

PSYCHIKA TĚHOTNÉ ŽENY

Bakalářská práce

LUCIE ŠTĚDRÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Porodní asistence

Datum předložení: 2010-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

ŠTĚDRÁ, Lucie. *Psychika těhotné ženy*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková. Praha 2010. s. 68.

Hlavním tématem bakalářské práce je psychika těhotné ženy. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části je popsána psychika ženy, psychologie těhotenství a prenatální psychologie nejprve obecně, poté vývoj, změny, příčiny a různé pohledy na danou problematiku. Empirickou část tvoří kvantitativní průzkum, pomocí kterého jsme se snažili zjistit, jaké faktory mohou psychiku těhotné ženy ovlivnit, jaký přístup k těhotenství tyto ženy mají, a co si myslí o prenatální komunikaci a prenatálním učení. Zajímalo nás, do jaké míry je pro tyto ženy důležitá jejich psychická rovnováha, co pro ni dělají, a jestli vidí nějakou souvislost mezi svou psychikou a vývojem jejich dětí. Průzkumem jsme zjistili, že těhotné ženy věří, že existuje souvislost mezi jejich psychikou a vývojem jejich dětí, že si myslí, že prenatální komunikace a učení mají svůj pozitivní vliv jak na ně tak na nenarozené dítě. Bohužel se ale prokázalo, že jen málokterá těhotná žena se o to více zajímá a prakticky s tím něco dělá.

Klíčová slova: Emoce. Prenatální komunikace. Prenatální učení. Psychika ženy. Psychologie těhotenství.

ABSTRACT

ŠTĚDRA, Lucie, Pregnant Woman's Mind. The College of Nursing, o.p.s., Bachelor Degree, Tutor: PhDr. Veronika Blažková. Prague 2010. s. 68.

The main topic of bachelor thesis is Pregnant Woman's Mind. The thesis is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part there is a description of woman's mind, psychology of pregnancy, at first prenatal psychology in general following development, alterations, causes, various view of given issue. The empirical part is made up of quantitative research. We tried to find out the factors by means of research, what factors may cause pregnant woman's mind, what is the manner the pregnant women cope with pregnancy and what the women think about prenatal communication and prenatal learning. So we are interested to know about their psychological balance how far is important for the women, what they do for it, and whether they see the relationship between their psyche and development of their child. According to the study we've found out that pregnant women believe that there is relationship between their psyche and development of their child and they also think that prenatal communication and learning have positive influence on them and also on their unborn baby. Unfortunately the study has proved that only few pregnant women are more interested in pregnancy so that they can do something about it.

Key words: Emotion. Prenatal communication. Prenatal learning. Psyche of woman. Psychology of pregnancy.

PŘEDMLUVA

Zdraví jak fyzické tak psychické by mělo být prioritou každého jedince. Zachování duševní pohody a rovnováhy je hlavní složkou spokojeného a šťastného života v každém období. Je-li tato rovnováha podceňována, zanedbávána nebo dokonce narušena, má to dalekosáhlé následky na život. Nastane-li taková situace u ženy během těhotenství, je pak velmi rychle ovlivněn vztah mezi ní a jejím nenarozeným dítětem. Na toto téma bylo napsáno mnoho publikací, přesto je tato problematika velmi podceňována.

Tato práce vznikla ve snaze 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 tu má celá naše společnost.

Výběr tématu byl ovlivněn dosavadní prací s těhotnými ženami, ať už v prenatální ambulanci nebo na odděleních rizikového těhotenství či porodních sálech. V rámci teoretické části jsme nejvíce čerpali z knižních a časopiseckých pramenů.

Práce je určena studentům porodní asistence a stejně v ní mohou najít podnětné informace a rady porodní asistentky v praxi, které se věnují péči o těhotnou ženu, ať už ve zdravotnickém zařízení nebo v rámci psychoprofylaktických kurzů či komunitní péče.

Touto cestou bych v první řadě chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Veronice Blažkové, za podporující, podnětné a velmi trpělivé vedení, plné cenných rad, připomínek a ochoty. A dále bych chtěla poděkovat Mgr. Kateřině Ratislavové za dobrou radu, která mně na začátku mé práce moc pomohla a za napsání skript „Aplikovaná psychologie porodnictví“, které pro mě byly velkou inspirací.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PSYCHIKA ŽENY	12
1.1 Fenomén emoce	14
1.2 Pohlavní role	16
1.3 Shrnutí	17
2 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ	18
2.1 Somatické pozadí psychických změn v těhotenství.....	19
2.2 Sociální pozadí psychických změn v těhotenství.....	20
2.3 Emoční změny v těhotenství	21
2.3.1 Deprese	21
2.3.2 Úzkost	21
2.3.3 Neuroticismus	22
2.3.4 Benigní těhotenská encefalopatie.....	22
2.4 Emoce a jednotlivé trimestry	22
2.5 Těhotenství a zlé sny.....	24
2.6 Shrnutí.....	25
3 PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE.....	26
3.1 Propojení plodu s matkou	27
3.2 Různá pojetí prenatální psychologie	29
3.2.1 Pojetí Stanislava Grofa	29
3.2.2 Pojetí Terence Dowlinga.....	31
3.3 Vztahy k prenatálnímu dítěti.....	32
3.3.1 Učení v bříšku	32
3.4 Meditace.....	33
3.5 Shrnutí.....	34
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ....	35
4.1 Prenatální péče	36
4.1.1 Harmonogram prenatální péče	36
4.2 Shrnutí.....	37
EMPIRICKÁ ČÁST	38
5 EMPIRICKÝ PRŮZKUM	38
5.1 Průzkumný problém.....	38

5.2 Metodika průzkumu	39
5.3 Časový harmonogram sběru dat.....	39
5.4 Průzkumný soubor	39
5.5 Analýza výsledků průzkumu.....	41
5.6 Interpretace výsledků průzkumu.....	61
5.7 Diskuse.....	63
5.8 Doporučení pro praxi	64
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACLA	..... vyšetření autoimunitních protilátek
AFP	..... alfa-fetoprotein
AMC	..... amniocentéza
BWR	..... Bordetova – Wassermannova reakce
CNS	..... centrální nervový systém
CRL	..... temeno-kostrční délka
CVS	..... biopsie choria
ČR	..... Česká republika
uE3	..... nekonjugovaný estriol
EEG	..... elektroencefalografie
EU	..... Evropská unie
GBS	..... streptokoky skupiny B
HBsAg	..... jeden z antigenů viru hepatitidy, tzv. australský antigen
hCG	..... lidský choriový gonadotropin
HIV	..... virus získané lidské imunodeficiencie
NB	..... nosní kůstka
NT	..... projasnění šíje
oGTT	..... orální glukózový toleranční test
PAPP-A	..... pregnancy-associated placental protein-A
Rh faktor	..... rhesus faktor
TORCH	..... toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes virus
UZ	..... ultrazvukové vyšetření

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1a Věková skupina respondentek.....	41
Tabulka 1b Věková skupina respondentek	41
Tabulka 2a Počet porodů respondentek	42
Tabulka 2b Počet porodů respondentek.....	42
Tabulka 3a Vzdělání respondentek.....	43
Tabulka 3b Vzdělání respondentek.....	43
Tabulka 4a Stav respondentek	44
Tabulka 4b Stav respondentek	44
Tabulka 5a Charakteristika stavu respondentek	45
Tabulka 5b Charakteristika stavu respondentek	45
Tabulka 6a Finanční situace respondentek	46
Tabulka 6b Finanční situace respondentek	46
Tabulka 7a Aktivity respondentek ke konci těhotenství.....	47
Tabulka 7b Aktivity respondentek ke konci těhotenství.....	47
Tabulka 8a Odůvodnění aktivit v těhotenství	48
Tabulka 8b Odůvodnění aktivit v těhotenství.....	49
Tabulka 9a Spojitost mezi přístupem k těhotenství a psychickou stabilitou respondentek	50
Tabulka 9b Spojitost mezi přístupem k těhotenství a psychickou stabilitou respondentek	50
Tabulka 10a Ovlivnění vývoje miminka.....	51
Tabulka 10b Ovlivnění vývoje miminka	51
Tabulka 11a Důsledky pozitivního přístupu respondentek k těhotenství	52
Tabulka 11b Důsledky pozitivního přístupu respondentek k těhotenství	53
Tabulka 12a Vědomá komunikace s miminkem v bříšku.....	54
Tabulka 12b Vědomá komunikace s miminkem v bříšku.....	54
Tabulka 13a Navazování kontaktu s miminkem v bříšku.....	55
Tabulka 13b Navazování kontaktu s miminkem v bříšku.....	55
Tabulka 14a Důležitost prenatální komunikace.....	56
Tabulka 14b Důležitost prenatální komunikace	57
Tabulka 15a Prenatální učení.....	58

Tabulka 15b Prenatální učení.....	58
Tabulka 16a Zkušenost s vědomou komunikací.....	59
Tabulka 16b Zkušenost s vědomou komunikací.....	59
Graf 1 Věková skupina respondentek	41
Graf 2 Počet porodů respondentek.....	42
Graf 3 Vzdělání respondentek	43
Graf 4 Stav respondentek.....	44
Graf 5 Charakteristika stavu respondentek	45
Graf 6 Finanční situace respondentek.....	46
Graf 7 Aktivity respondentek ke konci těhotenství	48
Graf 8 Odůvodnění aktivit v těhotenství.....	49
Graf 9 Spojitost mezi přístupem k těhotenství a psychickou stabilitou respondentek	50
Graf 10 Ovlivnění vývoje miminka	52
Graf 11 Důsledky pozitivního přístupu respondentek k těhotenství.....	53
Graf 12 Vědomá komunikace s miminkem v bříšku	54
Graf 13 Navazování kontaktu s miminkem v bříšku	56
Graf 14 Důležitost prenatální komunikace	57
Graf 15 Prenatální učení	58
Graf 16 Zkušenost s vědomou komunikací	60

ÚVOD

Psychika představuje důležitou složku každého jedince. Ale co to vlastně psychika je? Definice říká, že psychika je souhrn psychických jevů, jako je vnímání, myšlení, paměť, pozornost, představivost a emoce.

Období těhotenství je jen krátkou etapou v životě ženy, ale natolik důležitou, že jej může významně změnit. Těhotenství ovlivňuje nejen fyzický, ale také psychický stav těhotné ženy. Je to stav, který v ženě vyvolá nové myšlenky, stav který významně poznamená její psychiku. V životě každé ženy je těhotenství zlomovým obdobím. Z ženy se stává matka, která už nemá zodpovědnost jen sama za sebe, ale hlavně za své dítě. Její rozhodnutí a chování už nemají vliv jen na ni, ale i na její nenarozené dítě. Mateřství by mělo být zodpovědným úkolem, který bude ženu posilovat, a který bude činností prováděnou z lásky a ne z povinnosti.

V průběhu těhotenství se pocity ženy mění. Od prvního trimestru, kdy zažívá především ambivalentní pocity, přes období radosti a vyrovnanosti, kterým je označován druhý trimestr. Třetí trimestr je charakteristický opět ambivalentními pocity a vytvářením zázemí pro budoucí miminko.

Je důležité si uvědomit, že těhotná žena není jen pasivní nositelkou plodu, ale že může významně ovlivnit jak vzájemnou interakci mezi ní a dítětem, tak psychický vývoj svého dítěte.

Psychika těhotné ženy a prenatální komunikace a učení jsou velmi podceňovaná témata nejen u těhotných žen, ale také u zdravotnického personálu. Stojí až na druhém místě v prenatální péči. Vzhledem k této skutečnosti je cíl této práce zaměřen na zjištění vlivu psychiky žen na průběh těhotenství. Na to jaký vliv má pozitivní přístup k těhotenství na těhotné ženy. Jak vůbec těhotné ženy těhotenství vnímají a prožívají. Jak jsou informované o těhotenských aktivitách, které příznivě ovlivňují psychiku ženy a vývoj plodu, a jestli těchto aktivit využívají.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHIKA ŽENY

Podle doktorky Vágnerové: „Lze duševní vývoj charakterizovat jako proces vzniku a zákonitých změn psychických procesů a vlastností v rámci diferenciaci i integrace celé osobnosti“ (VÁGNEROVÁ, 2000, s. 15).

Vliv na vývoj psychiky ženy má jistě mnoho faktorů. Patří sem faktory *biologické, sociální, kulturní*, ale také zkušenost v průběhu ontogeneze. Jedno od druhého nelze samozřejmě oddělit, psychika a tělo tvoří jeden funkční systém a tento systém je v neutrální interakci s prostředím (RATISLAVOVÁ, 2008).

Vývoj lidského jedince od jeho početí až do smrti ovlivňují jak dědičné dispozice, tak podněty prostředí, které působí ve vzájemné, obvykle složité interakci. Biologické pohlavní rozdíly se utvářejí v časově pevně stanovených krocích. Geneticky je pohlaví určeno již při početí. Splynutím dvou zárodečných buněk dochází ke kombinaci dědičných vloh matky a otce. Všechny dědičné dispozice se nemusí uplatnit ve stejné míře. Jaký jedinec nakonec je závisí na mnoha faktorech, z nichž všechny nemají jen genetický základ (VÁGNEROVÁ, 2000).

Jednou ze zajímavostí je, že každé individuum se může – lhostejno, jakého je genetického pohlaví – vydat dále ženským nebo mužským směrem vývoje. Proto výsledkem nemusí být jen jedinec s naprosto jednoznačnými tělesnými pohlavními znaky, ale taky množství smíšených forem. Mezi biologické rozdíly, o kterých se nejvíce hovoří, patří pohlavní rozdíly stavby a funkce mozku. K pohlavně specifické diferenciaci mozkových oblastí dochází mezi 16. a 28. týdnem nitroděložního vývoje. Tedy původně ženské (nebo pohlavně neutrální) oblasti mozku v hypotalamu, případně v lymfatickém systému reagují na vylučování mužských pohlavních hormonů (testosteronu nebo estradiolu) zárodečnými žlázami. V hypotalamu a lymfatickém systému se nacházejí struktury, v nichž se takříkajíc tvoří a ukládá vzpomínka na někdejší hormonální stav individua, která nadále spoluutváří jeho sexuální chování.

Předpokládá se, že tyto jemné anatomické pohlavní rozdíly, které se po narození ještě dále diferencují, se ve specifických mozkových strukturách utvořily v průběhu tisíciletí fylogenetického vývoje jako následek trvale odlišných zkušeností jedinců ženského a mužského pohlaví.

Ještě po narození dochází k další pohlavní diferenciaci jak tělesné, tak psychické. Rozhodujícími faktory diferenciaci pohlavní identity na mužskou a ženskou jsou nicméně faktory biologické. Zásadní význam mají vnější pohlavní genitálie novorozence: na základě dojmu zdravotního personálu je určeno biologické pohlaví dítěte. Takto přisouzené pohlaví určuje směr, jimž se nadále bude ubírat jeho výchova. Dnešní názor je ten, že převážná část psychosexuálního vývoje probíhá teprve po narození, a to díky procesům, které bychom mohli opsat pojmy jako učení, výchova a ovlivňování (KARSTEN, 2006).

Pro rozvoj psychických vlastností jsou nejvýznamnější sociokulturní vlivy. Představují soubor podnětů, které obvykle působí v rámci sociální interakce. Jde o tzv. proces socializace, rozvíjející takové vlastnosti a kompetence, které umožňují postupnou integraci jedince do určité společnosti. Výše popsané biologické odlišnosti vstupují do interakce s faktory sociokulturními, které mají velmi silný vliv na formující se osobnost. Mužským a ženským rolím se učíme v procesu socializace, kdy nás ovlivňuje především rodina, společenství, kultura, ale i sdělovací prostředky. Klíčovým pojmem v socializaci se stává slovo gender (mluvnický rod), který poukazuje na to, že „běžné“ uznávané rozdíly mezi muži a ženami jsou výtvořem dané kultury. Vypovídá o tom, jak se dítě s biologickým pohlavím chlapce či dívky v dané kultuře jako chlapec či dívka chová a jak se k nim jako takovým vztahuje okolí. Mužství nebo ženství je považováno za biologický fakt, se kterým se rodíme, je nezpochybnitelné, není konstruováno, další vývoj je stavěn na něm. Z toho plynou požadavky sociálního okolí a společnosti na jedince, očekávání a povinnosti, kterým má dostát. Po narození je dítěti „přidělena“ genderová role a nikdo se ho neptá, jestli je s ní spokojeno. V současném pojetí mužství a ženství se sociologie snaží oddělit nepochybné (pohlaví) od zpochybnitelného (genderu) (BAŠTECKÁ; GOLDMANN, 2001).

