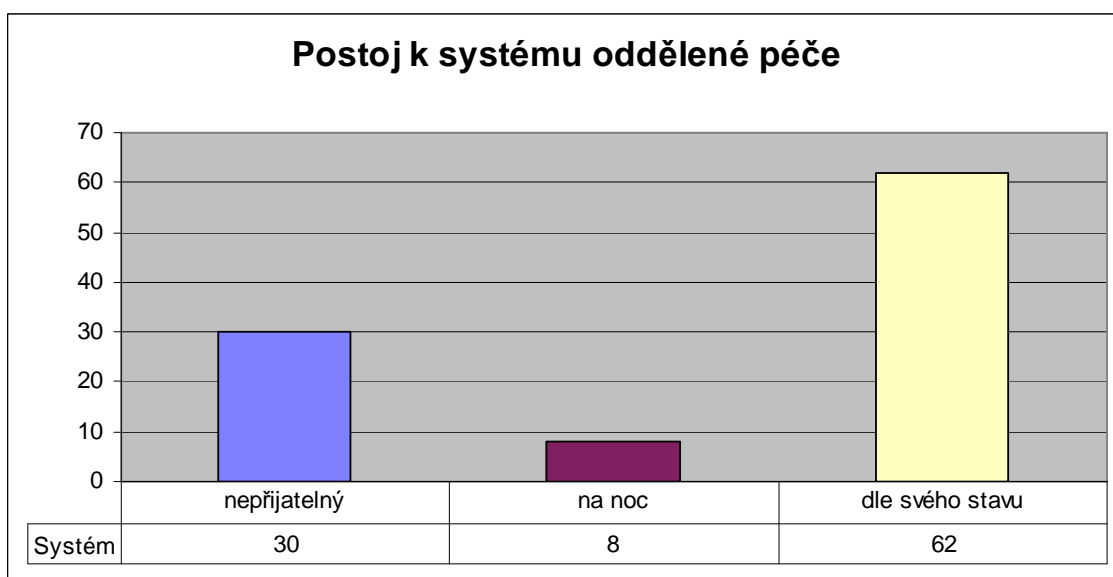
Otázka č. 16 Používaný systém oddělené péče v našich porodnicích, kdy matky měly u sebe děti jen na kojení, by byl pro Vás:

A/ nepřijatelný

B/ kvůli únavě bych ho na noc uvítala

C/ uvítala bych možnost dát dítě k sestře dle mého stavu

Graf č. 15



Z celkového počtu dotazovaných by byl pro 30 % žen nepřijatelný. Pro 62 % žen by bylo více vyhovující, kdyby mohly dát dítě k sestře dle svého stavu. Variantu dát dítě na noc k sestře preferovalo 8 % žen.

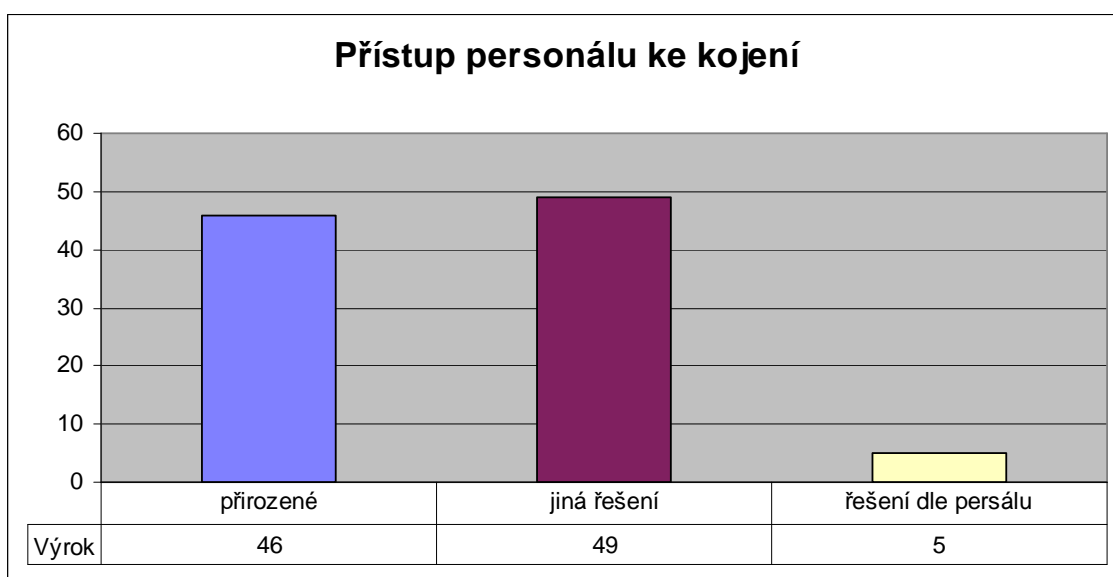
Otázka č. 17 Jaký výrok nejlépe vystihuje přístup personálu ke kojení v porodnici:

A/ Je to přirozené a správné, kojte.

B/ Kojit se má, je to správné, ale pokud to nejde, nevadí. Jsou i jiná řešení.

C/ Personál nejlépe ví, jak a čím dítě krmit. Názor matky není důležitý.

Graf č. 16



Z celkového počtu dotazovaných zvolilo odpověď, že kojit se má, ale pokud to nejde, nevadí, protože jsou i jiná řešení, 49 % žen. Že je kojení přirozené a správné, proto se má kojit, označilo 46 % žen. Jen 5 % žen uvedlo, že personál nejlépe ví, jak dítě krmit a názor matky není důležitý.

Otázka č. 18 Obrátíte-li se na personál s dotazem, prosbou či požadavkem, jaká je jeho reakce?

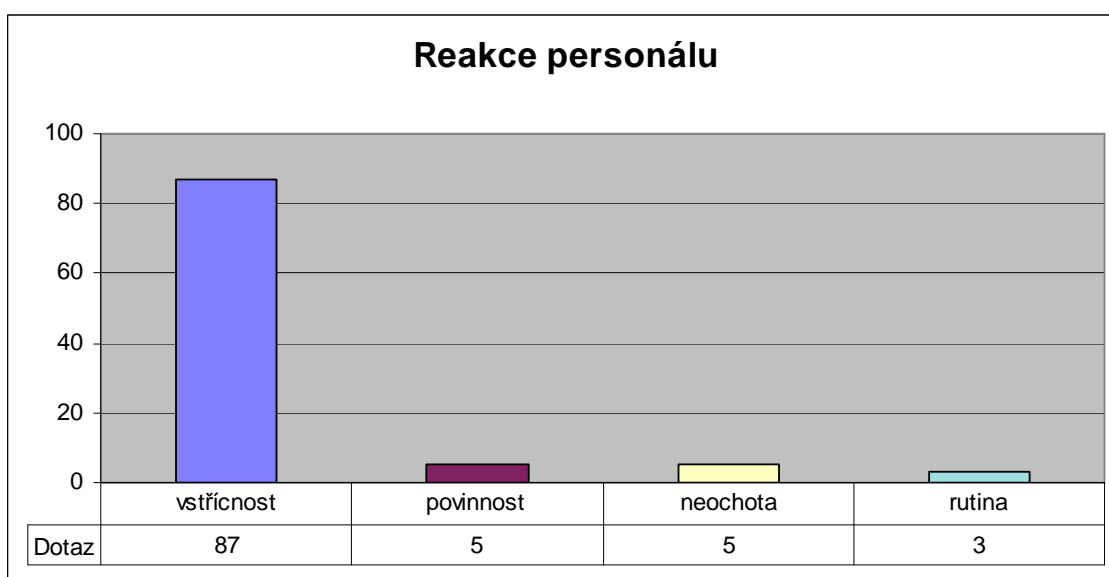
A/ vstřícnost

B/ povinnost

C/ neochota, ale pomohou

D/ žádná reakce, jen rutinní provedení

Graf č. 17



Z celkového počtu dotazovaných 87 % uvedlo, že nejčastější reakcí personálu na prosbu či požadavek je vstřícnost. Pouze pro 5 % je to povinnost a pro 5 % neochota. Rutinní provedení udává 3 % žen.

Otázka č. 20 Víte, kde a u koho můžete hledat odbornou pomoc při změnách psychiky?

A/ ANO (označte čísla od 1-5, v jakém pořadí byste je oslovila)

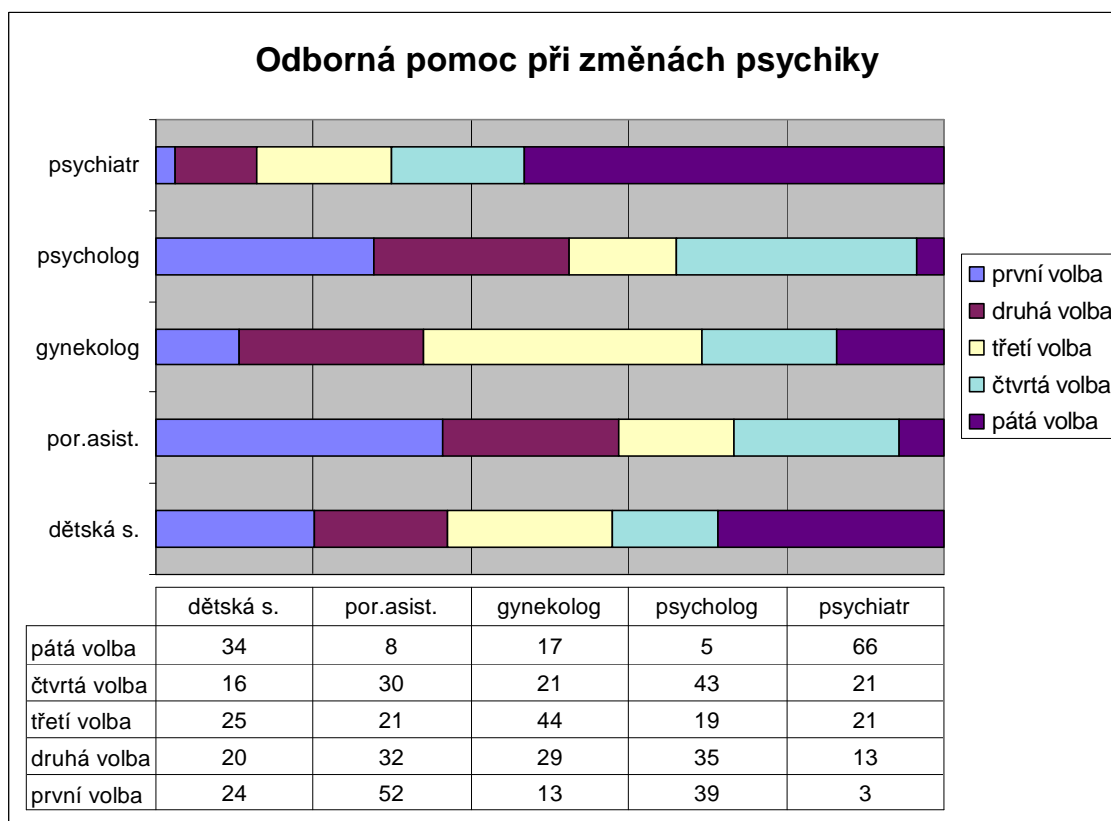
___ dětská sestra ___ porodní asistentka

___ gynekolog ___ psycholog

___ psychiatr

B/ NE

Graf č. 18



Z celkového počtu dotazovaných, kde hledat odbornou pomoc při řešení psychických problémů, by nevědělo 23 % žen. Pro 77 % žen bylo první volbou navštívit porodní asistentku. Psychologa by volily pro druhou volbu. S velkým odstupem by byla návštěva u gynekologa, psychiatra a dětské sestry. Jen v pěti odpovědích by byla první volba pro psychiatra.