Ke zvýraznění některých rozdílů mezi chlapci a dívkami nesporně značně přispívá socializační tlak. Tento tlak začíná působit od okamžiku narození, dítě je

od počátku jinak popisováno i vedeno. Chlapcům se dostává obecně více pohybové a dívkám naopak více řečové stimulace. Stejný projev dítěte je okolím interpretováno odlišně v závislosti na pohlaví – např. pláč chlapce je častěji chápán jako projev vzteku, kdežto pláč dívky jako výraz strachu, a to i tehdy, když jde o tentýž projev téhož dítěte. Rodiče vybírají chlapcům „chlapecké“, agresivnější hračky a dívkám dávají panenky a kočárky (LANGMEIER; KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Vnímání rozdílů mezi pohlavími začíná již u dětí kolem druhého roku věku a je téměř určitě nevědomé. Ze svého okolí dostává řadu signálů a neverbálních projevů ženskosti a mužskosti (chování otce a matky, rozdíly v oblékání a chování, holčičí a chlapecké hračky, obrázkové knížky atd.). Většina dětí ve čtyřech letech ví, že jejich pohlavní identita je trvalým znakem, a že se nemění. Později, ve věku, kdy jde dítě do školy, si dobře uvědomuje rozdíly mezi rolí chlapce a dívky. Ve školním věku přibývá další důležitý faktor socializace a to vliv vrstevníků. Party kamarádů ve škole a mimo ni jsou převážně čistě chlapecké nebo dívčí. V dospělosti již vnímáme pojetí ženské a mužské role, sexuální postoje a sklony jako něco samozřejmého. Ani si neuvědomujeme, že sami tyto rozdílné role vytváříme každodenně v sociálních interakcích. Těžko určíme, jestli jsou rozdíly mezi mužem a ženou dány biologicky (pohlavím) nebo sociálně (genderem), vzájemný vztah je velmi pravděpodobný a biologické je během vývoje umocňováno genderovými rozdíly. Ne všechny rozdíly, které považujeme za přirozené, přirozenými jsou a nemusí se týkat všech mužů a žen (RATISLAVOVÁ, 2008).

Vcelku se tedy dá uzavřít, že ve vývoji chlapců a dívek dnes nalzáme více shod než rozdílů. Pokud rozdíly skutečně existují, jsou spíše malé a jsou překrývány dalekosáhle diferencemi interindividuálními. Sociální praktiky jsou však proměnlivé a socializační postupy užívané v různých společnostech nejsou prostým odrazem něčeho, co by bylo biologicky nevyhnutelné, ale jsou výsledkem celého společenského vývoje – přenášeného z generace na generaci, ale přitom se i stále obměňují (LANGMEIER; KREJČÍŘOVÁ, 2006).

1.1 Fenomén emoce

Duševní život člověka tvoří funkční celek, uvědomovaný jako prožívání, jehož cílem je regulace chování. Z tohoto celku lze vyabstrahovat různé prožitkové modalit

a jednu z nich tvoří citění. Jednou ze zvláštností citění je jeho úzké spojení s motorikou, biochemickými změnami a vegetativními procesy. Jednota citění a těchto tělesných změn se označuje jako emoce. Emoce jsou psychickým prafenomémem, který má zásadní význam pro regulaci chování, neboť jsou podstatou jeho motivace (mají povahu pohnutek) i jeho organizace na základě individuálních zkušeností (učení). Určují vzorce apetencí a averzí, tedy toho, co nás přitahuje a co odpuzuje, toho, co bude naučeno, a co nikoli. Jako takové mají podstatný vliv na duševní život člověka, jemuž citění dává jedinečný zážitkový akcent.

Emoce tedy souvisí s celkem duševního dění člověka vůbec, jsou tedy více či méně uvědomovanou složkou, která bývala také označována celkem výstižně jako „hnutí mysli“. Neprožíváme-li nic významného, naše mysl je vcelku klidná, nevzrušená. Vzrušující, a tedy emociogenní mohou být ovšem nejen vnější situace, ale i vnitřní psychofyziologické stavy. Je tu tedy velká souvislost emocí s vegetativními procesy, a tedy souvislost emocí s celkovým stavem organismu. Psychologickou podstatou emocí jsou city, jejich zážitkové komponenty. Zatímco podstatou emocí je aktivace organismu, projevující se jako mobilizace energie pro adaptivní chování, podstatou citění je mobilizace celého psychického aparátu k adaptivnímu jednání.

Emoce jsou psychické procesy, v čase se odehrávající děje, více či méně dlouho trávající. V tomto smyslu se rozlišují psychické reakce a déletrávající stavy, kterými jsou v případě emocí nálady. Psychické procesy vystupující jako reakce jsou odpovědí individua na danou situaci, ale tato odpověď je determinována psychickým zpracováním této situace. Na něm se podílí nejen paměť, obsahující individuální zkušenosti, ale také vnitřní psychofyzické vybavení lidského individua tvoří strukturovaný a dynamický celek, který se nazývá osobnost, a který lze chápat jako systém dispozic, determinujících jeho psychické reakce, k nimž patří i „zpracování“ situace na úrovni kognitivní, emotivní a motivační (NAKONEČNÝ, 2000).

Osobností se rozumí osobitost, odlišnost jedince od jiných jedinců nebo také můžeme říci, že osobnost je člověk jako celek po stránce duševní. Psychické reakce jsou funkcí interakce mezi situací a osobností. Výsledkem této interakce je určitý psychický obraz situace, její subjektivní pojetí, které se projevuje tím, že různí lidé nacházející se v téže situaci na ni reagují různě (ŘÍČAN, 2007).

1.2 Pohlavní role

Stereotypy pohlavních rolí v naší společnosti přiřazují muži a ženě typické vlastnosti, které se často vzájemně doplňují jakožto protiklady. Určují naše očekávání vůči jednotlivým ženským a mužským jedincům i naše jednání vůči nim v konkrétních sociálních situacích. Nicméně v poslední době pozorujeme jisté vyrovnání stereotypů pohlavních rolí, které je součástí širšího procesu společenské proměny, přinášející zmírnění pohlavně specifické diskriminace (KARSTEN, 2006).

Společnost má odlišná očekávání ve vztahu k mužům a ženám a tím stimuluje vznik rozdílů i v jejich postojích. Od mužů se očekává nezávislost a dominance v rozhodování. To znamená rychlé a racionální řešení problémů. Od žen se očekává ohleduplnost a citlivost, počítá se s emocionálnější přístupem. Pro ženy jsou důležitější vztahy ke konkrétním lidem, k sociální skupině, jíž jsou součástí, a zodpovědnost, která z toho vyplývá. Ženy jsou mnohem méně orientovány na abstraktní spravedlnost a právo. Hlavním morálním dilematem dospělé ženy často bývá rozpor mezi vlastními potřebami a zodpovědností ve vztahu k jiným. Ženskou morálku lze chápat jako situačně senzitivní a flexibilní. Mužská morálka je ve větší míře situačně nezávislá. Ženská role se oproti tradičnímu pojetí stává více dominantní, samostatnější a nezávislejší. Z psychosociálního hlediska jde o symetrizaci mužské a ženské role, která ženám subjektivně slouží jako potvrzení jejich hodnot, což často bývá prezentováno jako emancipace. Pro muže nebylo spojeno vyrovnání pohlavních rolí s žádným zjevným ziskem. Tato sociální role pomohla přispět k jejich dezorientaci. Muž ztratil svou dříve formálně deklarovanou dominanci a společenskou pozici, přinejmenším na formální úrovni. Role muže není v současné době přesně sociálně vymezena stejně jako role ženy. Každý ji naplňuje podle svých představ a kompetencí (VÁGNEROVÁ, 2000).

Jednorozměrný model muže a ženy, podle něž se dá mužství a ženství pojmut v jediné dimenzi jako úsečka mezi pólem nejzazší maskulinity a pólem extrémní feminity, mezi nimiž je oblast víceméně neutrální, je ve společenských vědách zpochybňován a postupně nahrazován modelem dvojrozměrným nebo dualistickým, jehož základní teze zní: každá osoba může mít znaky jak maskulinní, tak femininní, nezávisle na svém biologickém pohlaví.

Na základě rozlišení dvou dimenzí byly určeny čtyři psychologické osobnostní typy nezávislé na biologickém pohlaví, s jakými se v našem kulturním prostoru setkáváme:

- a) maskulinní typy (s převládajícím podílem maskulinních vlastností);
 - b) androgynní typy (s nadprůměrně vysokým podílem maskulinních i femininních vlastností);
 - c) nediferencované typy (s podprůměrně nízkým podílem maskulinních i femininních vlastností);
 - d) femininní typ (s převládajícím podílem femininních vlastností)
- (KARSTEN, 2006).

1.3 Shrnutí

„Z dosavadních výkladů o vzniku a vývoji biologického a sociálního pohlaví je zřejmé, že existuje „normální“ cesta vývoje (totiž statisticky nejčastější). Je to cesta od genetického, tedy chromozomálně daného pohlaví přes hormonální pohlaví, které se utváří v prvních týdnech života zárodku, a přes vnitřní a vnější tělesné pohlaví ke konečné diferenciaci pohlavně specifických mozkových oblastí v hypotalamu a lymfatickém systému. Na těchto biologických základech pak staví procesy učení a výchovy, které od narození vytvářejí individuální a sociální pohlavní identitu jedince“ (KARSTEN, 2006, s. 26).

2 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství-porod-mateřství je biologicko-fyziologický cyklus a zároveň i složitý proces psychických změn, které zasahují duševní stav i osobnostní strukturu ženy. Těhotenství ovlivňuje celý organismus ženy a působí i na duševní život, který je propojen s rovinou sociálně společenskou. Těhotná žena tedy prochází radikálními změnami na všech úrovních své existence. Mění se hormonální hladiny, dochází k výrazným změnám ve tvaru těla, k posunu hmotnosti, k větší zátěži funkcí všech důležitých orgánů. Žena i její okolí jsou si vědomi brzké změny v sociální mikrostruktuře, kterou narození dítěte s sebou přinese. Z psychologického hlediska prochází žena krizovým obdobím, které je zkouškou její emoční zralosti, může být ale též příležitostí k ustavení nové, stabilnější rovnováhy po zvládnutí těhotenstvím otevřených problémů. (PEČENÁ, 1999).

Jinými slovy se dá říci, že těhotenství a porod jako zdárně vyřešená vývojová krize, vytváří v osobnosti ženy nový potenciál a vede k osobnostnímu růstu (RATISLAVOVÁ, 2008).

Existují různá pojetí psychologie těhotenství, např. Fedor-Freybergh chápe těhotenství jako aktivní dialog mezi matkou a dítětem. Tento dialog je pak rozšířený přes dialog mezi matkou a otcem dítěte na psychosociální prostředí. Podle něj představuje prenatální zkušenost pro dítě velmi významný proces učení, které je všeobecnou podmínkou pro přežití, protože umožňuje organismu přizpůsobit se, adaptovat se na nové a měnící se podmínky. Kreativní a intuitivní prožívání těhotenství může ovlivnit postnatální osobnost dítěte ve smyslu pozitivní či negativní důvěry ve svět.

Zatímco dynamická psychologie spatřuje úkol těhotenství ženy v integraci dítěte do vlastního Já a nakonec jeho odloučení. Na všech těchto úrovních může nastat problém, který modifikuje prožívání žen od nejšťastnějších pocitů až po těžce depresivní až bezvýchodné stavy. Dynamická psychologie udává v graviditě zvýšenou zranitelnost Ega ženy a jeho regresi na nižší vývojová stadia. Tzn., že se během těhotenství ještě jednou rekapitulují stadia vývoje libida a předchozí fixace se ještě

jednou opakují. Proto ženy s nevyřešenými konflikty se během těhotenství stávají úzkostnými. Jakmile nemá žena rozvinuté a stabilně ohraničené Já, může přijetí dítěte do vlastního Já ovlivnit starý strach ze splynutí, závislosti a tím ze ztráty vlastního Já. Je-li tato ambivalence ve vztahu k vlastní matce zvláště silně vyjádřena, může přijetí plodu ve vlastním těle vyvolat nesnesitelné napětí (PEČENÁ, 1999).

2.1 Somatické pozadí psychických změn v těhotenství

V těhotenství se mění funkce prakticky všech orgánů a mozek není výjimkou. Některé změny v této oblasti souvisí zřejmě přímo se změnami hormonálních hladin. Změny organismu v těhotenství vedou ke zvýšené nervozitě, předrážděnosti, neadekvátním reakcím na stresující situace. Může docházet k poruchám spánku, plačtivosti, depresím i zvýšené agresivitě. Což zhoršuje výskyt somatických obtíží jako je nevolnost, zvracení, pálení žáhy, otoky, varixy dolních končetin, bolest zad, dušnost, obtíže s dýcháním a omezená pohyblivost (ČECH, 2006).

Tělesné změny provázející graviditu jsou přijímány vesměs negativně, a to bez ohledu na stupeň spokojenosti s vlastním tělem před otěhotněním. Záleží i na postoji k těhotenství. Je-li pozitivní, pak ženy alespoň na počátku gravidity udávají hrdost na těhotenský vzhled a vyjadřují pocity ženskosti a pýchy. Ale ve třetím trimestru i zde převládá nespokojenost. Hlavním faktorem, který se na tom podílí, je zvětšující se objem břicha. Objevují se obavy z váhového přírůstku a ze ztráty kontroly nad vlastním tělem. S pokračováním těhotenství rozdíl mezi reálnou a vnímanou velikostí těla mizí, což ukazuje na pozitivní adaptaci. Pokud byl postoj k těhotenství od počátku ambivalentní nebo negativní, je na tělesné změny od začátku negativní reakce a později i malé změny (strie, růst prsů) vedou k obavám z poškození těla a ztráty sexuální atraktivnosti. Endokrinní změny v těhotenství jsou ohromné a jistě se podílejí jak na změnách nálady, tak na změnách psychofyzických ukazatelů (TĚHOTENSTVÍ, 2004).

Stejně jako při menstruaci, tak i v těhotenství a při porodu souvisí tělesné a psychické změny se změnami v endokrinním systému, které jsou dramatické. Během těhotenství produkuje organismus ženy estrogeny a progesteron, jejichž sekrece v průběhu těhotenství silně stoupá. Estrogen působí mimo jiné na změkčení některých tkání, pozitivním důsledkem je příprava porodních cest na porod a negativním mohou

být křečové žíly a bolesti zad. Progesteron uvolňuje některé svaly, zabraňuje předčasnému porodu, rozšiřuje krevní cévy a snižuje krevní tlak, což může mít za následek mdloby. Zpomaluje činnost trávicího ústrojí, zvyšuje tělesnou teplotu, ovlivňuje nálady, zrychluje dýchání a může přispívat k žaludeční nevolnosti. HCG (choriongonadotropin) je secernován ve velkém množství hned na začátku těhotenství a HCS (somatomotropin), který ovlivňuje rozvoj mléčné žlázy, během těhotenství kontinuálně zvyšuje svojí koncentraci. Hormony samy mohou ovlivnit psychiku těhotné ženy svým vlivem na aktivitu a metabolismus mozkových neurotransmiterů (RATISLAVOVÁ, 2008).

2.2 Sociální pozadí psychických změn v těhotenství

Jen málo žen přistupuje k těhotenství zcela bez starostí. První obavou je nejistota, jak partner přijme těhotenství. Psychické obtíže jsou přímo úměrné nestálosti partnerského vztahu a plánovanosti gravidity. Míra stresu je ovlivněna osobností a charakterem obou partnerů, jejich věkem i skutečností, zda jde o manželský vztah. Úzkost a obavy snižuje dostatek informací o těhotenství, porodu i mezilidských vztazích (ČECH, 2006).

Těhotenství představuje nový faktor v partnerském vztahu a jsou anticipovány ještě výraznější změny po porodu. Tyto změny jsou větší u prvorodiček. Jak těhotenství pokračuje, přibývá potřeby pozornosti ze strany manžela, rodiny a přátel. Už při malých náznacích odmítnutí vznikají pocity poranění a strachu. V průběhu gravidity je těhotná žena stále více zaměřena na sebe samu a na plod, manžel může mít pocit, že je zanedbáván, což pak je příčinou manželských konfliktů a rozvatů během gravidity. Manželské soužití je ovlivněno i změnou sexuální aktivity těhotné ženy; vztah sexuálních a partnerských problémů v těhotenství je ovšem oboustranný.

V těhotenství stoupá vliv matky a širší rodiny. Vztah mezi matkou a dcerou se mění a těhotné nezřídka „opakují“ těhotenství své matky, rodí ve stejném věku a v den, který je blízko jejich vlastních narozenin, případně se pokoušejí rodit ve stejné porodnici. Během těhotenství se mění ekonomická situace rodiny a anticipují se její změny po porodu. Opakovaně a na různých populacích bylo ukázáno, že cca 70 % těhotenských úzkostí souvisí s ekonomickými faktory (TĚHOTENSTVÍ, 2004).

2.3 Emoční změny v těhotenství

Z pohledu psychologie osobnosti představuje těhotenství významnou vývojovou krizi. Oživuje starší psychické konflikty, které doposud nebyly řešeny, ale na druhé straně přináší potenciál pro jejich řešení a pro další psychický růst. U těhotných žen se běžně nacházejí stavy, které by byly v netěhotné populaci označovány za patologické - vysoká hladina úzkosti, deprese, utrápenost, náladovost, poruchy kognitivní funkce a magické myšlení (PEČENÁ, 1999).

V oblasti emočních změn se během gravidity udává zvýšená přecitlivělost, podrážděnost, stísněnost, úzkost, jindy naopak zlepšení nálady, naděje, radost. Negativní emoce (deprese, která převládá spíše na začátku těhotenství, úzkost převládající spíše na konci těhotenství) jsou však daleko častější. Některé ženy mají sklon umísťovat úzkost na plod, jiné ji lokalizují spíše na sebe. Kromě úzkostí nejsou v těhotenství vzácné ani fobie - strach ze své smrti při porodu, ze smrti dítěte, z defektního dítěte či nemoci. Více postiženy jsou multipary a zvláště ženy s reprodukčním neúspěchem v předcházející graviditě (TĚHOTENSTVÍ, 2004).

2.3.1 Deprese

Deprese určitou mírou souvisí s hormonálními změnami v tomto období, ale je málo častá u žen s pozitivním přístupem k věci (ČEPICKÝ, 1992).