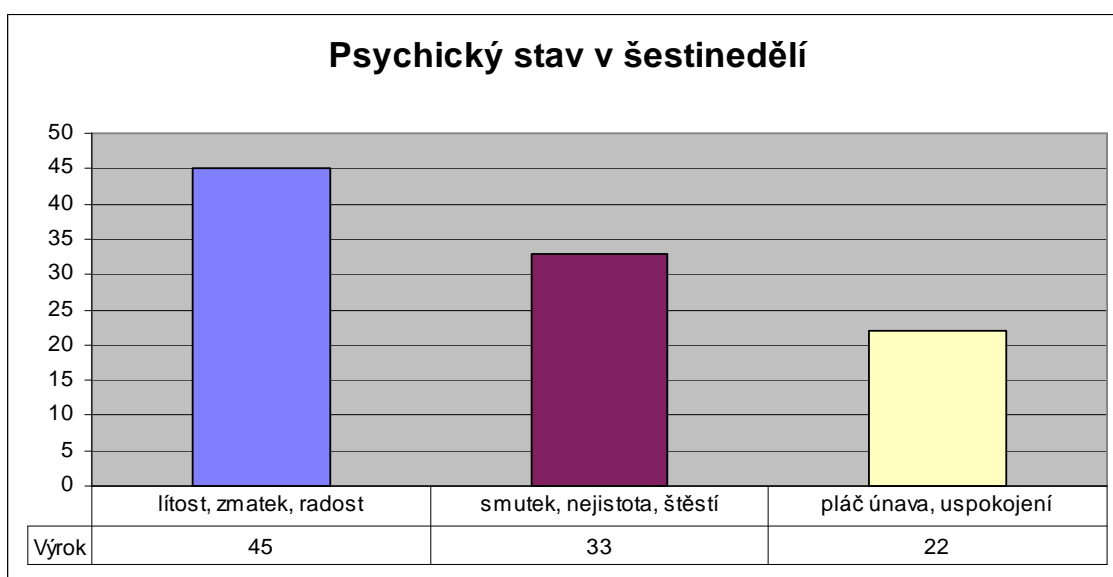
Otázka č. 21 Jaká věta nejlépe popisuje psychický stav v šestinedělí:

A/ Jsem lítostivá, zmatená z nové situace, ale zažívám pocity radosti.

B/ Vnímám pocity smutku, nejistoty z nové situace, ale také pocity štěstí.

C/ Pláč a únava, ale také pocity uspokojení.

Graf č. 19



Z celkového počtu dotazovaných pocity lítosti a zmatenosti z nové situace uvádí 45 % žen. Pro 33 % to byl pocit smutku, nejistoty, ale také pocity štěstí. Pro 22 % žen to byl pláč a únava, ale také pocity uspokojení.

Otázka č. 23 Váš věk

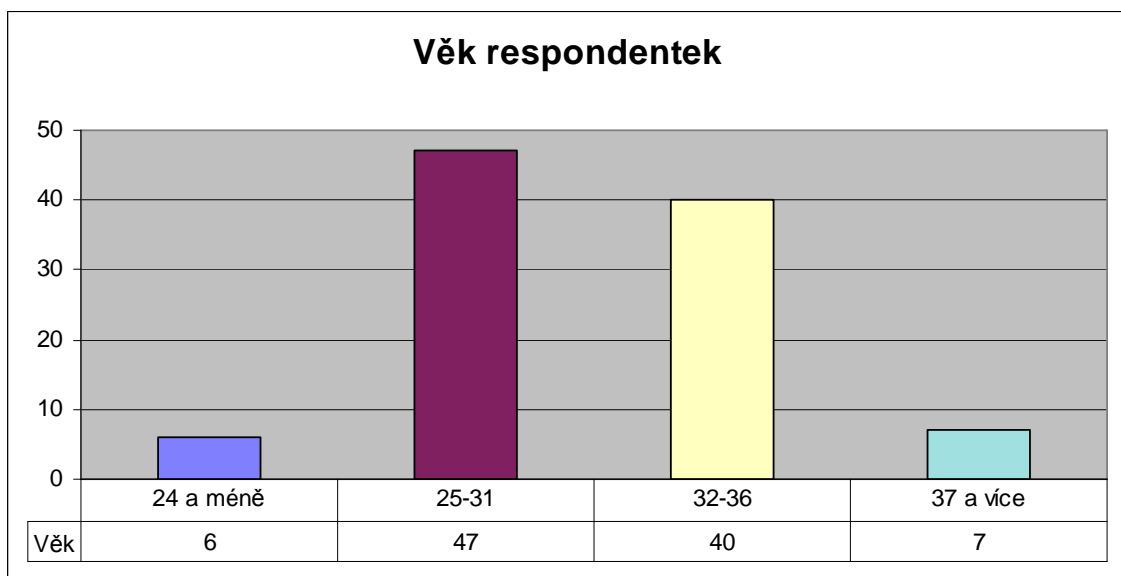
A/ méně než 24 let

B/ 25-31 let

C/ 32-36 let

D/ více jak 37 let

Graf č. 20



Z celkového počtu dotazovaných ve věku 24 let a méně bylo 6 %, ve věku 25-31 let bylo 47 % žen, ve věku 32-36 let bylo 40 % a 7 % tvořily ženy 37 let a starší.