Z psychologických faktorů bylo udáno, že u žen s pozitivním postojem k těhotenství je deprese méně častá, a že při těhotenské depresi je častější úmrtí rodičů nebo odloučení od nich v dětství. Deprese je také častější u žen s nižším socioekonomickým statutem nebo při ekonomických problémech. Těhotenská deprese koreluje s nízkým váhovým přírůstkem, kouřením, abúzem alkoholu a kokainu (TĚHOTENSTVÍ, 2004).

2.3.2 Úzkost

Úzkost se vyhne málokteré těhotné. Některé ženy ji zaměřují na plod, jiné spíše na sebe. Úzkost těhotných má dvě hlavní složky, z nichž jedna obvykle převládá. Jedna se týká průběhu těhotenství (např. obavy o zdraví plodu nebo o sebe sama), druhá se týká otázek poporodní péče o dítě a jeho výchovu (např. obavy z role matky). Úzkost

je nejvýraznější na začátku a na konci těhotenství, uprostřed je období relativní stability. Na rozdíl od deprese je těhotenská úzkost podmíněna především psychogenně (ČEPICKÝ, 1992).

U žen s vyšší úzkostí byl nalezen vyšší výskyt životních událostí, horší ekonomické zajištění, nižší vzdělání, bydlení ve stejném městě jako původní rodina. Zvláštní je zřejmě význam socioekonomických faktorů, který dokládají studie na různých populacích a v různých dobách. Hormonální změny se na vzniku těhotenské úzkosti zřejmě nepodílejí (fakticky bychom spíš očekávali, že by měly vést k jejímu poklesu) (TĚHOTENSTVÍ, 2004).

2.3.3 Neuroticismus

V těhotenství se rovněž udává vyšší výskyt neurotických příznaků. Změny hladiny neuroticismu však různí autoři popisují různě, což patrně souvisí s použitým dotazníkem. Právě dotazníky neuroticismu se v těhotenství jeví značně pochybné, protože jejich otázky se ve značném procentu týkají tělesných symptomů, které jsou v těhotenství pokládány za fyziologické – nevolnost, nechutenství, ospalost, únava, citlivější reakce na vůně a pachy (ČEPICKÝ, 1992).

2.3.4 Benigní těhotenská encefalopatie

Benigní těhotenská encefalopatie je soubor příznaků jako je zapomnětlivost, dezorientace, zmatenost. Postihuje téměř polovinu těhotných žen. Příznaky jsou však mírné a obvykle se dají snadno kompenzovat. Po porodu spontánně ustupují. Termín pochází od Posera, který pro vědu objevil poruchu kognitivních funkcí u těhotných žen v roce 1986 – lidová zkušenost ji ovšem zná dávno. Změny lze alespoň částečně vysvětlit větším sebezaujetím a menší pozorností vůči okolí. Negativní emoce jsou v těhotenství daleko častější, než pozitivní. Převládají asi u 90 % těhotných žen (ČEPICKÝ, 1992).

2.4 Emoce a jednotlivé trimestry

V prvním trimestru těhotenství se emoce těhotné ženy utvářejí na základě toho, jakým způsobem těhotenství přijme. Při diagnóze těhotenství se objevují pocity od prožitků vysloveného štěstí až po pocit, že se ženě hroučí celý život. U mnoha žen se

projevuje celá řada těhotenských potíží a podle toho, jak byly na těhotenství připraveny, mohou tyto potíže prožívat. Buď je berou jako přirozené a nepřekvapuje je jejich intenzita nebo je na druhé straně mohou prožívat jako nesnesitelné v obavách, že je budou provázet celé těhotenství. Těhotné ženy jsou velmi citlivé na to, jak jejich partner reaguje na prožívání potíží, do jaké míry a jakým způsobem se snaží pomoci s jejich překonáváním. Ženy v tomto období prožívají řadu obav, aby své dítě nepotratile, aby ne onemocněly nějakou virovou chorobou a důsledky neublížily dítěti. Normální těhotná žena sleduje svůj zdravotní stav, který pravidelně konzultuje s lékařem prostřednictvím prenatalní poradny a bedlivě sleduje i stav a vývojové změny dítěte. Zajímá se o průběh svého těhotenství prostřednictvím poradny, literatury, začíná se zajímat o možnosti prenatalních kurzů. Už na první ultrazvukové vyšetření má zájem vzít partnera s sebou, aby měl pocit, že je plně začleněn do děje, a že se takto může přiblížit svému dítěti a lépe si zvyknout na budoucí roli otce. Žena obvykle oceňuje partnerův zájem a cítí se i lépe v neznámém prostředí (PEČENÁ, 1999).

Druhý trimestr se z hlediska emocí považuje za nejstabilnější část těhotenství. Je to období od počátku pohybů plodu (18.–19. t.t.) do asi 34. týdne gravidity. To, že žena zřetelně přibývá na váze a může vidět své dítě na ultrazvukovém vyšetření, je jedním z důvodů, že se ambivalentní pocity z těhotenství často mění v pocity pozitivní. Čím více je gravidita starší, tím více žen udává, že těhotenství bylo chtěné. Tehdy si většinou plně uvědomuje existenci plodu jako nezávislé bytosti. Hlavním úkolem tohoto období je diferenciaci dítěte od sebe a přijetí reality přicházejícího nového jedince. Matka cítí pohyby dítěte a lze říci, že se od této doby vztah k vyvíjejícímu se plodu individualizuje. Vztah matky a dítěte má tedy před porodem dvě vrstvy. Jednu obecnou, postojovou, danou osobností matky a její dosavadní životní zkušeností a druhou individuální, vytvořenou zkušeností nynějšího soužití s plodem během těhotenství. Matka začíná s plodem komunikovat, vyhledává těhotenské aktivity, cvičení, předporodní kurzy a nejrůznější komunity matek nebo těhotných žen. Těhotná často vyplňuje nejistotu ohledně pohlaví a vzhledu dítěte fantaziemi, objevují se sny o nenarozeném dítěti a magické myšlení. Tato fáze těhotenství přináší především pozitivní zážitky, ovšem jen tehdy pokud je těhotenství bez potíží a těhotná žena není zatížena negativní zkušeností s předešlým těhotenstvím. Toto období je charakteristické hormonální stabilitou a také již proběhlým smířením se ženy s těhotenstvím, často se

proto vyznačuje klidem a harmonií. Ženy jsou obvykle hrdé na své těhotenství a těší se, že brzy budou matkami (RATISLAVOVÁ, 2008).

Závěrečné období těhotenství, tedy třetí trimestr, je typický „stavěním hnízda“, kdy žena zařizuje prostředí pro dítě, nakupuje vybavičku a připravuje se na porod. Toto období je opět emočně náročnější. Jestliže je první trimestr těhotenství považován za období citové rozladěnosti, musí se tento trimestr označit také tak. Tentokrát však hladiny hormonů nekolísají kvůli začátku a udržení těhotenství, ale už se připravují k porodu. Dobrou náladu a těšení se na dítě střídá propad do skleslé nálady a strach z mateřské role. Žena před porodem cítí, že ať podnikne cokoli, porodu se nevyhne. Připadá si opuštěná a nepochopená. Tyto změny nálad lze vysvětlit změnou hladiny hormonů v těle, neboť ke konci těhotenství jejich množství silně stoupá (STADELMANN, 2001).

V prožívání pozdního těhotenství a období kolem porodu stoupá pohotovost k úzkostným stavům a strachu. Zvláště snová aktivita je nabita scénami z porodu. Ženy se nejčastěji obávají, aby předčasně neporodily, aby jejich dítě bylo zcela zdravé. Celá řada obav se týká vlastního porodu: průběh porodu, kontakt s personálem, pobyt na porodnickém oddělení, zdravotní a psychický stav po porodu (PEČENÁ, 1999).

Přesto v posledních dnech těhotenství si žena již přeje porodit, protože fyzické nepohodlí dosahuje vrcholu. Přichází únava z trvalého strachu a chuť už to mít všechno za sebou. Dlouhé „přenášení“ v sobě zahrnuje další hrozbu, a proto porod se jeví jako příznivější alternativa aktuální situace. Většina žen se v tomto období cítí velmi zranitelná a možná i závislá na někom jiném. Potřeba vědomí, že za nimi někdo stojí, je nesmírně veliká. Velikost břicha může vyvolat pocity nemotornosti a nepřítažlivosti. Ženy v závěru těhotenství hůře spí, často je provázejí předčasné stahy a v neposlední řadě vzrůstá touha uvidět a dotýkat se dítěte, které zatím zná jen díky pohybům a díky své fantazii (RATISLAVOVÁ, 2008).

2.5 Těhotenství a zlé sny

Po celou dobu těhotenství je důležitý dobrý spánek, což je také jeden z příznaků dobré fyzické a psychické adaptace v těhotenství. Potřeba spánku je u těhotných žen zvýšená, měly by spát alespoň 8 hodin denně, podle možností nejméně jednu hodinu během dne. Poruchy spánku, zejména nesnadné usínání, nejsou při pravidelném

průběhu těhotenství příliš časté, mohou ale nastat v posledních měsících. Jsou vyvolány pohyby plodu, pocity nepohodlí ze zvětšeného břicha anebo sny (MACKŮ; MACKŮ, 1998).

K těhotenství intenzivní sny patří. Představují most mezi vědomou a nevědomou rovinou našeho myšlení. Pomáhají uvolnit nadměrné napětí, nabízejí nové možné pohledy i řešení situací. Slouží mozku jako očistný filtr a pomáhají zpracovat, na co při všedním ruchu není čas nebo co je nevědomky zatlačováno mimo hranice přímého uvažování. U těhotných žen jde obvykle o nové pocity spojené s přicházejícím mateřstvím, o strach z porodních útrap a o obavy z možného poškození či postižení dítěte. Lze se domnívat, že kromě vnitřních pnutí jsou zlé sny podporovány i fyzickým nepohodlím z nadváhy v posledních měsících před porodem. Pohyb, relaxace, vhodné masáže a lehká strava tak přispívají k příjemnějšímu spánku bez nočních můr. Pokud dojde k tomu, že těhotnou ženu zlé sny začnou obtěžovat nebo ji zneklidňují, je na místě poradit se s psychologem či psychiatrem, kteří pravděpodobně nabídnou, že se sny je možné pracovat. Běžné těhotenské úzkosti i zlé sny pomáhají zpracovat také kvalitní předporodní kurzy (LABUSOVÁ, 2009).

2.6 Shrnutí

Průběh těhotenství každou ženu zcela určitě celou pohltí. Ale toto přílišné zaměření na sebe se může přenést i na její plod. Je mnoho žen, které po porodu ztratily zájem o všechno: vzdaly se svého talentu, a dokonce i své osobnosti. Takto přehnaná péče není ovšem vůbec nutná. Není to dokonce ani záruka toho, že jsou dobrou matkou nebo že se jí stanou. Proto je tak důležité zaměřit se na sebe a své tělo, své myšlenky a pocity např. při cvičení jógy. Kahlil Gibran říká: „Vaše děti nejsou vaše. Jsou to synové a dcery toužící po svém vlastním životě. Procházejí vámi, ale nejsou vaše, a i když jsou s vámi nepatří vám“ (WIDDOWSON, 2004).

3 PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE

Prenatální psychologie je relativně nový interdisciplinární vědecký obor. Důležité je zdůraznění interdisciplinárního charakteru, který umožňuje, že různé vědecké obory jako je medicína, psychologie, antropologie, etologie, sociologie, filozofie a jiné, se potkávají, nacházejí společný jazyk a procházejí procesem vzájemného plodného a kreativního ovlivňování. Prenatální a s ní i perinatální psychologie a medicína může sloužit současně jako „psychosomatický“ model zdůrazňující nedělitelnost „psychologických“ a „tělesných“ procesů v nedělitelném kontinuu lidského života od jeho prvních počátků (FEDOR-FREYBERGH, 2000).

Prenatální psychologie se zabývá širokými souvislostmi prenatálního života, vlivů emocí matky na plod, prožívání během těhotenství, sociálních vazeb a také tím, jak to všechno působí na další vývoj a život člověka, potažmo světa. Dnes je již zřejmé, že psychický vývoj dítěte začíná už v období intrauterinního života. Toto období se stalo hlavním zájmem prenatální psychologie, její rozvoj a výzkumy umožnila především moderní technika, umožňující registrovat aktivitu a reakce plodu prenatálně (RATISLAVOVÁ, 2008).

V období prenatální vývoje lidského plodu se vytvářejí všechny orgánové systémy, jde tedy především o biologický vývoj. Avšak objevují se i první jednoduché psychické reakce, plod je schopen s matkou určitým způsobem komunikovat a dovede se chovat rozdílným způsobem, když na něj působí různé podněty. Je schopen jednoduchého učení, to znamená, že již v této vývojové fázi získává první zkušenosti. Plod je velice brzy aktivním organismem, který je schopen nejjednodušších forem učení, a jeho projevy jsou již v této době individuálně specifické. Plod dovede diferencovaně reagovat na různé smyslové podněty, především taktilně - kinestetické a sluchové. Pro rozvoj plodu je důležité spojení s mateřským organismem. Komplexní interakce mezi matkou a plodem se postupně rozvíjí. V prenatálním období se vytvářejí všechny potřebné předpoklady pro budoucí samostatný život plodu. Významným výsledkem komplexní prenatální zkušeností je určitý bazální pocit bezpečí, jehož rozvoj postnatálně pokračuje především ve vazbě na matku (VÁGNEROVÁ, 2000).

3.1 Propojení plodu s matkou

V těhotenství nastává u matky řada metabolických a hormonálních změn, které zajišťují dostatečný přívod kyslíku, živin a hormonů k produktu koncepce (embryo, plod). Na druhé straně embryo, a později plod, podává prostřednictvím hormonů a jiných látek informace matce o svém vývoji. Plod má pravděpodobně rozhodující význam při řízení dějů souvisejících s těhotenstvím a dává signál k zahájení porodu. Nelze také zapomenout na důležitou úlohu placenty v těchto procesech. Endokrinní systém matky, plodu a placenty jsou v těsném vztahu a vzájemně se doplňují (ŽIVNÝ et al., 2002).

Vzhledem k tomu se jakákoliv změna ve vnitřním prostředí organismu matky projeví i v organismu plodu. Tímto způsobem se přenáší např. signál intenzivní emoční reakce matky na plod. Proto může plod trpět stresem matky. Děje se tak pomocí metabolických, např. hormonálních, změn v krvi, která prochází placentou a je hlavním komunikačním kanálem mezi matkou a plodem. Dalšími možnostmi jsou pohybové a tlakové změny, zvukové podněty apod. Plod slyší zvuky z vnitřního i vnějšího prostředí, modifikované amniovou tekutinou, v níž žije. Za těchto okolností se mohou jevit trochu jinak než později, kdy jsou přenášeny vzduchem (VÁGNEROVÁ, 2000).

Plod je velmi brzy připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a pro interakci se zevním světem po narození. Už na konci druhého měsíce, kdy embryo dosáhlo délky 25 mm a kdy se vytvořil základ všech svalových skupin, lze pozorovat reakce ve formě drobných záškubů nebo jemných kontrakcí (i když svaly ještě nejsou napojeny na nervový systém). Na začátku fetálního vývoje plod již spontánně hýbe horními i dolními končetinami, otáčí hlavičku, vráští čelo, otvírá a zavírá ústa a brzy se objevují náznaky úchopových pohybů (i když matka pohyby plodu ještě dlouho nevnímá). V devíti týdnech lze již registrovat bioelektrickou aktivitu mozku na EEG, zprvu nerozlišenou, od pátého měsíce se na záznamu začíná postupně lišit spánkový a bdělý stav. Záhy reaguje plod i na podněty zvukové, vizuální (na bleskové světlo procházející břišní stěnou matky), na tlak i na bolest. Ve věku šesti měsíců po početí reaguje dítě na řadu akustických podnětů, brzy potom začíná odlišovat zvuky lidské řeči od jiných zvuků a ke konci těhotenství velmi pravděpodobně již rozlišuje hlas své matky i s jeho různými emocionálními odstíny. Doléhající podněty plod dále zpracovává a dokáže si je alespoň krátkodobě pamatovat. Schopnost habituace

(znamená úbytek reakce na opakování téhož podnětu, ale ne na odlišný podnět, nejde tedy o prostou únavu) na zvuk a na vibrace je prokázána od 22. týdne těhotenství a s věkem zvolna vzrůstá. Tuto schopnost lze pak dobře použít i ke zjišťování dovedností vnímání a rozlišování různých podnětů plodem. Dítě je např. schopné rozlišit slabiky lidské řeči (např. „bibi“ od „baba“) ve 35. týdnu těhotenství, ale ještě je nerozliší ve 27. týdnu. Schopnost habituace přitom závisí na aktuálním stavu CNS plodu a zhoršuje se např. při nedostatku kyslíku u matky či podávání některých léků matce. Plod v průběhu těhotenství ovšem zažívá také řadu více či méně nepříjemných pocitů a aktivně reaguje na negativní podněty (např. na neobvyklé a nepříjemné zvuky z hlučného prostředí, nepříjemné pohybové omezení při změnách polohy matky, nedostatku kyslíku, je-li matka v dusném prostředí apod.). Představa některých psychoanalytiků, že plod před narozením žije v blaženém stavu, kdy jsou všechny jeho potřeby automaticky uspokojovány a netrpí žádnými nepříjemnostmi, které na něho padnou teprve po narození, je tedy absolutně nepotvrzená (LANGMEIER; KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Kateřina Ratislavová ve své knížce „Aplikovaná psychologie porodnictví“ uvádí, že „v roce 1981 kanadský psycholog Dr. Thomas Verny publikoval „Tajný život nenarozeného dítěte“ a poskytl přesvědčivou dokumentaci porodních a předporodních vzpomínek dětí a dospělých, tvrdil, že to, co se děje od doby početí k okamžiku porodu, formuje naši osobnost, životní cíle a názory“ (2008, s. 24).