Otázka č. 24 Váš rodinný stav

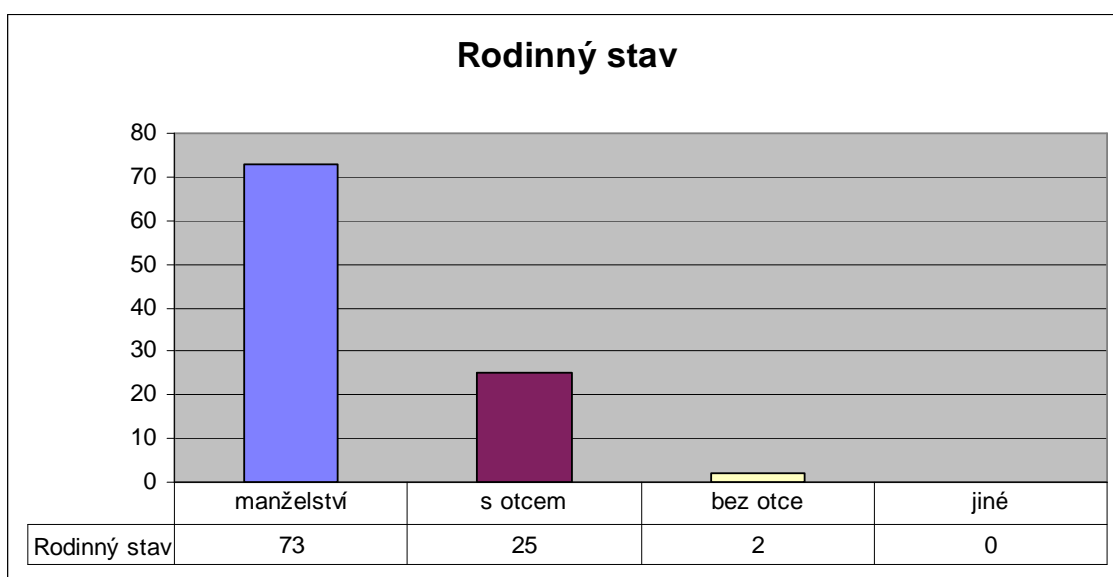
A/ manželství

B/ nejsem vdaná, ale žiji společně s otcem dítěte

C/ nejsem vdaná a budu žít sama s dítětem bez jeho otce

D/ jiné

Graf č. 21



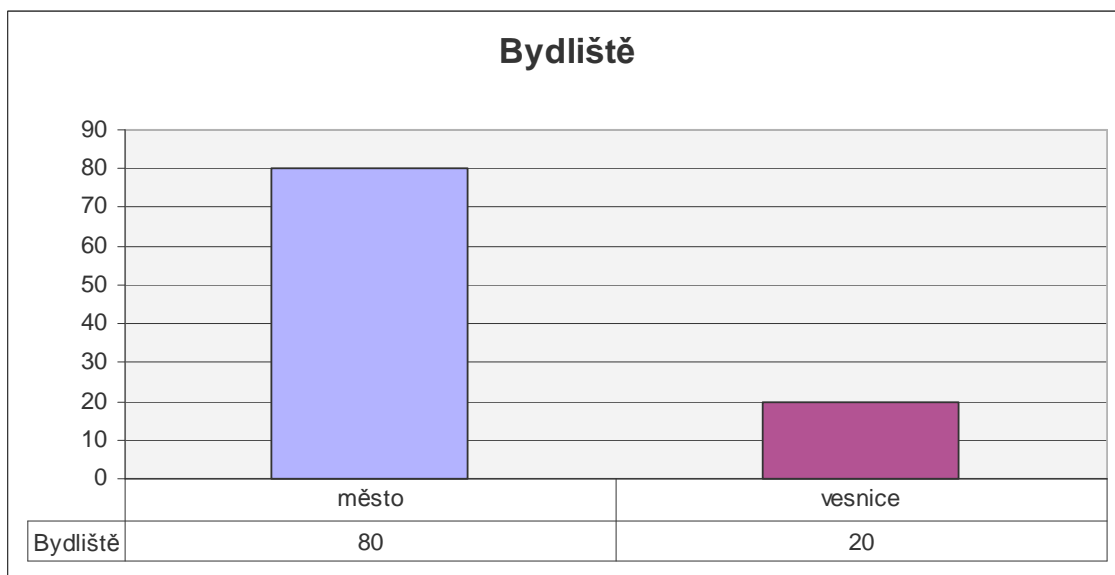
Z celkového počtu dotazovaných 73 % žen uvedlo, že žije v manželství. Žen, které nejsou vdané, ale budou žít s otcem dítěte, bylo 25 %. Jen 2 % žen uvedlo, že nejsou vdané a budou žít samy s dítětem bez jeho otce.

Otázka č. 25 Vaše bydliště

A/ město

B/ vesnice

Graf č. 22



Z celkového počtu dotazovaných 80 % uvedlo, že má bydliště ve městě a 20 % na vesnici.

6.2 Interpretace a diskuze a závěry pro praxi

Jak v současné době šestinedělky vnímají své psychické změny, co všechno tyto změny ovlivňuje a zda vědí, kde a u koho hledat případnou pomoc, to bylo cílem našeho výzkumu. Dále také srovnání dříve používaného systému při hospitalizaci nedělky s oddělenou péčí o dítě a dnes používaný rooming in.

V každé době platilo a platí, že narození dítěte patří mezi nejkrásnější zážitky v životě člověka. Pohledem do historie naší společnosti nacházíme odlišnosti od současnosti v počtu narozených dětí v rodině, důležitou otázkou byla jen minimální možnost plánování rodičovství a zda bylo dítě přivedeno do úplné rodiny. K tomuto lze z našeho výzkumu konstatovat, že u více jak poloviny žen se jednalo o první dítě, které se narodilo z plánovaného těhotenství. Jde o ženy ve věku nejčastěji mezi 25.-31. rokem života, které žijí v manželství. Dalším zjištěním je také fakt, že dnes se ženy snaží na těhotenství, porod, kojení i šestinedělí připravit. Ačkoli je dnes mnoho publikováno o psychických změnách v šestinedělí, informací se k ženám dostává nedostatečně. Ve srovnání s účastí na předporodních přednáškách, se jen asi polovina také účastní přednášek o šestinedělí. Je tedy otázkou, zda ženy nemají možnost dostupnosti informací nebo je nevyhledávají. Podle zjištění asi pětina žen neví, kam se v případě psychických změn v této době obrátit. Pokud by si žena mohla vybrat, na koho se obrátit, pak první oslovenou osobou by byla porodní asistentka v rámci odborné pomoci. Často zmiňovanou reakcí na volnou otázku byla absence psychologa v době hospitalizace na šestinedělí. Vzhledem k už tak náročné životní situaci, ve které byly oslovené ženy, to lze z praxe jen potvrdit. Důvodem je stav, kdy se žena za velmi krátkou dobu musí naučit mnoha dovednostem v péči o dítě, většina žen by ráda své dítě kojila a ještě je zde poporodní adaptace, se kterou se má žena vyrovnat. Cíle - zjistit informace o připravenosti na psychické změny a dostupnost informací ženám o pomoci při uvedených změnách - bylo dosaženo.

Dalším naším cílem bylo zjištění vlivu personálu na šestinedělku a jeho zájmu ženě pomoci. Zde bylo příjemným zjištěním, že jsou ženy vnímány personálem se zájmem, pokud jde o psychický stav a pocity, a pokud se žena obrátí na personál s prosbou, je nejčastější reakcí vstřícnost. Je to však v rozporu se zjištěním, kdy ženy označily až jako třetí v pořadí zájem personálu o pocity, vnímání či psychický stav.