Průběh prenatalního vývoje má značný význam, protože vytváří předpoklad pro další, postnatální vývojové změny. Prenatální vývoj přechází plynule v postnatální fázi, která je jeho pokračováním, i když z hlediska rozvoje psychiky mnohem intenzivnějším a diferencovanějším. Interakce matky a plodu začíná již v prenatalní fázi. Mezi matkou a dítětem se v této fázi vytvoří určitý komunikační systém, v němž je podíl matky bohatší a diferencovanější. Ale i dítě je v této komunikaci aktivním účastníkem. Reaguje na různé podněty specifickým způsobem, a tím podává informaci o svých pocitech, resp. potřebách.

T. Verny (1993) rozlišuje 3 druhy komunikace mezi matkou a plodem, které se navzájem prolínají a mnohé informace se přenášejí více jak jedním způsobem:

- a) fyziologický způsob komunikace, jež zprostředkovává krev procházející placentou. V ní mohou být obsažené různé látky, např. krevní cukr či adrenalin, které putují z mateřského organismu do organismu plodu a nějakým způsobem jej ovlivňují;
- b) smyslová komunikace, kde plod reaguje na některé smyslové podněty, např. masírování břicha, změnu polohy či mateřský hlas;
- c) emoční a racionální postoj matky k plodu. Jeho komunikační význam spočívá v tom, že matka na plod soustředí svou pozornost, uvažuje o něm, prožívá určitým způsobem jeho existenci.

Vazba, která se rozvíjí mezi matkou a dítětem po narození, je nepochybně pokračováním vztahu vytvořeného v prenatálním období. V době narození má postoj matky k dítěti určité charakteristické rysy. Její přijetí novorozence je v mnoha směrech dáno průběhem těhotenství a spoluvytvářeno chováním plodu (VÁGNEROVÁ, 2000).

3.2 Různá pojetí prenatální psychologie

Dnes už je všeobecně známo, že negativní zkušenosti z prenatálního vývoje výrazně ovlivňují další vývoj člověka a mohou mít dlouhotrvající důsledky jak na tělesné, tak na psychické zdraví.

3.2.1 Pojetí Stanislava Grofa

Podle Stanislava Grofa¹ hraje období těhotenství ženy a dále pak způsob porodu jednu z nejdůležitějších rolí, která následně rozhoduje o osobnosti nově narozeného dítěte. Jeho nové teorie vývoje osobnosti jsou považovány za nejvýznamnější objevy psychologie v posledních desetiletích a přinášejí radikální důsledky pro řadu současných vědeckých teorií. Prenatální období není podle těchto teorií možné považovat za období, kdy dítě nevnímá, nebo vnímá nějakým omezeným způsobem. Právě naopak, dítě vnímá velice zostřeným způsobem úplně vše, co se za tuto dobu odehraje nejen v okolí matky, ale velice intenzivně vnímá i pocity své matky.

¹ slavný český psychiatr žijící v San Francisku, zabývající se výzkumem lidského vědomí

Na základě těchto nově zjištěných skutečností potom S. Grof² rozdělil období těhotenství na 4 tzv. porodní matrice (v překladu 4 okamžiky „vpečetění“):

1. MATRICE (od okamžiku početí do prvního porodního stahu) - Pokud se matka a její okolí na dítě těší a snaží se vytvořit ovzduší klidu, jistoty a bezpečí, narodí se dítě, které bude mít za všech životních okolností pocit, že si dokáže udržet pevnou půdu pod nohama. Je-li dítě nechtěné, zplozené neúmyslně např. pod vlivem alkoholu, drog apod., narodí se dítě, které bude mít i navzdory možným dobrým životním podmínkám pocit věčné vnitřní nejistoty. O této matici Grof mluví jako o „amniotickém vesmíru“, který se vztahuje k nitroděložní existenci před začátkem porodu. Podle něj si plod není vědom hranic nebo možností odlišit vnější od vnitřního a to se odráží v povaze zážitků spojených se znovuprožitím vzpomínek na prenatální stadium (GROF, 2007).

2. MATRICE (tzv. 1. doba porodní) - Tuto část porodu prožívá dítě jako bezvýhodnou situaci – děloha, která až dosud byla místem naprostého bezpečí na něj ze všech stran fyzicky tlačí, ale průchod není otevřen, takže není kam uniknout. Tato doba by za normálních okolností porodu měla skončit nejdéle po 12 hodinách a v takovém případě tato fáze porodu vybuduje u nově narozeného dítěte pocity životní odolnosti. Trvá-li ale tento stav déle, vede v dospělosti k tzv. endogenní (vnitřní) depresi – tedy opakující se stavy deprese bez jakékoliv zjevné příčiny. Klasická psychiatrie nemá žádné prostředky, které by tento stav dokázaly léčit.

3. MATRICE (od chvíle, kdy se porodní cesty otevřou) - Třetí fáze přináší dítěti úlevu, protože mu umožní aktivně se posouvat a tím uniknout bolestivým děložním stahům. V případě, že tato fáze probíhá normálním způsobem, dítě, které se narodí, bude mít velkou životní sílu a pocit vlastní duševní pevnosti. Špatný (nefyzilogický) průběh může mít za následek nejrůznější psychosomatické potíže v zažívání, koktavost a sexuální agresivitu v dospělosti (ŽIŽKOVÁ, 2009).

²Stanislav Grof se stal průkopníkem v oblasti porodního traumatu, který spojil tuto oblast s duchovním rozměrem a stal se zakladatelem transpersonální psychologie. Výzkumem v této oblasti strávil 40. let, z toho polovinu se zabýval terapií s použitím psychedelických látek (převážně LSD), nejprve v Československu ve výzkumném ústavu psychiatrickém a později ve Spojených státech v Marylandském středisku psychiatrického výzkumu, také vedl program státního výzkumu psychedelických látek v USA. To vše ještě za doby, kdy experimenty s těmito látkami byly v rámci výzkumu povoleny. Od roku 1975 pracuje na technice holotropního dýchání, kterou vyvinul se svou ženou Christinou. Je to vysoce účinná metoda léčení a zkoumání vlastního nevědomí.

4. MATRICE (od okamžiku narození do přestřížení pupečnickové šňůry) - Poslední okamžik porodu a první okamžik života je dán smyslovými vjemy novorozence. Největší vliv má např. tlumené osvětlení oproti jasnému světlu operačního sálu, tiché a klidné hlasy matky a otce oproti hluku a zmatku cizího, neznámého prostředí a spousty cizích osob, přiložení dítěte okamžitě po porodu na matčino tělo a co nejpozdější přestřížení pupeční šňůry oproti odebrání dítěte cizím člověkem. Tato fáze v dospělosti odpovídá pocitům přijetí sebe sama. Proběhne-li v klidném a láskyplném prostředí, člověk bude umět nést odpovědnost za své činy, v opačném případě vede ke vzniku pasivního jednání a pocitům sklíčené odevzdanosti (KOLÁŘOVÁ, 2008).

3.2.2 Pojetí Terence Dowlinga

Dr. Dowling³ rozděluje rané údobí člověka stran vlivu na jeho pozdější zdraví, na čtyři etapy – předporodní, porodní, poporodní a předškolní. V případě potíží v pozdějším věku pak hledá, ve kterém z těchto údobí problematické skutečnosti nastaly, což je první důležitý krok k jejich následnému řešení. Přestože je možné předchozí negativní zážitky z období těhotenství a porodu potlačit a obtížně se vybavují, nemizí z podvědomí úplně. Stresy během těhotenství a traumata během porodu mohou mít zásadní vliv na vývoj osobnosti dítěte a na problémy v dospělosti. Již první dny od početí jsou velice rozhodující, zda bude umožněno působení cytokinů v těle matky nebo ne, jak je tomu při oplodnění in vitro. Předpokládá se, že tato ochrana cytokiny je právě tak důležitá, jako správná genetická výbava. Dr. Dowling zdůrazňuje, že je velice důležité, aby nastávající maminky prožily těhotenství opravdu v klidu a bez stresu. Takto je také potřeba nahlížet na velké množství různých vyšetření v těhotenství, která sama o sobě se mohou stát velkou zátěží pro matku a dítě. Stres v těhotenství může mít vliv i na bolestivost při porodu. Stejným způsobem jako stres působí na dítě nikotin, drogy a alkohol.

Nicméně podle Dr. Dowlinga dobrá a láskyplná péče v poporodním období a v období předškolního věku do značné míry nebo dokonce úplně napravuje traumata vzniklá v obdobích předchozích. Nejsilnější vazba s matkou trvá prvních devět měsíců po porodu, kdy dítě nutně potřebuje převážnou péči jedné osoby, a tou nejčastěji matka

³Terence Dowling, M.A. PhB. B.A., lékař, psychoterapeut, zakladatel Institutu prenatální psychologie v Heidelbergu.

bývá. Opakovaně také zdůrazňuje, že i když vzniknou důvody k ovlivnění dítěte stresem např. z prenatálního období, může mnohé zachránit láskyplné prostředí v obdobích následujících, kdy dítě prožívá dětství plné lásky a přijetí (LÁZNIČKOVÁ, 2007).

3.3 Vztahy k prenatálnímu dítěti

Dítě uschované v děloze je bohatě zásobeno vjemy - jsou tu zvuky vlastního matčina těla, zvuky vnějšího světa, pohyb doprovázející každou matčinu činnost a neustálý kontakt s kolem dokola ho obklopující a podpírající děložní stěnou. Hnutí mysli matky nachází svůj fyziologický odraz v jejím těle a dítě ho v jejich důvěrném spojení zakouší spolu s ní. Stresové hormony, které vylévají matčiny nadledvinky při rozčilení a psychické zátěži, dostihnou i prenatální dítě. Pokud se matce podaří zátěž zvládnout a prožívá pocit uspokojení, získává i dítě neocenitelnou zkušenost s tím jak chemie těla umí vyrovnávat předchozí náročnost. Prenatální dítě je aktivním partnerem v těhotenství, a to nejen partnerem ve funkcích fyziologických, ale i psychologických a sociálních. Z toho vyplývá i poměrně rozpracovaný systém vzájemné komunikace mezi matkou a dítětem. Např. komunikace hudbou, komunikace dotykem a komunikace řečí a zpěvem (PEČENÁ, 1999).

Je důležité si uvědomit, že těhotná žena (a také pochopitelně otec) není jen pasivní nositelkou nebo přijímačem rostoucího plodu, ale velice aktivním účastníkem vzájemného psychobiologického dialogu. Je nutno přiznat těhotné ženě kompetenci velkých kreativních možností pro sebe i pro dítě v průběhu těhotenství a taky prenatálnímu dítěti kompetenci rovnocenného partnera v tomto dialogu (FEDOR-FREYBERGH, 2000).

3.3.1 Učení v bříšku

Dnes se považuje za nesporné, že dítě před narozením vede intenzivní duševní život. Řada experimentů dokázala, že novorozeně rozeznává podněty, kterým bylo vystaveno v průběhu těhotenství, a adekvátně na ně reaguje (pionýrské práce Salkovy, studie DeCasperovy, Van de Carrovy ad.). Dnes víme, že plod má své sny, emoční reakce, vnímá všechny smyslové podněty, pamatuje si je a také je kognitivně zpracovává, utváří si vztah k matce a otci. Prenatální psychologie se dnes už neomezuje jen na zkoumání psychiky plodu, ale také potvrdila jeho schopnosti se učit. The Royal

College of General Practitioners Official Reference Book 1995 obsahuje pionýrskou studii amerického vývojového psychologa Pohana: Akustická stimulace plodu. Autor v ní referuje výsledky pilotní studie své originální metody stimulace, započaté v roce 1986 na 12 dětech. Akustická stimulace měla za následek kratší dobu porodu, menší počet císařských řezů a netraumatický příchod na svět. Novorozenci byli zcela uvolnění, přicházeli na svět s otevřenýma očima, nesevřenými pěstmi a pouze s trochou pláče, případně i bez něj. Děti byly zdravé a fyzicky silné (tyto hodnoty byly až nadprůměrné). Stimulované děti byly více soustředěné, velice brzy si osvojily mateřský jazyk, začaly chodit o několik měsíců dříve, než udává norma. Děti dosahovaly nadprůměrných výkonů a dobrých výsledků i v sociálních interakcích. PhDr. Brent Logan publikoval tuto teorii jako „teorii předučení“. Podle této teorie tzv. normativní apoptóza, tj. úbytek mozkových buněk v mozku plodu, jenž ke konci prenatalního období nabývá na intenzitě, může být zpomalen působením na plod z okolí ve formě akustické stimulace. Výsledkem je neurální progrese, opak retardace. Nejúčinnější metodologie pro takové vývojové zdokonalení pracovala s elektronicky syntetizovanými reprodukcemi tepu matky v děloze. Naměřené hodnoty byly pak zrychleny, aby byla zdokonalena schopnost plodu zpracovávat informace. Komercializace tohoto přístupu byla zahájena v roce 1989 a do roku 2000 se na všech kontinentech narodilo 60 000 takto stimulovaných dětí. Nejnovější prostředek byl vyvinut v Prenatal Institute s obchodním názvem Baby Plus⁴. Jedná se o malou mikročipovou jednotku umístěnou v oděvu nebo nylonovém pásu na břicho matky. Klinické experimenty provedené nezávislými výzkumníky stále ověřují původně zjištěné pozitivní účinky a dosud nebyly zjištěny žádné negativní vlivy na plod. Pilotní studie našla u stimulovaných plodů podstatně více maturované EEG (TYL, 2000).

3.4 Meditace

Meditace by se dala definovat jako hlubší rozhovor beze slov. Lidské slovo má tvořivou moc, dokáže stvořit vztah. Lidské společenství je utvářeno řečí. Proto je tak důležité, co říkáme, jak, kdy a komu. Dítě rostoucí v matčině těle je přímo napojeno na vibrace její řeči. Dítě v matce přijímá každý podnět. Dítě cítí vše, co k němu přichází zvnějšku, i když je to tlumeno plodovou vodou a tělem matky. Nejen vnější podněty,

⁴Baby Plus je program obsahující šestnáct zvukových vzorců, vyvinutých na vědeckém základě, které připomínají tlukot matčina srdce. Jejich rytmus se v souladu s postupujícím těhotenstvím zrychluje. Tak se dítě postupně zapojuje do učebního procesu, založeného na rytmech, které se přirozeně vyskytují v jeho prostředí.

také vnitřní psychický stav matky přináší dítěti neznámé vzruchy (STEHLÍKOVÁ, 2006).

Ve starověké Číně a Japonsku těhotné ženy prováděly meditace každý den a následujícím způsobem komunikovaly se svými dětmi. Věřily, že psychické a emocionální spojení mezi nimi a jejich dětmi vzniká dlouho před porodem, takže jejich nálady, pocity, dokonce i sny mohou vstoupit do vědomí nenarozeného dítěte. Věřily, že jenom při meditaci můžou vědomě komunikovat a dát svému dítěti pocítit svou lásku (BALASKAS, 1996).

Navíc nelze opomenout, že děti meditujících matek jsou klidnější a vyrovnanější, silnější a zdravější, dokonce i snad inteligentnější (STEHLÍKOVÁ, 2006).

3.5 Shrnutí

Prenatální fáze života nám dává ojedinělou a neopakovatelnou příležitost k primární prevenci onemocnění ve všech sférách jednotného lidského organismu a jeho sociálního prostředí a dává možnost zajištění optimálního vývoje k tělesnému, duševnímu a sociálnímu zdraví jedince. S tím souvisí neoddelitelně a vitálně otázka respektu života jako takového, bez kterého není možná ani prevence, ani zdraví a sociálně ani mír. Optimalizace prenatálního období života každého člověka může vést nejen ke zdraví, ale i k civilizovanému, přátelskému a mírumilovnému spoluzití lidí a národů. K tomu je nezbytná prvopočáteční výchova člověka k respektu pro vše živé a k pocitu nesmírné odpovědnosti k tomuto životu. Jakým způsobem je zacházeno s dítětem, takovým způsobem bude dítě zacházet se světem. A sem patří nepochybně i dítě prenatální (FEDOR-FREYBERGH, 2000).

Jak už říká V. Marek: „Každý z nás je zázrak. Porod je zázrak. Denně dojde na Zemi ke sto milionům pohlavních aktů, devět set tisíc žen počne a narodí se čtyři sta tisíc dětí. Život se na Zemi vyvíjel třináct miliard let a lidské tělo vzniklo evolucí ze všech tvorů, kteří tu existovali před námi“ (MAREK, 2002, s.18).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ

Je mnoho definic ošetřovatelství, jednou z nich je definice podle PhDr. Karly Pochylé: „Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“ (POCHYLÁ, 2005, s.8).

Jako jednu z dalších definic lze uvést definici z roku 1980, kdy americké sdružení sester definovalo ošetřovatelství takto: „Ošetřovatelství je diagnostika a zpracování odpovědí lidí na skutečné či potencionální zdravotní problémy“ (KOZIEROVÁ, 1995, s. 3).