Prvním zájmem personálu je tělesný stav, hojení porodního poranění a vyprazdňování. Druhým zájmem je kojení. Po zkušenostech z praxe bylo také zajímavé zjistit přístup personálu ke kojení a péči o dítě ve smyslu edukace matky. Také nás zajímalo, jak ženy vnímají současný trend společného pobytu matky a dítěte. Nejvíce, téměř čtyři pětiny žen, potvrdily, že péči o dítě sestra ukázala a nedělá to matce větší potíže. Zajímala nás i další otázka, a to společného pobytu matky i dítěte. U většiny těhotných žen je v podvědomí, že chtějí být po porodu neustále s dítětem. Naším zjištěním je však opak. Pro asi třetinu žen je sice systém oddělené péče nepřijatelný, ale dvě třetiny žen by uvítaly možnost dát dítě k sestře dle svého stavu. Lze se tedy domnívat, že následná realita po porodu je jiná, než byla představa žen.

V popředí našeho výzkumu bylo také zmapování průběhu dosavadního šestinedělí samotnými ženami a psychických změn v tuto dobu. Ženy v šestinedělí opravdu vnímají změny v psychice jako problematické a je potřebné je řešit. Nejvíce je trápí plačtivost mnohdy bezdůvodná, nervozita, podrážděnost, psychická labilita a vnitřní neklid. To vše je velmi často umocněno nedostatkem spánku a stresem ze zvládnutí kojení. Nebyla zjištěna souvislost většího výskytu horšího psychického stavu či zvládnutím péče o novorozence a samotným průběhem těhotenství. Fakt dále neovlivnilo, zda průběh porodu byl dle představ ženy či nikoli a ani způsob vedení porodu. I zde bylo cíle dosaženo, protože ženy vnímají personál při řešení problémů kladně.

Z výzkumu vyplývá, že by se měl personál na šestinedělí více věnovat pocitům, vnímání a psychickému stavu než dosud. Je to tedy skutečné ověření informací, které lze nalézt i v nastudované literatuře.

Posledním cílem bylo porovnání dřívějšího systému a současného systému rooming in. Bylo již uvedeno, že současný trend sice ženy vnímají kladně, ale raději by dávaly dítě k sestře dle svého stavu. Po vyhodnocení rozhovorů s dnes asi tak padesátiletými ženami, které u sebe dítě neměly, rooming in vnímají jako náročnější a pro ženu více zatěžující. Méně také popisovaly nedostatek spánku a nervozitu; několik žen i uvedlo, že z péče o dítě neměly takový strach jako ženy dnes. Jen málo žen přiznalo, že by tehdy rády kojily, ale chyběla podpora ze strany personálu nebo pomoc z okolí. I zde se cíle tedy dosáhnout podařilo.

Při psaní bakalářské práce jsme došly až k překvapivému zjištění, že ženy ochotně vyplňovaly dotazník a o dané téma se zajímaly. Mnoho žen slovně i písemně reagovalo kladně, že někdo má zájem danou věc zkoumat. Získat tedy respondentky k výzkumu nebyl problém, ačkoli ženy jsou v současné době neustále vyzývány k vyplňování a podepisování různých souhlasů.

Otázku č. 3 (které aktivity jste absolvovala před porodem), jsme nezobrazily graficky, ale podrobily jsme ji kvalitativní analýze a zjistily jsme následující skutečnosti. Na otázku, které aktivity před porodem absolvovaly, bylo zjištěno, že 46 % žen se neúčastnilo žádné. Z počtu žen, které se nějaké aktivity účastnily, to bylo 87 % na předporodní přípravě, dále pak 61 % žen navštěvovalo přednášku o kojení a 59 % žen absolvovalo přednášku o porodu. Zájem o přednášku na téma šestinedělí projevil jen 41 % z žen, které na přednášky chodily.

Také otázku č. 19 a č. 22 jsme graficky neznázornily, ale podrobily kvantitativní analýze. V otázce č. 19 měly ženy napsat 3 slova vystihující svůj průběh dosavadního šestinedělí. Z pozitivních slov to nejvíce bylo vyjádření štěstí, radosti, úlevy a pocitů uspokojení. V negativním vyjádření se to týkalo pláče, únavy, stresu, strachu, nervozity a úzkosti. Při hodnocení otázky č. 22 jsme došly k podobným závěrům jako u předchozí otázky. Jen zde se ženy více podrobně věnovaly popisům svého stavu. Většinou jsme nacházely odpovědi ve smyslu radosti, že mají porod za sebou, ale momentálně jsou bezradné z nové situace. Ženy, které již mají více dětí, pak popisovaly tuto situaci jako lépe zvládnutelnou s ambivalentním vztahem k novorozenci, protože by u sebe rády měly i starší dítě. Uváděný smutek a pláč je zde tedy popisován z jiného důvodu.

Z demografických údajů bylo zjištěno, že ženy z města více udávají pocity plačtivosti v těhotenství a ve svém průběhu šestinedělí nejvíce popisují únavu. V souvislosti s věkem a průběhem porodu bylo zjištěno, že ženy ve věku 25-31 let udávaly, že průběh porodu byl jen částečně dle jejich představ, zatím co u žen ve věku 32-36 let byl dle jejich představ. V poporodním průběhu nebylo zjištěno zásadních změn vzhledem k věku. Potřebu možnosti vyhledat v šestinedělí psychologa či jiného odborníka více preferovaly starší ženy. V této volné otázce ženy využily prostor k poznámce o absenci psychologa či jiného odborníka na oddělení.

H 1 Předpokládáme, že nastávající maminky se obávají psychických změn v šestinedělí a snaží se na ně připravit (předporodní kurz), ale získání odborné pomoci je nedostatečné