Ukazuje se, že ošetřovatelství nepředstavuje jen praktické ošetřovatelské postupy, ale že jde o složitý myšlenkový proces. Ošetřovatelský proces podmiňuje preventivní, diagnostické a terapeutické principy a východiska jednotlivých medicínských oborů, jako i psychická, sociální, etická, humánní, společenská, ekonomická, organizátorská, technická a jiná hlediska a podmínky péče o zdraví (FARKAŠOVÁ, 2006) .

Ošetřovatelskou péči o těhotnou ženu během těhotenství, následně i po porodu a šestinedělí zajišťuje výhradně porodní asistentka. Prenatální péče spočívá ve sledování zdravotního stavu těhotné ženy a vývoje plodu, s cílem včas odhalit všechny nepravidelnosti a léčit je (event. ukončit těhotenství). Druhým cílem je příprava těhotné a obou nastávajících rodičů k porodu a k úloze rodičů. Všechny těhotné ženy jsou dispenzarizovány (evidovány a sledovány) v prenatálních poradnách u ambulantního gynekologa. Podle stavu a průběhu těhotenství je pacientka zvána do poradny či na specializovaná pracoviště (rizikové poradny, oddělení genetiky), případně hospitalizována. Těhotná žena navíc může během těhotenství navštěvovat i s otcem dítěte profylaktické kurzy, kde se seznamuje s průběhem těhotenství, porodu a šestinedělí, připravuje se na porod (návětr dýchání, plavání, masáže, relaxační techniky) a následnou péči o dítě (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

4.1 Prenatální péče

Od začátku do konce těhotenství žena pravidelně navštěvuje prenatální poradnu, kde je sledován stav jejího organismu a vývoj dítěte. Při první návštěvě v poradně je odborným vyšetřením potvrzeno těhotenství, vypočítána délka těhotenství a stanovený termín porodu. Žena je seznámena s podrobným harmonogramem návštěv v průběhu celého těhotenství a poučena o důležitosti vyšetření, které bude postupně podstupovat. Těhotná navštěvuje poradnu do 23. týdne každé 4 týdny, 24. – 32. týden každé 3 týdny, 33.– 36. týden každé 2 týdny, 37. – 40. týden každý týden.

Při každé návštěvě poradny porodní asistentka sleduje hmotnostní přírůstek, zajišťuje orientační vyšetření moči diagnostickým papírkem, měří krevní tlak a pulz, sleduje otoky a stav sliznic, připravuje ženu na gynekologické vyšetření, měří ozvy plodu a poskytuje ženě potřebné informace o těhotenství podle pokročilosti a aktuálního stavu. Dále je žena podrobena zevnímu porodnickému vyšetření (posouzení zvětšování dělohy, určení polohy, postavení a držení plodu) a vnitřnímu porodnickému vyšetření (posouzení stavu pochvy, hrdla děložního a hráze) (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

4.1.1 Harmonogram prenatální péče

Pro návštěvy těhotné ženy v prenatální poradně byla v České republice vypracována následující doporučení:

- a) 8. – 10. týden těhotenství – ověření gravidity ultrazvukovým vyšetřením, plán vyšetření na 10. - 13. týden těhotenství;
- b) 10. – 12. týden těhotenství – I. biochemický screening (hCG, AFP, uE3, PAPP-A), I. krevní odběry (krevní skupina, krevní obraz, Rh faktor matky a výskyt protilátek anti-D, HBsAg, HIV, BWR, ACLA, rubeola, pokud žena nemá doloženo povinné očkování, event. TORCH), cytologické a kolposkopické vyšetření hrdla dělohy;
- c) 12. - 13. týden těhotenství – ultrazvukové vyšetření (definitivní datace těhotenství – CRL, NT = nuchal translucency, NB = Nasal Bone); vystavení těhotenské průkazky; všechna uvedená vyšetření mohou již v I. trimestru těhotenství naznačit poruchy vývoje plodu, na základě výsledků krevních testů + věku matky + anamnézy matky + UZ vyšetření, následuje vyjádření

genetika k riziku vrozených vývojových vad u plodu a event. indikace k invazivním vyšetřením (AMC, CVS);

- d) 18. – 22. týden těhotenství – I. screening ultrazvukem; kontrola protilátek anti-D u Rh negativních žen;
- e) 24. týden těhotenství - kultivace mikrobů z pochvy, hrdla dělohy a kultivace moči u žen, kde hrozí předčasný porod; vyšetření oGTT;
- f) 28. – 32. týden těhotenství – II. screening ultrazvukem; II. krevní odběry (krevní obraz, kontrola protilátek anti-D u Rh negativních žen, BWR);
- g) 36. týden těhotenství - kardiokogram u žen s rizikovým těhotenstvím, kultivace z pochvy se zaměřením na streptokokovou infekci (GBS);
- h) 37. týden těhotenství - kardiokogram u žen s rizikovým těhotenstvím;
- i) 38 – 40. týden těhotenství – kardiokogram;
- j) po 40. týdnu těhotenství - kardiokogram se provádí každé 3 dny, častěji je žena vyšetřena vaginálně, kontroluje se hodnota cervix skóre dle Bishopa, ultrazvukové vyšetření k ověření stavu plodu; 10. den po termínu porodu se provádí oxytocinový zátěžový test, pokud žena přenáší více než 12 dní, pak se většinou přijímá k hospitalizaci k preindukci či indukci porodu (ČECH, 2006; PAŘÍZEK, 2008).

4.2 Shrnutí

Porodní asistentka je specialista na péči o ženu v průběhu fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí, včetně péče o zdravého novorozence a kojence. Podle nových právních předpisů (2004) mohou porodní asistentky v ČR, podobně jako v ostatních zemích EU, vykonávat praxi samostatně, tj. bez odborného dohledu lékaře v případě fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí. Po vstupu ČR do EU mohou české porodní asistentky pracovat za srovnatelných podmínek v libovolném z členských států. Stejně tak mohou porodní asistentky ze zemí EU pracovat u nás (PORODNÍ ASISTENTKY, 2010).

EMPIRICKÁ ČÁST

5 EMPIRICKÝ PRŮZKUM

5.1 Průzkumný problém

Vliv psychiky žen na průběh těhotenství ve třetím trimestru těhotenství.

Průzkumné cíle

Cíl 1. Zjistit, jak je psychika těhotné ženy ovlivněna ke konci těhotenství.

Cíl 2. Zjistit, zda se těhotné ženy starají o svou psychickou rovnováhu tak, jako o rovnováhu fyzickou.

Cíl 3. Zjistit, kolik těhotných žen věří, že jejich psychický stav nepochybně ovlivňuje vývoj jejich dětí.

Průzkumné hypotézy

Hypotéza 1. Předpokládáme, že psychika těhotných žen je ovlivněna jak sociálním zázemím v rodině, tak zázemím ekonomickým.

Hypotéza 2. Předpokládáme, že pro těhotné ženy nejsou návštěvy těhotenských kurzů tak prioritní jako pravidelné návštěvy prenatalní poradny.

Hypotéza 3. Předpokládáme, že 80 % žen si nespojuje svoji psychickou stabilitu s psychickým vývojem plodu.

Hypotetické tvrzení

Předpokládáme, že většina těhotných žen je přesvědčena, že psychický vývoj jejího dítěte se dá ovlivnit až po jeho narození.

5.2 Metodika průzkumu

Průzkum byl prováděn na gynekologicko – porodnickém oddělení ve Fakultní nemocnici Na Bulovce a v Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí (dále jen FNB a ÚPMD).

Jedná se o kvantitativní průzkum. Jako průzkumnou metodu k získání informací jsme zvolili nestandardizovaný dotazník.

Dotazník obsahoval 16 položek. Pouze u tří položek mohly respondentky doplnit vlastní odpověď, pokud jim nevyhovovaly uvedené odpovědi. Zbylé položky byly uzavřené. U třech položek mohly respondentky zvolit více odpovědí.

Každá položka byla zpracována vždy do dvou tabulek a jednoho grafu z následujícího důvodu. Při žádání o možnost vykonání průzkumu ve FNB jsem byla požádána hlavní sestrou o seznámení s výsledky průzkumu. Proto vždy v tabulce označené písmenem *a* jsou uvedené výsledky rozděleny na jednotlivá zdravotnická pracoviště a v tabulce označené písmenem *b* jsou výsledky společné pro obě pracoviště. Graf je vždy vypracován pro společnou tabulku. Ke každé položce je přiřazen patřičný komentář.

K hypotéze 1 se vztahovaly položky 4, 5, 6. Hypotézu 2 jsme ověřovali položkami 7, 8, 9. K hypotéze 3 se vztahovaly položky 10, 11, 12, 13 a hypotetické tvrzení jsme ověřovali položkami 14, 15, 16. Položky 1, 2, 3 byly zaměřené na sběr demografických údajů.

5.3 Časový harmonogram sběru dat

Časový plán průzkumu byl stanoven na měsíc leden až únor 2010. Ke zpracování výsledků jsem použila program Microsoft Office Excel 2003.

5.4 Průzkumný soubor

Mezi respondentky patřily ženy navštěvující prenatalní poradny. Dotazníky jsem osobně rozdávala ženám ve III. trimestru těhotenství, v různé věkové kategorii. Při rozdávání jsem se nesečkala s neochotou vyplnit dotazník. Všechny oslovené respondentky byly ochotné spolupracovat a projevíly zájem o můj průzkum.

Rozdáno bylo 30 dotazníků v ÚPMD, navraceno jich bylo 28, z toho vyplývá, že návratnost byla 93,33 %. Ve FNB bylo rozdáno 28 dotazníků a navraceno také 28, z čehož vyplývá, že návratnost bylo 100 %. Žádný dotazník nemusel být vyřazen, všechny byly úplné. Konečný počet dotazníků pro zpracování do průzkumu byl tedy 56.

5.5 Analýza výsledků průzkumu

Položka 1 - Do jaké věkové skupiny patříte?

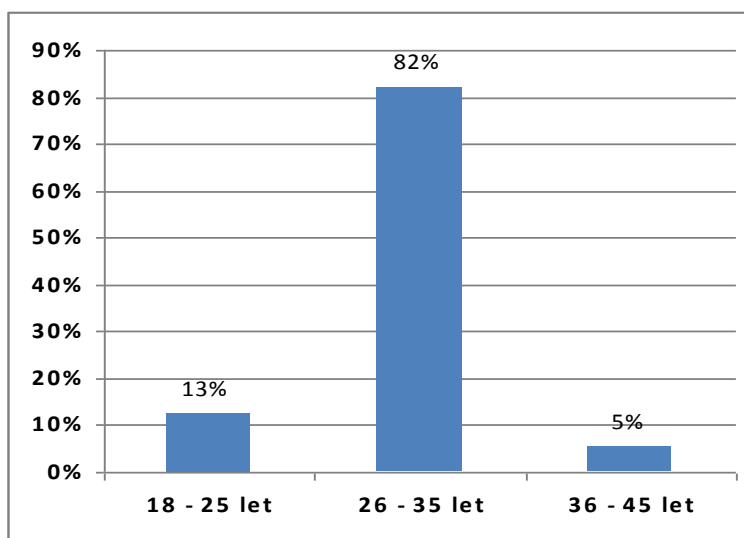
Tabulka 1a - Věková skupina respondentek

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	3	10,71%	4	14,29%
b.	23	82,14%	23	82,14%
c.	2	7,14%	1	3,57%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 1b – Věková skupina respondentek

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 - 25 let	7	12,50%
26 - 35 let	46	82,14%
36 - 45 let	3	5,36%
Celkem	56	100,00%

Graf 1 - Věková skupina respondentek



První položka je zaměřená na zjištění věkové skupiny respondentek. Mezi nejpočetnější skupinu respondentek patřila kategorie žen ve věku 26 – 35 let, kterou zvolilo 46 dotazovaných žen (82,14 %). Do věkové kategorie 18 – 25 let patřilo 7 žen (12,50 %) a 3 ženy (5,36 %) patřily do věkové kategorie 36 – 45 let.

Položka 2 - Po kolikáté budete rodit?

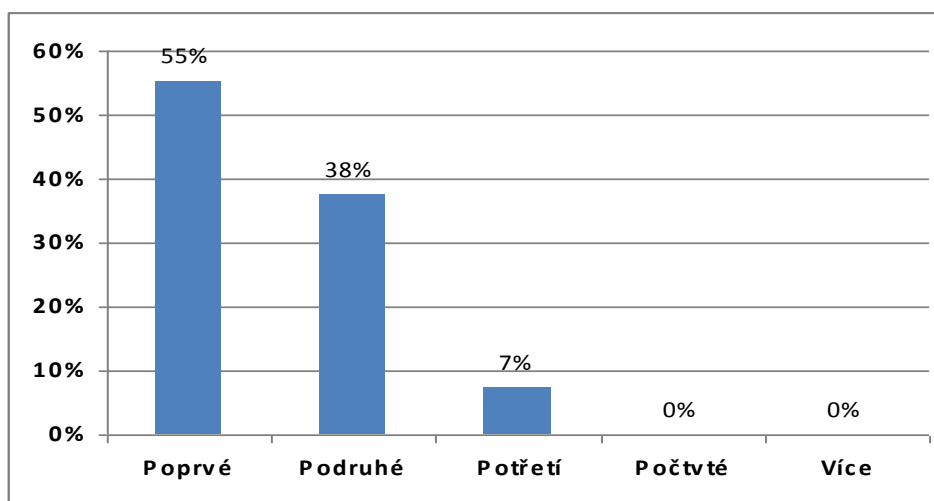
Tabulka 2a – Počet porodů respondentek

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	14	50,00%	17	60,71%
b.	10	35,71%	11	39,29%
c.	4	14,29%	0	0,00%
d.	0	0,00%	0	0,00%
e.	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 2b – Počet porodů respondentek

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poprvé	31	55,36%
Podruhé	21	37,50%
Potřetí	4	7,14%
Počtvrté	0	0,00%
Více	0	0,00%
Celkem	56	100,00%

Graf 2 - Počet porodů respondentek



Z grafu jednoznačně vyplývá, že nadpoloviční většina tedy 31 žen (55,36 %) bude rodit poprvé, podruhé bude rodit 21 žen (37,50 %) a potřetí 4 ženy (7,14 %).

Položka 3 – Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

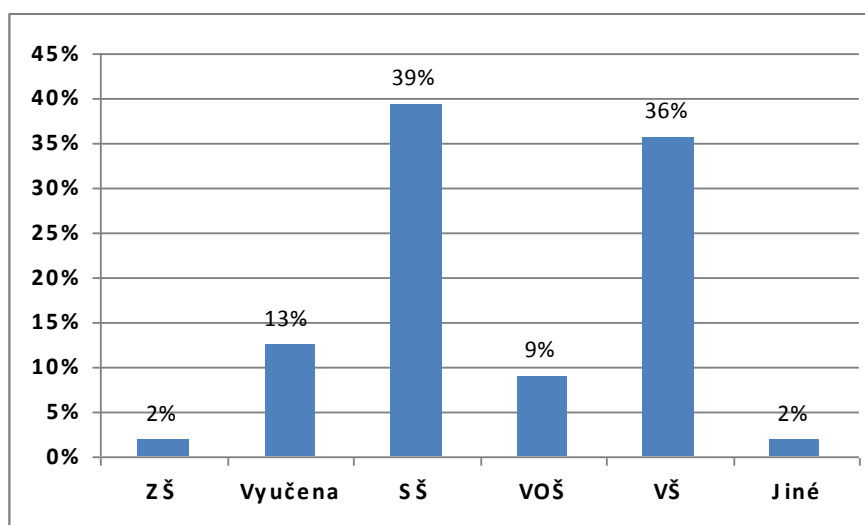
Tabulka 3a – Vzdělání respondentek

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	0	0,00%	1	3,57%
b.	4	14,29%	3	10,71%
c.	11	39,29%	11	39,29%
d.	2	7,14%	3	10,71%
e.	11	39,29%	9	32,14%
f.	0	0,00%	1	3,57%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 3b – Vzdělání respondentek

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ZŠ	1	1,79%
Vyučena	7	12,50%
SŠ	22	39,29%
VOŠ	5	8,93%
VŠ	20	35,71%
Jiné	1	1,79%
Celkem	56	100,00%

Graf 3 – Vzdělání respondentek



Nejvíce žen tedy 22 (39,29 %) mělo nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, 20 žen (35,71) mělo nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, 7 žen (12,50 %) bylo vyučeno, 5 žen (8,93 %) vystudovalo vyšší odbornou školu, 1 žena (1,79 %) měla základní vzdělání a 1 žena doktorát Ph.D.

Položka 4 - Žijete?

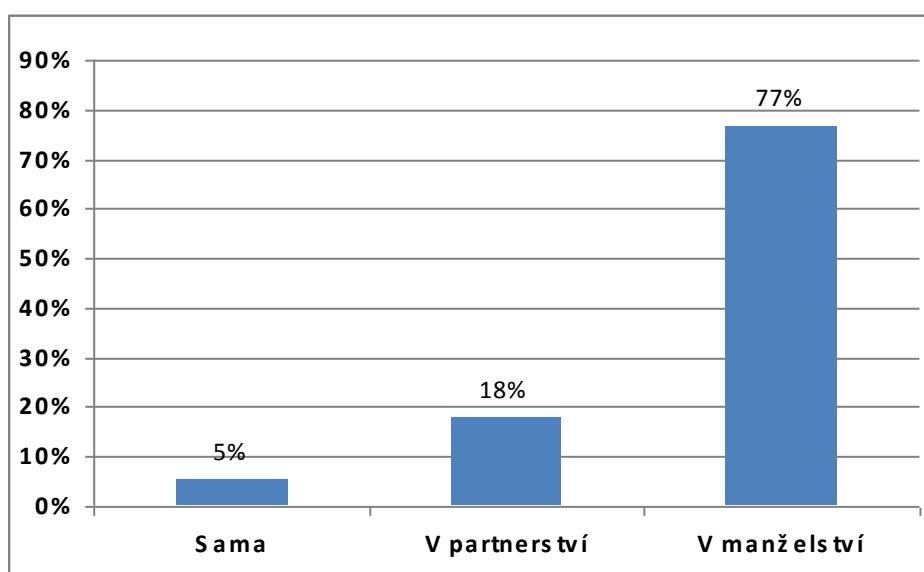
Tabulka 4a – Stav respondentek

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	1	3,57%	2	7,14%
b.	6	21,43%	4	14,29%
c.	21	75,00%	22	78,57%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 4b – Stav respondentek

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sama	3	5,36%
V partnerství	10	17,86%
V manželství	43	76,79%
Celkem	56	100,00%

Graf 4 – Stav respondentek



Mezi nejčastější respondentky našeho průzkumu patřily ženy žijící v manželství 43 (76,79 %), v partnerství žilo 10 žen (17,86 %) a 3 ženy (5,36 %) žily samy.

Položka 5 - Charakterizovala byste sama sebe v tomto stavu (sama/ v partnerství/v manželství) jako spokojenou?

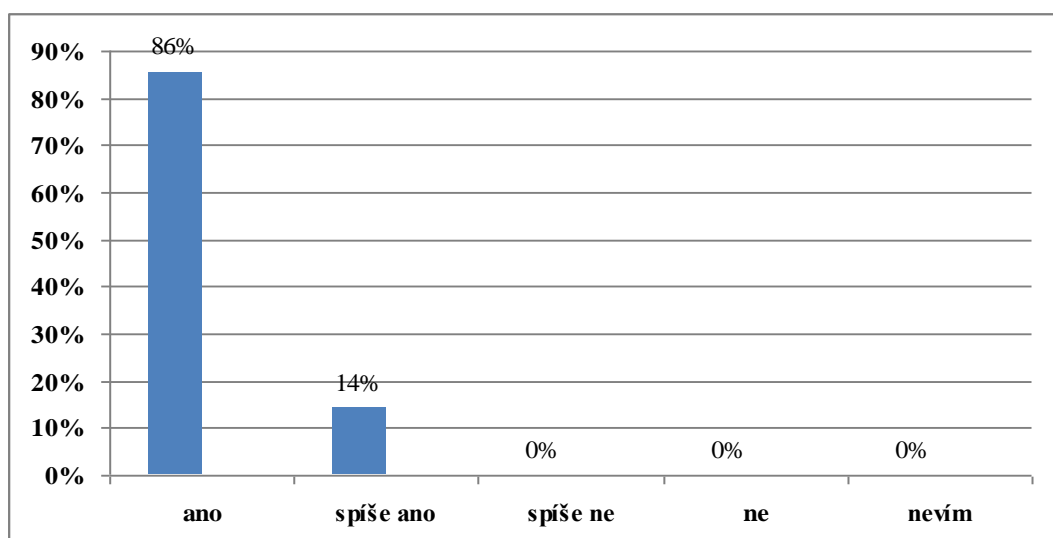
Tabulka 5a – Charakteristika stavu respondentek

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	24	85,71%	24	85,71%
b.	4	14,29%	4	14,29%
c.	0	0,00%	0	0,00%
d.	0	0,00%	0	0,00%
e.	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 5b – Charakteristika stavu respondentek

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	48	85,71%
spíše ano	8	14,29%
spíše ne	0	0,00%
ne	0	0,00%
nevím	0	0,00%
Celkem	56	100,00%

Graf 5 – Charakteristika stavu respondentek



Převážná většina dotazovaných žen tedy 48 (85,71 %) je spokojená ve stavu, v kterém žije. Spíše spokojeno bylo 8 žen (14,29 %).

Položka 6 - Charakterizovala byste svou finanční situaci jako uspokojivou?

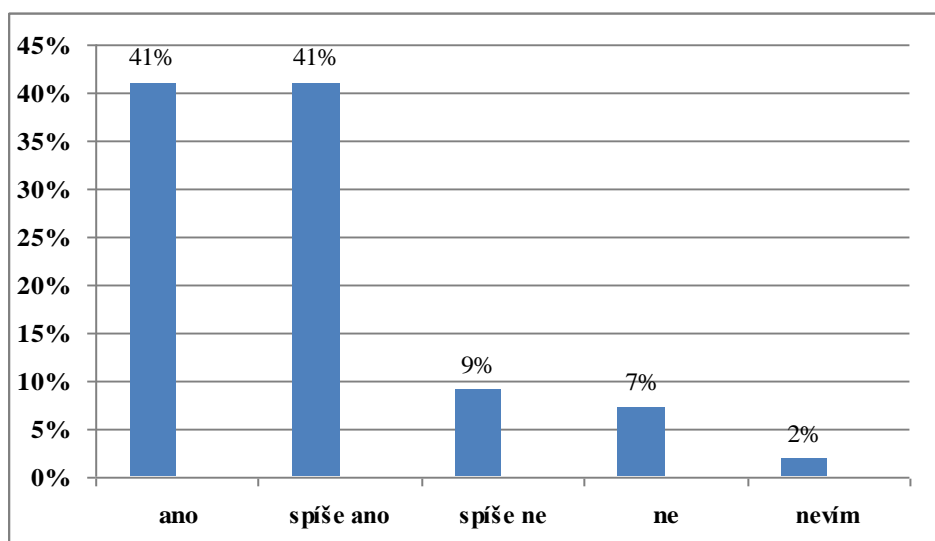
Tabulka 6a – Finanční situace respondentek

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	11	39,29%	12	42,86%
b.	12	42,86%	11	39,29%
c.	3	10,71%	2	7,14%
d.	1	3,57%	3	10,71%
e.	1	3,57%	0	0,00%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 6b – Finanční situace respondentek

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	23	41,07%
spíše ano	23	41,07%
spíše ne	5	8,93%
ne	4	7,14%
nevím	1	1,79%
Celkem	56	100,00%

Graf 6 – Finanční situace respondentek



V této položce 23 respondentek (41,07 %) charakterizovalo svou finanční situaci jako uspokojivou a spíše uspokojivou. 5 respondentek (8,93 %) bylo spíše nespokojených, 4 respondentky byly (7,14 %) nespokojené a 1 respondentka (1,79 %) nevěděla.

Položka 7 - Co děláte teď ke konci těhotenství pro sebe?

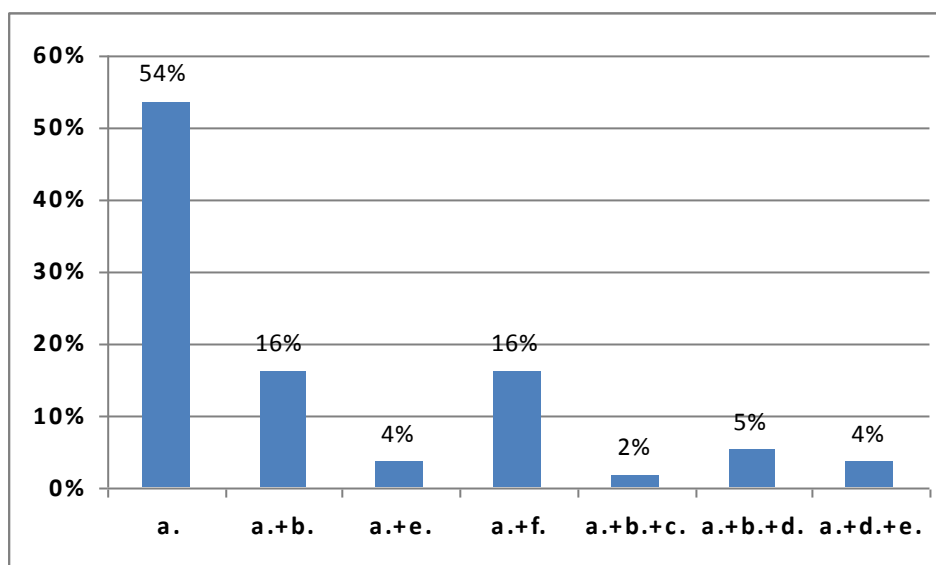
Tabulka 7a – Aktivity respondentek ke konci těhotenství

Odpovědi
a. Navštěvuji prenatální poradnu.
b. Navštěvuji předporodní kurzy.
c. Navštěvuji kurzy tance, cvičení nebo plavání pro těhotné ženy.
d. Navštěvuji jógu pro těhotné ženy.
e. Chodím na masáže.
f. Ještě chodím do práce.
g. Nic.

Tabulka 7b – Aktivity respondentek ke konci těhotenství

Odpovědi	ÚPMD		FNB		Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	13	46,43%	17	60,71%	30	53,57%
a.+b.	5	17,86%	4	14,29%	9	16,07%
a.+e.	0	0,00%	2	7,14%	2	3,57%
a.+f.	7	25,00%	2	7,14%	9	16,07%
a.+b.+c.	1	3,57%	0	0,00%	1	1,79%
a.+b.+d.	1	3,57%	2	7,14%	3	5,36%
a.+d.+e.	1	3,57%	1	3,57%	2	3,57%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%	56	100,00%

Graf 7 – Aktivity respondentek ke konci těhotenství



Z výsledků vyplývá, že nadpoloviční většina dotázaných žen, tedy 30 (53,57 %), uvedla, že navštěvují pouze prenatalní poradnu, 9 žen (16,07 %) navštěvuje prenatalní poradnu společně s předporodním kurzem a 9 žen (16,07 %) navštěvuje prenatalní poradnu a ještě chodí do práce. Kombinaci prenatalní poradny, předporodního kurzu a jógy uvedly 3 ženy (5,36 %), 2 ženy (3,57 %) navštěvují prenatalní poradnu společně s masážemi, 2 ženy (3,57 %) uvedly kombinaci prenatalní poradny, jógy a masáží a 1 žena (1,79%) měla kombinaci prenatalní poradny, předporodního kurzu a kurzů tance, cvičení či plavání pro těhotné ženy.

Položka 8 – Proč?

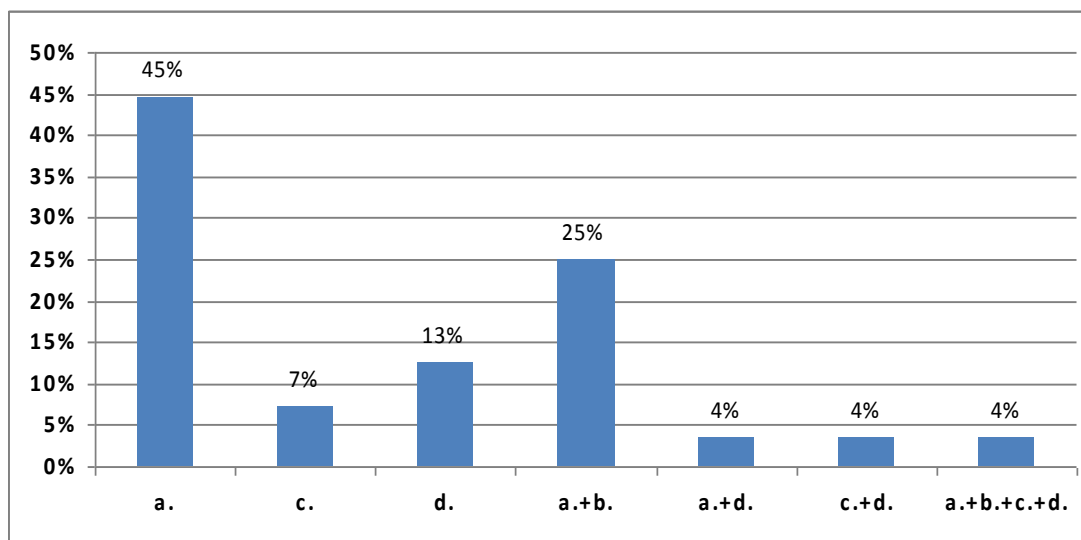
Tabulka 8a – Odůvodnění aktivit v těhotenství

Odpovědi
a. Chci mít jistotu, že jsem zdravá a mé dítě také.
b. Chci více informací o těhotenství a porodu.
c. Chci být fyzicky zdatnější a lépe připravená na porod.
d. Uklidňuje mě to, vždy se uvolním a chvíli relaxuji.

Tabulka 8b – Odůvodnění aktivit v těhotenství

Odpovědi	ÚPMD		FNB		Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	13	46,43%	12	42,86%	25	44,64%
c.	2	7,14%	2	7,14%	4	7,14%
d.	3	10,71%	4	14,29%	7	12,50%
a.+b.	6	21,43%	8	28,57%	14	25,00%
a.+d.	2	7,14%	0	0,00%	2	3,57%
c.+d.	1	3,57%	1	3,57%	2	3,57%
a.+b.+c.+d.	1	3,57%	1	3,57%	2	3,57%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%	56	100,00%

Graf 8 - Odůvodnění aktivit v těhotenství



Nejvíce žen, 25 (44,64 %), odpovědělo, že chtějí mít jistotu, že jsou ony i jejich děti zdravé. Druhá nejčastější odpověď byla kombinace odpovědi *a* a *b*, tedy chci mít jistotu, že jsem zdravá a mé dítě také a chci více informace o těhotenství a porodu, kterou uvedlo 14 žen (25,00 %). 7 žen (12,50 %) jako důvod uvedlo zklidnění a uvolnění a 4 ženy (7,14 %) zlepšení fyzické výkonnosti a lepší připravenost na porod. Pak tři krát 2 ženy (3,57 %) uvedly tyto tři kombinace a to: *a* a *d*; *c* a *d*; *a* a *b* a *c* a *d*.

Položka 9 - Myslíte si, že existuje určitá spojitost mezi celkovým přístupem k těhotenství a vaší psychickou stabilitou?

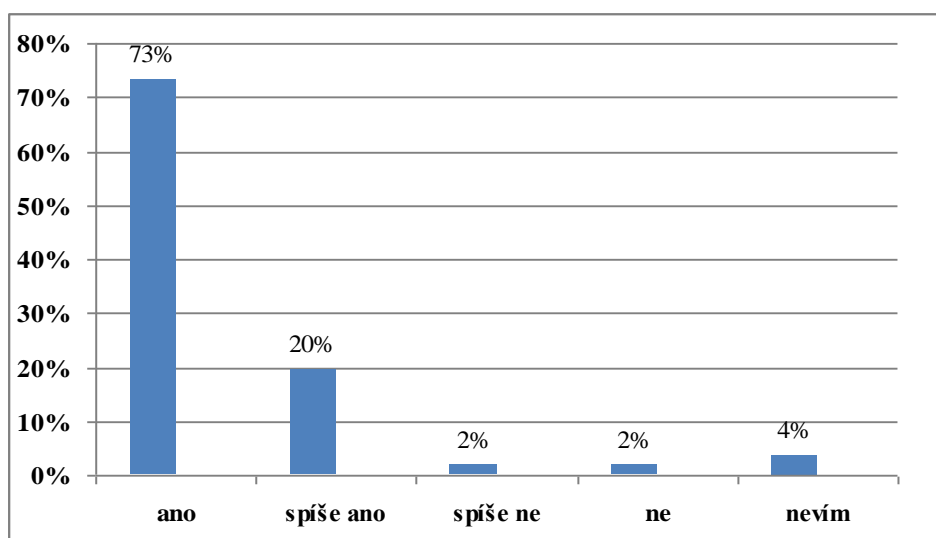
Tabulka 9a – Spojitost mezi přístupem k těhotenství a psychickou stabilitou respondentek

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	18	64,29%	23	82,14%
b.	7	25,00%	4	14,29%
c.	0	0,00%	1	3,57%
d.	1	3,57%	0	0,00%
e.	2	7,14%	0	0,00%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 9b - Spojitost mezi přístupem k těhotenství a psychickou stabilitou respondentek

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	41	73,21%
spíše ano	11	19,64%
spíše ne	1	1,79%
ne	1	1,79%
nevím	2	3,57%
Celkem	56	100,00%

Graf 9 - Spojitost mezi přístupem k těhotenství a psychickou stabilitou respondentek



Většina respondentek, tedy 41 (73,21 %), uvedla, že podle jejich názoru existuje určitá spojitost mezi celkovým přístupem k těhotenství a jejich psychickou stabilitou. Spíše ano odpovědělo 11 žen (19,64 %), 2 ženy (3,57 %) nevěděly, spíše ne a ne odpověděla vždy jen 1 žena (1,79 %).

Položka 10 - Je podle vašeho názoru možné, že vaše nálady, emoce a sny ovlivňují vývoj vašeho miminka?