K hypotéze č. 1 byly formulované otázky č. 3, 4, 6, 13, 19, 20 a 22. Z celkového počtu dotázaných 54 % žen absolvovalo nějakou aktivitu v rámci předporodní přípravy. Obecnou předporodní přípravu navštívilo 82 % žen, 59 % přípravu k porodu, 41 % přednášku o šestinedělí a 61 % o kojení. V přípravě byly upozorněny na pláčivost, úzkost a podrážděnost jakožto na změny psychiky, které se mohou nejčastěji objevit. Změnu v psychice u sebe samé pozorovalo 51 % žen, kdy nejčastějším projevem byl pláč, nervozita a obava o nenarozené dítě. Okolí pak změnu v psychice ženy vnímalo ve 13 %, kdy se toto projevovalo nejistotou, neklidem, podrážděností a obavami. V pořadí osob, se kterými by se žena poradila pokud by nastala změna psychiky, pak by se nejprve radila s partnerem v 63 %. Další v pořadí by byla kamarádka, rodiče a porodní asistentka. Dula a lékař by byli až poslední variantou na koho se obrátit. Na otázku, zda žena ví, kde odbornou pomoc hledat, 23 % odpovědělo záporně a 77 % kladně a odpovědi této skupiny byly následující: porodní asistentka by byla oslovena jako první u 52 % žen; ve druhé volbě by nejvíce byl osloven psycholog u 35 % žen a ve třetí volbě by to byl gynekolog se 45 %. V další volbě by to byl opět psycholog a až pak psychiatr. Zajímavým zjištěním je tedy výrazná role porodní asistentky v takové situaci, kdy jasně by se na ní obrátila více jak polovina žen, zatím co na psychiatra v první volbě jen 3 % žen. Dětská sestra by byla oslovena jen výjimečně. Otevřené otázky č. 19 a č. 22 nejčastěji byly zodpovězeny následně: ženy sice popisují pocity štěstí, radosti, ale více převažují odpovědi emočně negativní - pláč, obava z péče o dítě, stres z kojení, změna priorit, nejistota, obava o budoucnost, podrážděnost. Konkrétně u otázky, kdy jsme ženy žádaly o nějakou zkušenost, se toto nejvíce vztahovalo opět k obavám a beznaději, kterou pociťují. Je zde také zmíněna absence psychologa (či jiného odborníka) na problematiku psychických změn v šestinedělí, což potvrzuje naši domněnku, že je zde nedostatečná pomoc ženám s těmito problémy.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že **hypotéza č.1 se potvrdila.**

H 2 Předpokládáme, že přístup personálu při řešení problému vnímá šestinedělka kladně

K hypotéze č. 2 byly formulovány otázky č.11, 12, 14, 17 a 18. „*Sestra mi vše ukázala. Vše jsem pochopila a mám jen občas problém vše zvládnout*“. Tento výrok označilo jako nejčastější 83 % žen, což je velmi potěšující zjištění. Zájem o pocity, vnímání či duševní stav potvrdilo 86 % dotazovaných, což je v „rozporu“ se zjištěním, že za dobu hospitalizace je zjišťování takových pocitů na 3. místě. Přístup personálu ke kojení lze hodnotit kladně. V tomto směru jsou matky podporovány ke kojení, ale pokud to nejde, nevadí, jsou i jiná řešení. Obrátí-li se žena na personál s dotazem, prosbou či požadavkem, je jeho reakce v 87 % vstřícná.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že **hypotéza č. 2 se potvrdila.**

H3. Domníváme se, že systém rooming in má příznivější vliv na psychiku ženy.

K hypotéze č. 3 byly formulovány otázky č. 9, 10, 15, 16 a 19. Příznivou informací je zjištění, že ženám v 62 % případů bylo po porodu dítě přiloženo do 30 minut. Stejně tak je přínosné, že pokud to dovolil zdravotní stav dítěte i matky, byl matce umožněn kontakt ještě na porodním sále v 82 % případech. Na otázku vnímání současného trendu společného pobytu matky s dítětem 99 % žen odpovědělo kladně. Ale jen 30 % žen uvedlo, že by byl pro ně dřívější systém oddělené péče nepřijatelný. Dát možnost dítě k sestře dle svého stavu by upřednostnilo 62 % matek. Ve volné otázce byla často slova negativní - obava, únava, nedostatek spánku, strach, podrážděnost, lítost, pláč a stres. Objevila se také slova pozitivní - štěstí, úleva, nadšení a radost.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že **hypotéza č. 3 se potvrdila.**

Doporučení pro praxi

Porodní asistentky a další personál pomáhající s kojením se má více věnovat technikám kojení a nenásilnou cestou kojení podporovat. Porodní asistentky mají více času věnovat vyposlechnutí žen s jakýmkoli problémem. Je třeba ženám zajistit dostupnost psychologa.

7 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývaly příčinami a projevy změn psychiky u žen v šestinedělí. Cílem práce bylo zjistit, zda ženy mají o tomto informace a snaží se na tyto změny připravit. Dalším cílem bylo zjistit, zda a v jakém rozsahu je zde vliv personálu. Naší snahou bylo také analyzovat současný průběh šestinedělí po dobu hospitalizace oproti dřívějšímu systému.

Vzhledem k hypotézám nebyly výsledky nečekaným zjištěním. Naopak byl zjištěn významný fakt, že psychické změny v šestinedělí jsou pro ženy závažným problémem, který je nedostatečně řešen. Neočekávaným výsledkem je, že by velká část žen uvítala možnost dát dítě k sestře dle svého stavu, zatímco v populaci traduje myšlenka, jak nutné je být s dítětem v neustálé interakci. Lze se tedy částečně domnívat, že dříve praktikovaný systém oddělené péče matka - dítě měl i svůj pozitivní přínos. Tento fakt jsme si ověřovaly dotazem u dnes zhruba padesátiletých žen, které tento systém zažily. Zásadní rozdíl na toto téma mezi výsledky dotazníku a dotazem u těchto žen byl v menší únavě, méně strachu při další péči o dítě a starší ženy se méně stresovaly z kojení.

S potěšením můžeme konstatovat fakt, že pokud by u ženy změny v psychice nastaly, bude to porodní asistentka, která bude jako první požádána o odbornou pomoc v takové situaci.

V teoretické části jsme se věnovaly průběhu fyziologického šestinedělí, psychice ženy, období novorozeneckému, vztahu matka - dítě a současnému legislativnímu stavu, který je součástí tohoto děje.

Při psaní bakalářské práce jsme došly až k překvapivému zjištění, že ženy ochotně vyplňovaly dotazník a o dané téma se zajímaly. Mnoho žen slovně i písemně reagovalo kladně na skutečnost, že někdo má zájem danou věc zkoumat. Získat tedy respondentky k výzkumu nebyl problém, ačkoli ženy jsou v současné době neustále vyzývány k vyplňování a podepisování různých souhlasů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAREŠ, M. 2002. Antidepressiva v léčbě depresivní poruchy v těhotenství a po porodu. In *Psychiatrie*, roč. 6, 2002, č. 3, supplementum 2, s. 11-18.

BARTLOVÁ, P. 2007. Některé aspekty identity matky. In *Československá psychologie*, roč. 51, 2007, č. 3, s. 18-24.

BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKÝ, V., JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. 2000. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno : IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-288-4.

BOLEDOVIČOVÁ, M., MATUALY, S. 2007. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Nitra : Svaz UKF, 2007. ISBN 978-80-89245-03-1.

BOREK, I. et al. 2001. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2.doplněné vyd. Brno : IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-338-4.

ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. et al. 2006. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.

ČEPICKÝ, P. 1992. *Psychologie ženy*. Praha : Dr. P. Čepický, 1992.

ČEPICKÝ, P. 1999. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví - šestinedělí. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 8, 1999, č.3, s. 237-249.

Česká technická norma, ČSN 01 6910 Úprava písemností zpracovaných textovými editory. Praha : Český normalizační institut, 2007.

GEISEL, E. 2004. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha : One Women Press, 2004. ISBN 80-86356-32-9.

HANUŠČÁKOVÁ, P. 2008. Změny v psychice žen po porodu. In *Sestra*, roč. 18, 2008, č. 10, s.55.

HNÍKOVÁ, O. et al. 1993. *Pediatrické kapitoly*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-741-9.

CHMEL, R. 2004. *Průvodce těhotenství*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0962-7.

JEDLIČKOVÁ, M. 2008. Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. In *Praktická gynekologie*, 2008, č. 2, s. 86-90.

JOBÁNKOVÁ, M. et al. 1990. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 1. vyd. Brno : IDV SZP, 1990. ISBN 80-7013-079-2.

KOVAŘÍK, J. 2002. *Dětská práva - Vím, co smím?* Praha : Portál, 2002. ISBN 80-238-9291-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. 1986. *Počátky našeho duševního života*. Praha : Panorama, 1986.

NICOLSON, P. 2001. *Poporodní deprese*. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-938-1.

OSTRČIL, A. 1939. *Porodnictví*. Praha : Mladá generace lékařů, 1939.

PRAŠKO, J. 2002. Psychoterapie poporodních depresí. In *Psychiatrie*, roč. 6, 2002, č. 6, supplementum 2, s. 41-46.

PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J., HERMAN, E. 2002. Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. In *Psychiatrie*, roč. 6, 2002, supplementum 2, s. 47-57.

RATISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie-porodnictví*. 1.vyd. Praha : Reklamní ateliér Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

RATISLAVOVÁ, K. 2008. Psychologie pozdního šestinedělí. In *Moderní babičtví*, 2008, č.16, s. 26-29.

ROZTOČIL, A. et al. 2001. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-339-2.

ŠPAŇHELOVÁ, I. 2003. *Dítě Vývoj a Výchova od početí do tří let*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0552-4.

SOBOTKOVÁ, D., ŠTEMBERA, Z. 2003. Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: III. poporodní období. In *Česká gynekologie*, roč. 68, 2003, č. 6, s. 385-389.

SVOBODA, L. *Mladá matka-Rady ženám v těhotenství, při porodu a v šestinedělí*. Kutná Hora : Karel Šolc, [s.a.].

VACEK, J. 1996. *O nemocech duše*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 1996. ISBN 80-204-0535-6.

MARUŠKA. *Vývojová psychologie - novorozenecké období*. [online]. [8.12.2008]. Dostupno na internetu <http://radver.blog.cz/7012/vyvojova-psychologie-novorozenec> 8.12.2008.

ODBOR 22. *Práva pacientů ČR*. [online]. [10.2.2009]. Dostupno na internetu <http://www.mpsv.cz/cs/840> 10.2. 2009.

PŘÍLOHA č. 1

Stanislava Jeníková, Bří Čapků 838, Neratovice, 277 11, stana.jenikova@seznam.cz

Dotazník

Vážená paní,

jmenuji se Stanislava Jeníková a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické Praha 5, Duškova 7, oboru porodní asistence. Studium končím bakalářskou prací *Příčiny a projevy změn psychiky u žen v šestinedělí*. Její součástí je i dotazník, kterým se obracím na Vás a dovoluji si Vás požádat o jeho vyplnění. Svou prací bych ráda přispěla ke změnám v přístupu k ženám v době šestinedělí.

Zaručuji Vám, že veškeré získané informace budou použity pouze pro statistické zpracování výzkumu v mé bakalářské práci a jejich zpracování bude zcela anonymní. Odpověď, se kterou se nejvíc ztotožňujete, prosím, označte křížkem. U některých otázek je možno určit pořadí odpovědí a u některých je třeba možnou odpověď dopsat vlastními slovy. V případě potřeby se prosím obraťte na moji adresu.

Velmi děkuji za Váš čas a spolupráci

1. Vaše dítě je

A/ první

B/ druhé

C/ třetí

C/ čtvrté a více

2. Vaše těhotenství bylo

A/ plánované

B/ neplánované

C/ nechtěné

3. Které aktivity jste absolvovala před porodem

A/ předporodní přípravu

ANO

NE

B/ přednášky o porodu

ANO

NE

C/ přednášky o šestinedělí

ANO

NE

D/ přednášky o kojení

ANO

NE

4. Označte, na které změny psychiky jste byla v předporodní přípravě upozorněna:
A/ plačtivost B/ úzkost C/ smutek
D/ snížená sebedůvěra E/ podrážděnost F/ nejistota
5. Jak hodnotíte průběh svého těhotenství
A/ bezproblémové, nebyla jsem těhotenstvím omezena
B/ ojedinělé obtíže, jen minimálně jsem se musela omezit
C/ časté problémy, nechodila jsem do zaměstnání, moje aktivity byly značně omezené
D/ celé těhotenství provázela řada obtíží, musela jsem dodržovat přísný klidový režim
E/ celé těhotenství bylo komplikované
F/ byla nutná hospitalizace ANO NE
6. Změny psychiky v těhotenství jste
A/ pozorovala (jaké)
- B/ nepozorovala
- C/ okolí mne vnímalo jako změněnou (v čem)
7. Rodila jste
A/ spontánně B/ císařským řezem C/ klešťovým porodem
8. Průběh porodu
A/ byl dle vašich představ
B/ byl jen částečně dle vašich představ
C/ bylo vše zcela jinak
9. Po porodu Vám bylo dítě přiloženo
A/ do 30 minut B/ do 2 hodin C/ do 6 hodin D/ do 10 hodin E/ za více jak 10 hodin
10. Měla jste po porodu ještě na porodním sále možnost kontaktu se svým dítětem
A/ Ne, nebylo mi to umožněno C/ Ne, zdravotní stav to nedovoloval
B/ Ano, je to běžná praxe D/ Ano, ale až na moji žádost