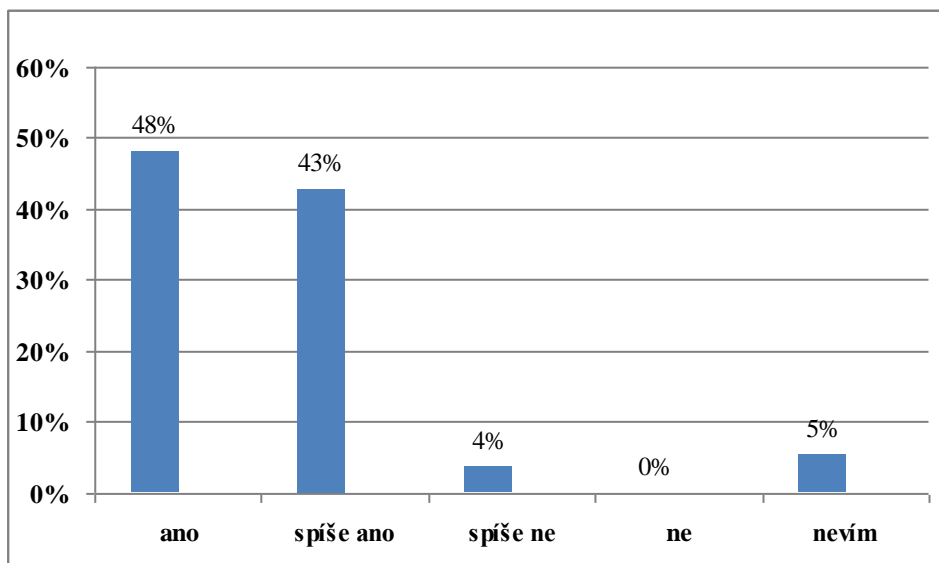
Tabulka 10a – Ovlivnění vývoje miminka

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	17	60,71%	10	35,71%
b.	9	32,14%	15	53,57%
c.	1	3,57%	1	3,57%
d.	0	0,00%	0	0,00%
e.	1	3,57%	2	7,14%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 10b – Ovlivnění vývoje miminka

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	27	48,21%
spíše ano	24	42,86%
spíše ne	2	3,57%
ne	0	0,00%
nevím	3	5,36%
Celkem	56	100,00%

Graf 10 - Ovlivnění vývoje miminka



U této položky odpovědělo 27 žen (48,21 %) ano, 24 žen (42,86 %) spíše ano, 3 ženy (5,36 %) nevím a 2 ženy (3,57 %) spíše ne.

Položka 11 - Podle vašich zkušeností, myslíte si, že je možné, že maminky, které mají pozitivní přístup k těhotenství, mají v těhotenství méně komplikací a lépe je zvládají?

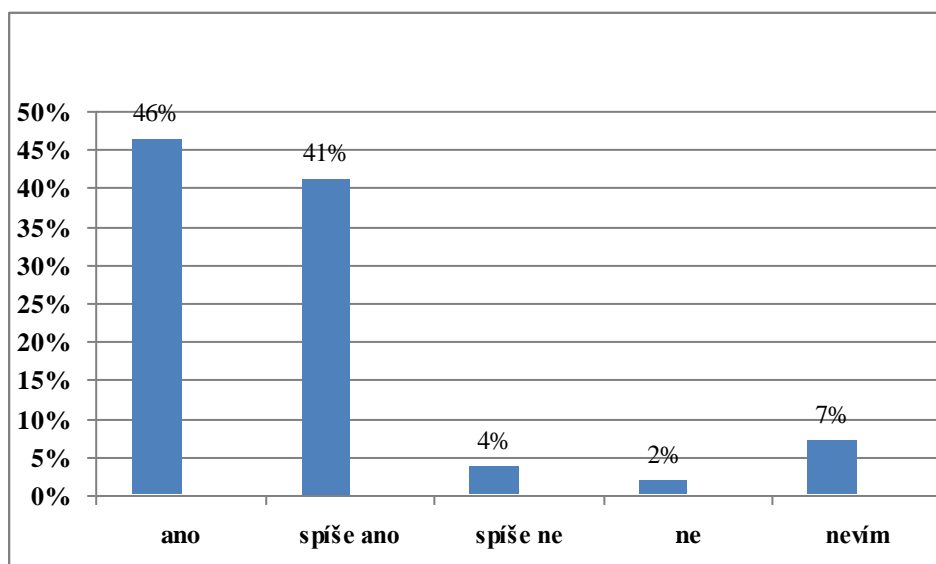
Tabulka 11a – Důsledky pozitivního přístupu respondentek k těhotenství

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	13	46,43%	13	46,43%
b.	11	39,29%	12	42,86%
c.	1	3,57%	1	3,57%
d.	1	3,57%	0	0,00%
e.	2	7,14%	2	7,14%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 11b - Důsledky pozitivního přístupu respondentek k těhotenství

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	26	46,43%
spíše ano	23	41,07%
spíše ne	2	3,57%
ne	1	1,79%
nevím	4	7,14%
Celkem	56	100,00%

Graf 11 - Důsledky pozitivního přístupu respondentek k těhotenství



Na tuto položku odpověděla převážná většina dotázaných žen kladně, 26 žen (46,43 %) odpovědělo ano a 23 žen (41,07 %) spíše ano. Tedy, že mají zkušenosti s tím, že pozitivní přístup k těhotenství vede k těhotenství s méně komplikacemi a lepšímu zvládnutí případných problémů. 4 ženy (7,14 %) nevěděly, 2 ženy (3,57 %) spíše nesouhlasily a 1 (1,79 %) nesouhlasila.

Položka 12 - Co si myslíte o vědomé komunikaci s miminkem v bříšku?

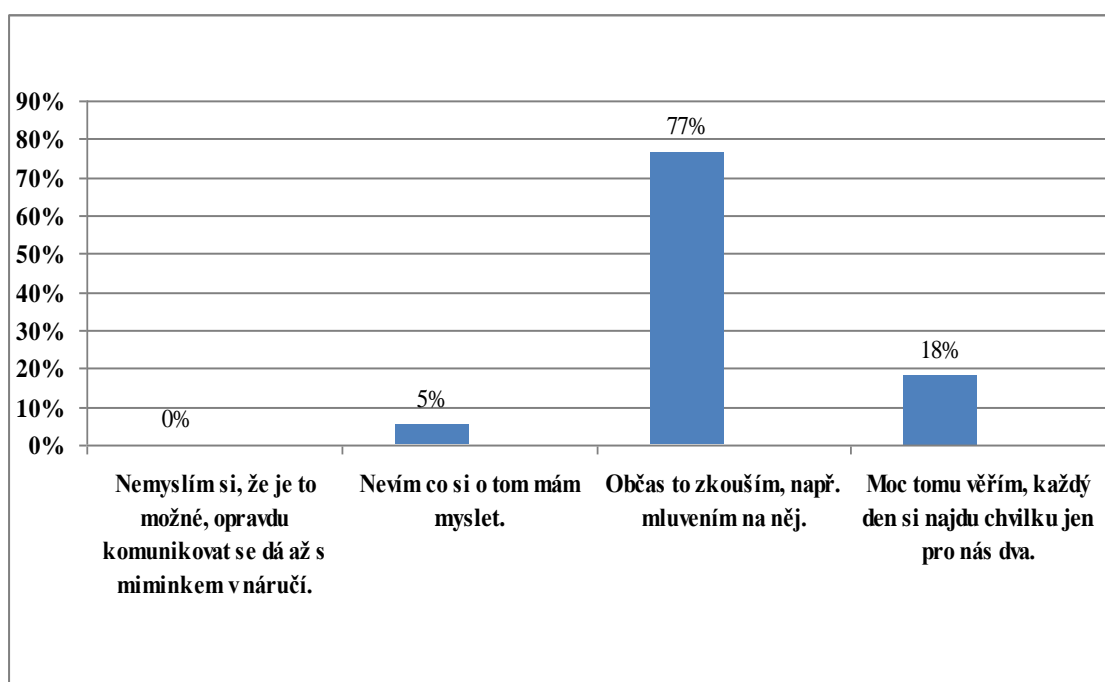
Tabulka 12a – Vědomá komunikace s miminkem v bříšku

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	0	0,00%	0	0,00%
b.	2	7,14%	1	3,57%
c.	21	75,00%	22	78,57%
d.	5	17,86%	5	17,86%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 12b – Vědomá komunikace s miminkem v bříšku

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nemyslím si, že je to možné, opravdu komunikovat se dá až s miminkem v náručí.	0	0,00%
Nevím co si o tom mám myslet.	3	5,36%
Občas to zkusím, např. mluvením na něj.	43	76,79%
Moc tomu věřím, každý den si najdu chvílku jen pro nás dva.	10	17,86%
Celkem	56	100,00%

Graf 12 – Vědomá komunikace s miminkem v bříšku



Z výsledků vyplývá, že většina dotázaných žen, 43 (76,79 %), alespoň občas zkouší vědomě komunikovat s miminkem a to mluvením na něj. 10 žen (17,89 %) odpovědělo, že věří ve vědomou komunikaci a denně ji praktikuje a 3 ženy (5,36 %) odpověděly, že nevědí co si o tom mají myslet.

Položka 13 – Jak navazujete kontakt?

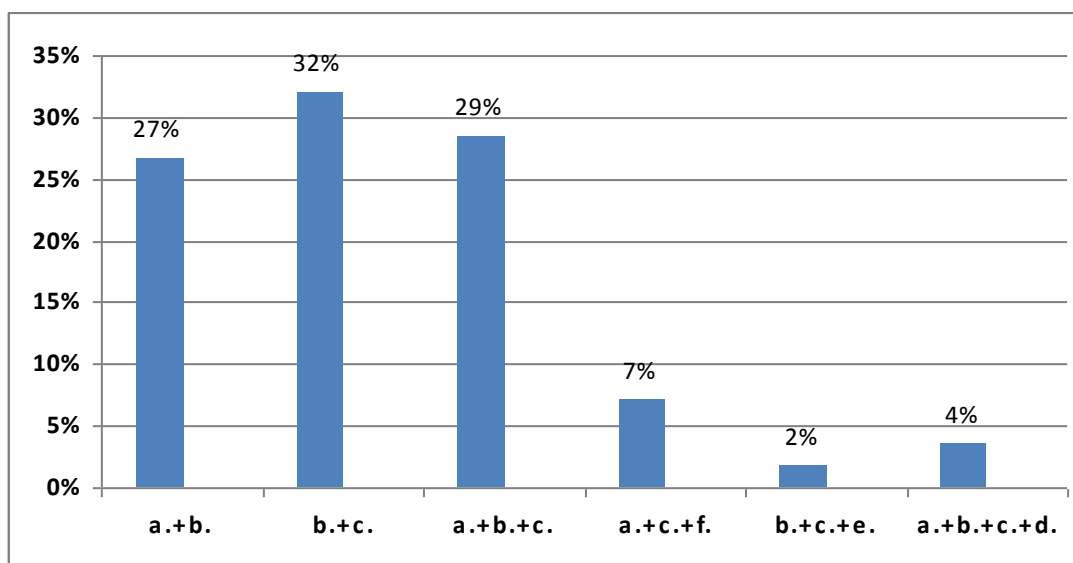
Tabulka 13a – Navazování kontaktu s miminkem v bříšku

Odpovědi
a. Často na něj mluvím.
b. Masíruji si břicho.
c. Myslím na něj.
d. Pravidelně cvičím jógu.
e. Medituji.
f. Čtu mu pohádky.
g. Jiné

Tabulka 13b – Navazování kontaktu s miminkem v bříšku

Odpovědi	ÚPMD		FNB		Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.+b.	9	32,14%	6	21,43%	15	26,79%
b.+c.	12	42,86%	6	21,43%	18	32,14%
a.+b.+c.	3	10,71%	13	46,43%	16	28,57%
a.+c.+f.	2	7,14%	2	7,14%	4	7,14%
b.+c.+e.	1	3,57%	0	0,00%	1	1,79%
a.+b.+c.+d.	1	3,57%	1	3,57%	2	3,57%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%	56	100,00%

Graf 13 – Navazování kontaktu s miminkem v bříšku



Podle výsledků nejvíce žen, 18 (32,14 %), navazuje kontakt se svým miminkem tím, že si masíruje bříško a myslí na něj. Mluvení a myšlení na miminko a masírování bříška zvolilo 16 žen (28,57 %) a 15 žen (26,79 %) zvolilo kombinaci mluvení na miminko a masírování bříška. Kombinaci mluvení a myšlení na miminko a čtení pohádek zvolily 4 ženy (7,14 %), kombinaci mluvení a myšlení na miminko, masírování bříška a pravidelné cvičení jógy zvolily 2 ženy (3,57 %), masírování bříška, myšlení na miminko a meditaci zvolila 1 žena (1,79 %).

Položka 14 Proč si myslíte, že je komunikace v tomto období důležitá?

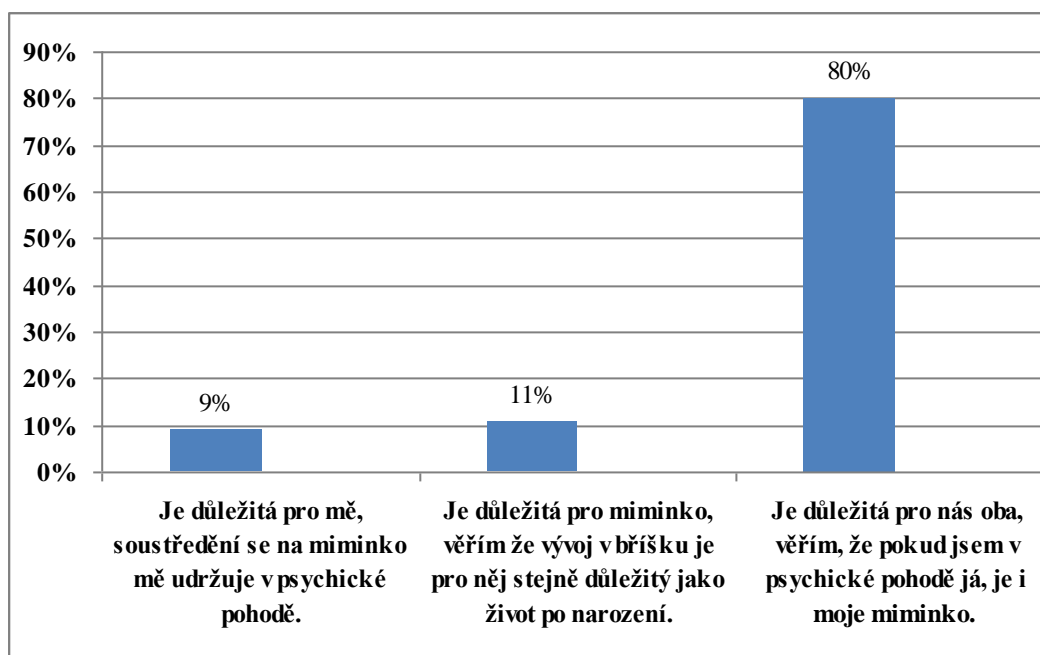
Tabulka 14a – Důležitost prenatální komunikace

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	4	14,29%	1	3,57%
b.	3	10,71%	3	10,71%
c.	21	75,00%	24	85,71%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 14b – Důležitost prenatalní komunikace

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je důležitá pro mě, soustředění se na miminko mě udržuje v psychické pohodě.	5	8,93%
Je důležitá pro miminko, věřím, že vývoj v bříšku je pro něj stejně důležitý jako život po narození.	6	10,71%
Je důležitá pro nás oba, věřím, že pokud jsem v psychické pohodě já, je i moje miminko.	45	80,36%
Celkem	56	100,00%

Graf 14 – Důležitost prenatalní komunikace



Převážná většina dotazovaných žen, tedy 45 (80,36 %), odpovědělo, že prenatalní komunikace je důležitá pro ně samé i jejich miminko, 6 žen (10,71 %) odpovědělo, že je důležitá pro miminko a 5 žen (8,93 %) odpovědělo, že je důležitá pro ně samé.

Položka 15 - Co si myslíte o prenatálním učení (učení v bříšku)?

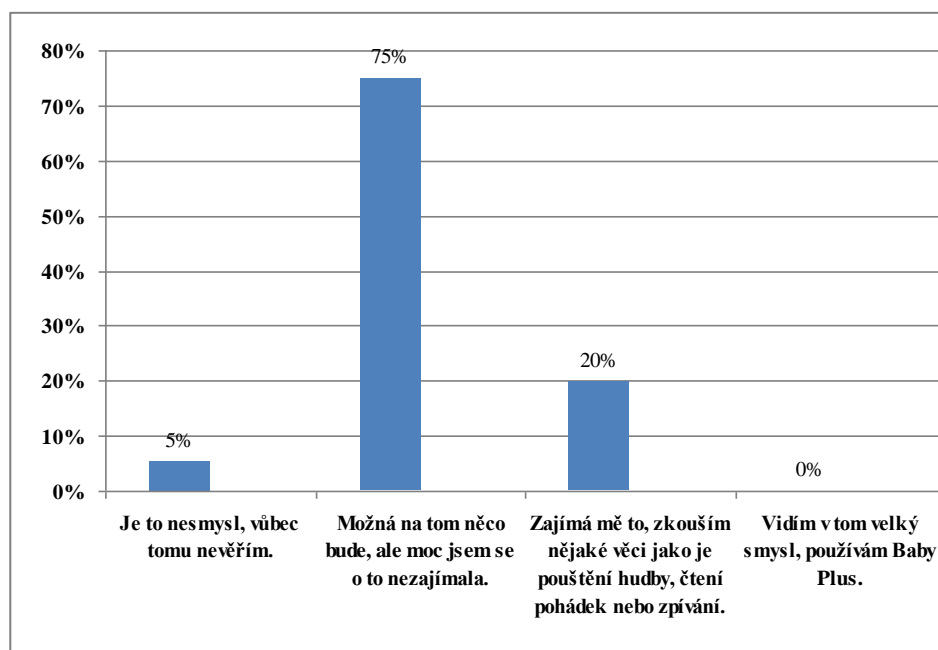
Tabulka 15a – Prenatální učení

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	1	3,57%	2	7,14%
b.	23	82,14%	19	67,86%
c.	4	14,29%	7	25,00%
d.	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 15b – Prenatální učení

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je to nesmysl, vůbec tomu nevěřím.	3	5,36%
Možná na tom něco bude, ale moc jsem se o to nezajímala.	42	75,00%
Zajímá mě to, zkusím nějaké věci jako je pouštění hudby, čtení pohádek nebo zpívání.	11	19,64%
Vidím v tom velký smysl, používám Baby Plus.	0	0,00%
Celkem	56	100,00%

Graf 15 – Prenatální učení



Z grafu jednoznačně vyplývá, že tři čtvrtiny dotázaných žen, tedy 42 respondentek (75,00 %), uvedlo, že na prenatalním učení možná něco bude, ale příliš se o to nezajímaly, 11 respondentek (19,64 %) odpovědělo, že je prenatalní učení zajímavá a zkouší i nějaké věci jako je pouštění hudby, čtení pohádek nebo zpívání. 3 respondentky (5,36 %) si myslí, že je to nesmysl a žádná respondentka neuvedla, že by znala či používala přístroj Baby Plus.