11. Jaký výrok nejlépe vystihuje Vaši péči o novorozence v porodnici
- A/ Sestra mi vše ukázala. Vše jsem pochopila a mám jen občas problém vše zvládnout.
 - B/ Sestra mi sice vše ukázala, ale ne vše mi je stále jasné. S péčí o novorozence mám potíže.
 - C/ Sestra mi nic neukázala, vše provádím dle rad ostatních pacientek, rodiny a své intuice.
12. Zájem personálu o Vaše pocity, vnímání či duševní stav nejlépe vystihuje slovo:
- A/ zájem
 - B/ ignorace
 - C/ popření
13. Označte pořadí osob, se kterými byste se poradila při řešení změn psychiky
- A/ porodní asistentka
 - B/ rodiče
 - C/ dula
 - D/ kamarádka
 - E/ partner
 - F/ lékař
14. Za dobu hospitalizace na šestinedělí se personál u Vás zajímal o (označte pořadí od 1-5):
- ___ pocity, vnímání či psychický stav
 - ___ tělesný stav, hojení porodního poranění, vyprazdňování
 - ___ socio-ekonomické podmínky, péči o dítě
 - ___ kojení
 - ___ jiné.....
15. Jak vnímáte současný trend společného pobytu matky s dítětem?
- A/ kladně
 - B/ záporně
 - C/ nemám na to názor
16. Používaný systém oddělené péče v našich porodnicích, kdy matky měly u sebe děti jen na kojení, by byl pro Vás:
- A/ nepřijatelný
 - B/ kvůli únavě bych ho na noc uvítala
 - C/ uvítala bych možnost dát dítě k sestře dle mého stavu

17. Jaký výrok nejlépe vystihuje přístup personálu ke kojení v porodnici:
- A/ Je to přirozené a správné, kojte.
 - B/ Kojit se má, je to správné, ale pokud to nejde, nevádí. Jsou i jiná řešení.
 - C/ Personál nejlépe ví, jak a čím dítě krmit. Názor matky není důležitý.
18. Obrátíte-li se na personál s dotazem, prosbou či požadavkem, jaká je jeho reakce?
- A/ vstřícnost
 - B/ povinnost
 - C/ neochota, ale pomohou
 - D/ žádná reakce, jen rutinní provedení
19. Napište 3 slova vystihující průběh Vašeho šestinedělí za dobu pobytu v nemocnici
1. 2. 3.
20. Víte, kde a u koho můžete hledat odbornou pomoc při změnách psychiky?
- A/ ANO (označte čísla od 1-5, v jakém pořadí byste je oslovila)
- ___ dětská sestra ___ porodní asistentka ___ gynekolog ___ psycholog ___ psychiatr
- B/ NE
21. Jaká věta nejlépe popisuje psychický stav v šestinedělí:
- A/ Jsem lítostivá, zmatená z nové situace, ale zažívám pocity radosti.
 - B/ Vnímám pocity smutku, nejistoty z nové situace, ale také pocity štěstí.
 - C/ Pláč a únava, ale také pocity uspokojení.
22. Máte-li zkušenosti, s kterými byste se ještě mohli podělit, uveďte je prosím
-
23. Váš věk
- A/ méně než 24 let
 - B/ 25 - 31 let
 - C/ 32 - 36 let
 - D/ více jak 37 let
24. Váš rodinný stav
- A/ manželství
 - B/ nejsem vdaná, ale žiji společně s otcem dítěte
 - C/ nejsem vdaná a budu žít sama s dítětem bez jeho otce
 - D/ jiné
25. Vaše bydliště
- A/ město
 - B/ vesnice

PŘÍLOHA č. 2

Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zsvěčeně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen. (Odbor 22, <http://www.mpsv.cz/cs/840> 10.2. 2009).

PŘÍLOHA č. 3

Práva dětí

1. Máš právo využívat všech svých práv. Nezáleží na tom, jakou máš barvu pleti, jakým hovoříš jazykem ani jakého jsi vyznání. Máš svá práva, i když jsi dítě!
2. Práva zajišťují každému člověku spravedlivé zacházení.
3. Každý člověk má svá práva - ty, tví rodiče, sourozenci, příbuzní, sousedé, přátelé!
Všichni lidé na celém světě!
4. Svět je velká skládačka složená z mnoha dílů. Všichni, i ty, jsme jeho součástí. Nezáleží na tom, zda jsi velký nebo malý, černý nebo bílý. Všichni jsou stejně důležití. Protože i ty jsi důležitou součástí světa, měl bys vědět, co všechno smíš dělat, co všechno můžeš chtít. Máš svá práva. Máš také své povinnosti.
5. Máš právo na život. Nikdo nemá právo náš život ohrožovat.
6. Máš právo na své vlastní jméno.
7. Máš právo na svou vlast. Na své státní občanství.
8. Máš právo na domov. Na svůj vlastní životní prostor.
9. Máš právo žít se svými rodiči, žít v rodině.
10. Máš právo mluvit jazykem svých rodičů. Nikdo ti to nesmí zakazovat.
11. Nikdo ti nesmí ubližovat. Nikdo tě nesmí tělesně ani duševně týrat.
12. Máš právo mít své kamarády.
13. Máš právo učit se a vzdělávat. Nikdo ti nesmí bránit chodit do školy.
14. Máš právo říkat, co si myslíš. Právo na svůj vlastní názor.
15. Máš právo na život bez hladu. Právo na dostatek zdravé potravy.
16. Máš právo na pomoc v nemoci. Právo na ochranu zdraví. Nikdo ti nesmí nabízet ani nutit alkohol, drogy, nic, co ti může ublížit.
17. Máš právo na život v bezpečí. Právo na ochranu před násilím a špatným zacházením. Tvou práci nesmí nikdo zneužívat.
18. Máš právo na svůj volný čas. Máš právo si hrát.
19. Máš právo rozvíjet všechny svoje zájmy a nadání.
20. Máš právo žít v míru a přátelství s dětmi i dospělými ze všech zemí světa (Kovařík, 2002).