Položka 16 - Podle vašich zkušeností, myslíte si, že miminko dokáže vědomě komunikovat, vnímat, reagovat nebo projevovat nesouhlas na některé podněty?

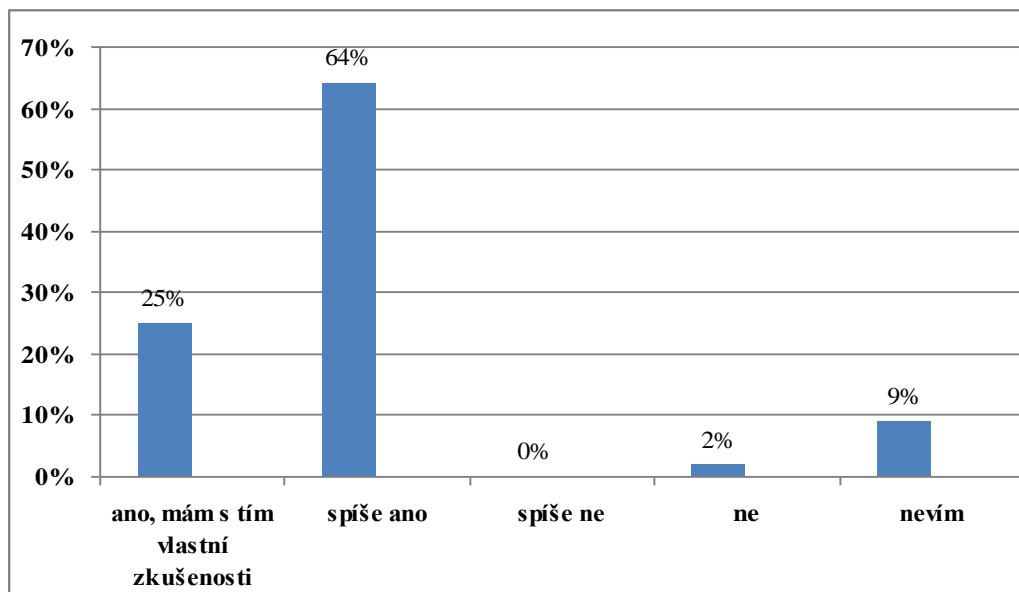
Tabulka 16a – Zkušenost s vědomou komunikací

Odpovědi	ÚPMD		FNB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a.	7	25,00%	7	25,00%
b.	19	67,86%	17	60,71%
c.	0	0,00%	0	0,00%
d.	0	0,00%	1	3,57%
e.	2	7,14%	3	10,71%
Celkem	28	100,00%	28	100,00%

Tabulka 16b – Zkušenost s vědomou komunikací

Odpovědi	Obě zdravotnická pracoviště	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, mám s tím vlastní zkušenosti	14	25,00%
spíše ano	36	64,29%
spíše ne	0	0,00%
ne	1	1,79%
nevím	5	8,93%
Celkem	56	100,00%

Graf 16 – Zkušenost s vědomou komunikací



Na tuto položku odpověděla většina respondentek kladně. Nejvíce z nich, 36 (64,29 %), odpovědělo spíše ano a 14 (25,00 %) odpovědělo ano, mám s tím vlastní zkušenost. Tedy, že z vlastní zkušenosti si myslí, že miminko dokáže vědomě komunikovat, vnímat, reagovat nebo projevovat nesouhlas na některé podněty. 5 respondentek (8,93 %) nevědělo a 1 respondentka (1,79 %) nesouhlasila.

5.6 Interpretace výsledků průzkumu

Průzkum nám objasnil vliv psychiky žen na průběh těhotenství ve třetím trimestru těhotenství.

Cíle a hypotézy byly vyhodnoceny takto:

Cíl 1. Zjistit, jak je psychika těhotné ženy ovlivněna ke konci těhotenství.

Hypotéza 1. Předpokládáme, že psychika těhotných žen je ovlivněna jak sociálním zázemím v rodině, tak zázemím ekonomickým.

K této hypotéze se vztahovaly položky 4, 5, 6. V položce 4 jsme se respondentek ptali na stav, 77 % z nich žilo v manželství, 18 % v partnerství a 5 % samy. V položce 5 měly respondentky tento stav charakterizovat, 86 % z nich bylo spokojeno a 14 % spíše spokojeno. V položce 6 měly respondentky charakterizovat svoji finanční situaci, 41 % respondentek bylo spokojeno, 41 % spíše spokojeno, 9 % spíše nespokojeno, 7 % nespokojeno a 2 % nevěděly.

Závěr: Tato hypotéza se potvrdila.

Cíl 2. Zjistit, zda se těhotné ženy starají o svou psychickou rovnováhu tak, jako o rovnováhu fyzickou.

Hypotéza 2. Předpokládáme, že pro těhotné ženy nejsou návštěvy těhotenských kurzů tak prioritní jako pravidelné návštěvy prenatalní poradny.

K této hypotéze se vztahovaly položky 7, 8, 9. V položce 7 nás zajímalo, co dělají ženy ke konci těhotenství pro sebe, 54 % žen navštěvovalo jen prenatalní poradnu, 16 % žen navštěvovalo prenatalní poradnu společně s předporodním kurzem, 16 % žen navštěvovalo prenatalní poradnu a ještě chodily do práce, 5 % žen navštěvovalo prenatalní poradnu, předporodní kurz a jógu, 4 % žen navštěvovalo prenatalní poradnu společně s masážemi, 4 % žen uvedly kombinaci prenatalní poradny, jógy a masáží a 2 % žen zvolila kombinaci prenatalní poradny, předporodního kurzu a kurzů tance, cvičení či plavání pro těhotné ženy. V položce 8 měly respondentky odůvodnit svou odpověď na položku 7 % respondentek odpovědělo, že chtějí mít jistotu, že jsou ony i jejich děti zdravé. 25 % respondentek odpovědělo, že chtějí mít jistotu, že jsou ony i jejich děti zdravé, a že chtějí více informací o těhotenství a porodu. 13 % respondentek

jako důvod uvedlo zklidnění a uvolnění a 7 % z nich zlepšení fyzické výkonnosti a lepší připravenost na porod. Dohromady 12 % žen uvedlo tři různé kombinace uvedených odpovědí. V položce 9 jsme se ptali, jestli si respondentky myslí, že existuje určitá spojitost mezi celkovým přístupem k těhotenství a jejich psychickou stabilitou. Zde odpovědělo 73 % žen ano, 20 % žen spíše ano, 2 % žen spíše ne, 2 % žen ne a 4 % nevěděla.

Závěr: Hypotéza se potvrdila.

Cíl 3. Zjistit, kolik těhotných žen věří, že jejich psychický stav nepochybně ovlivňuje vývoj jejich dětí.

Hypotéza 3. Předpokládáme, že 80 % žen si nespojuje svoji psychickou stabilitu s psychickým vývojem plodu.

K této hypotéze se vztahovaly položky 10, 11, 12, 13. V položce 10 jsme se respondentek ptali, jestli si myslí, že je možné, že jejich nálady, emoce a sny ovlivňují vývoj jejich miminka. Ano odpovědělo 48 % z nich, spíše ano 43 %, spíše ne 4 % a 5 % nevědělo. V položce 11 jsme se ptali, jestli si ženy myslí, na základě svých zkušeností, že maminky, které mají pozitivní přístup k těhotenství, mají v těhotenství méně komplikací a lépe je zvládají. Ano odpovědělo 46 % žen, spíše ano 41 % žen, spíše ne 4 % žen, ne 2 % žen a 7 % žen nevědělo. V položce 12 nás zajímalo, co si ženy myslí o vědomé komunikaci s miminkem v bříšku. 77 % žen odpovědělo, že občas to zkouší, např. mluvením na něj, 18 % žen odpovědělo, že tomu moc věří a každý den si na ni najdou chvíli, 5 % žen nevědělo, co si o tom má myslet. V položce 13 jsme se respondentek ptali, jak navazují kontakt se svým miminkem. Podle výsledků nejvíce žen 32 % navazuje kontakt se svým miminkem tím, že si masíruje bříško a myslí na něj. 29 % žen zvolilo mluvení a myšlení na miminko a masírování bříška a 27 % žen zvolilo kombinaci mluvení na miminko a masírování bříška. 7 % žen zvolilo kombinaci mluvení a myšlení na miminko a čtení pohádek, 4 % žen zvolilo kombinaci mluvení a myšlení na miminko, masírování bříška a pravidelné cvičení jógy a 2 % žen zvolilo masírování bříška, myšlení na miminko a meditaci.

Závěr: Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotetické tvrzení

Předpokládáme, že většina těhotných žen je přesvědčena, že psychický vývoj jejího dítěte se dá ovlivnit až po jeho narození.

K hypotetickému tvrzení se vztahovaly položky 14, 15, 16. V položce 14 jsme se respondentek ptali, proč si myslí, že je komunikace v tomto období důležitá. 80 % z nich odpovědělo, že věří, že je důležitá pro ně i miminko, protože když jsou v psychické pohodě ony, je i jejich miminko. 11 % žen je přesvědčeno, že je důležitá pro miminko, protože si myslí, že vývoj v bříšku je stejně důležitý jako život po narození a 9 % žen odpovědělo, že je důležitý pro ně, protože soustředění se na miminko je udržuje v psychické pohodě. V položce 15 jsme se ptali, co si respondentky myslí o prenatálním učení a 75 % z nich odpovědělo, že si myslí, že možná na tom něco bude, ale příliš se o to nezajímaly, 20 % žen odpovědělo, že se o to zajímalo a zkoušelo i nějaké věci jako pouštění hudby, čtení pohádek nebo zpívání. 5 % žen odpovědělo, že je to nesmysl a vůbec tomu nevěří. V položce 16 nás zajímalo, jestli mají respondentky nějakou zkušenost s tím, že miminko dokáže vědomě komunikovat, vnímat, reagovat nebo projevovat nesouhlas na některé podněty. Ano odpovědělo 25 % respondentek, spíše ano 64 % respondentek, ne 2 % respondentek a 9 % nevědělo.

Závěr: Hypotetické tvrzení se potvrdilo.

5.7 Diskuse

Výsledky našeho průzkumu jsme porovnali s teoretickou částí a dospěli jsme k těmto výsledkům.

V teoretické části jsme uvedli, že prenatální psychologie má různá pojetí a jednou z nich je teorie podle Fedora – Freybergha, který říká, že těhotenství je aktivní dialog mezi matkou a dítětem. Podle něj představuje prenatální zkušenost pro dítě velmi významný proces učení, které je všeobecnou podmínkou pro přežití, protože umožňuje organismu přizpůsobit se a adaptovat se na nové a měnící se podmínky. Dále uvádí, že kreativní a intuitivní prožívání těhotenství může ovlivnit postnatální osobnost dítěte ve smyslu pozitivní či negativní důvěry ve svět.

V našem průzkumu jsme se mimo jiné zaměřili na to, jak a jestli vůbec tento dialog vnímají těhotné ženy. Jestli jej chápou a hlavně jestli v něj věří. Jestli berou své nenarozené dítě jako samostatnou jednotku, s kterou se dá už v této době určitým způsobem komunikovat, navazovat kontakt, rozvíjet vztah a případně i schopnost se učit. A v neposlední řadě, jestli si uvědomují, že tento dialog je prospěšný jak pro plod samotný, tak pro ně.

Výsledky průzkumu byly pro nás překvapující, zjistili jsme, že těhotné ženy mají určité, i když ne příliš hluboké teoretické znalosti o této problematice, ale z praktického hlediska s tím nic nedělají. Pro málokterou z nich je to důležité natolik, aby se o to více zajímaly a něco pro to udělaly.

5.8 Doporučení pro praxi

Podle zjištěných nedostatků lze navrhnout následující doporučení. Vzhledem k tomu, že problémy vidíme v nedostatečné informovanosti a velkého podceňování dané problematiky jak u těhotných žen tak u porodních asistentek, dospěli jsme k názoru, že je prvotně nutné zlepšit edukaci. V první řadě je důležité motivovat porodní asistentky vytvořením odborných přednášek v příslušných zdravotnických zařízeních, kde by byly doplněny jejich znalosti a rozšířeny jejich obzory, které by mohly dále předávat jak v prenatalních poradnách tak v předporodních kurzech. Tyto kurzy by byly interpretovány odborníky z praxe, zabývající se klinickou psychologií, prenatalní psychologií, psychologií těhotenství, psychoprolaxií, porodnictvím a neonatologií. Myslíme si, že toto téma by se dobře uplatnilo i na seminářích a kongresech v rámci celoživotního vzdělávání porodních asistentek. V druhé řadě by byly prostřednictvím prenatalní poradny a psychoprolaktické přípravy lépe informovány i těhotné ženy. Zde je důležité, aby porodní asistentky těhotné ženy nejen kvalitně edukovaly, ale aby i zdůraznily, že kvalitní těhotenská příprava zajišťující psychickou rovnováhu je pro těhotnou ženu stejně důležitá jako prohlídka v prenatalní poradně.

Dále je nutné iniciovat články jak v odborných časopisech pro porodní asistentky, tak v časopisech laických pro nastávající maminky.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali tím, jak ženy prožívají své těhotenství po psychické stránce, co je pro ně v těhotenství důležité a co ne. Jakou roli v tomto stavu hraje vyvíjející se plod a jakou žena samotná. Cílem práce bylo zjistit vliv psychiky těchto žen na průběh těhotenství. Jestli vidí nějaké výhody na pozitivním myšlení a psychické vyrovnanosti v průběhu těhotenství. Dále jsme se zabývali významem interakce s plodem, prenatální komunikací a prenatálním učením. Zajímalo nás, jaký pohled mají na tuto problematiku těhotné ženy, a jestli něco takového v těhotenství praktikovaly. Celkově můžeme konstatovat, že cíl práce byl splněn.

Vzhledem k hypotézám nebyly výsledky nečekaným zjištěním. Naopak byl zjištěn významný fakt, že znalost těchto žen o této problematice je sice jen povrchní, ale přesto je. Spíše jsme dospěli k závěru, že problém není až tak v informovanosti, že něco takového existuje, ale v celkovém podceňování důležitosti role psychiky v těhotenství. Podle výsledků našeho průzkumu u mnoha žen nemá psychoprophylaxe a jiné těhotenské aktivity v těhotenství žádné místo. Nicméně i tak bylo dost žen, pro které se komunikace s plodem, prenatální učení v jakékoliv formě a různé těhotenské aktivity staly samozřejmou součástí jejich těhotenství.

V teoretické části jsme uvedli několik různých názorů a pohledů na toto téma. Na to jak psychika ženy ovlivňuje nejen prenatální vývoj plodu, ale i postnatální vývoj každého jedince. Náš názor je takový, že nejdůležitější je najít rovnováhu a harmonii, ať už to pro každou těhotnou ženu znamená cokoliv. Každý jsme jiný, každý máme jiné názory a pohledy na svět. Dle našeho názoru není dobrý ani jeden extrém. Psychika v těhotenství by se neměla podceňovat nebo dokonce zavrhnout. Na druhé straně to neznamena, že těhotná žena musí navštěvovat všechny těhotenské kurzy, studovat prenatální psychologii, půl dne meditovat a být ve stresu, že něco zanedbala nebo nestihla. Všechno by mělo probíhat v klidu, v pohodě a bez stresu.

Při provádění průzkumu jsme byli velmi překvapeni, jak ochotně ženy vyplňovaly dotazníky a o dané téma se zajímaly. Mnoho žen slovně i písemně reagovalo kladně na skutečnost, že někdo má zájem danou věc zkoumat. Získat respondentky k průzkumu nebyl tedy vůbec problém, ačkoli ženy jsou v současné době neustále vyzývány k vyplňování a podepisování nejrůznějších dotazníků a souhlasů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BALASKAS, Janet. 1996. *Přirozené těhotenství*. Z angl. orig. přel. Hilda Hearne. Praha : Svojtka a Vašut, 1996. ISBN 80-7180-117-8.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila; GOLDMANN, Mojmir. 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
3. ČECH, E.; HÁJEK, Z.; MARŠÁL, K.; SRP, B. et al. 2006. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
4. ČEPICKÝ, Pavel. 1992. *Psychologie ženy*. Praha : P. Čepický, 1992.
5. FARKAŠOVÁ, Dana. 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Ze slov. orig. přel. Valerie Tóthová. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
6. FEDOR-FREYBERGH, Petr. 2000. Prenatální a perinatální psychologie: nový interdisciplinární obor v měnícím se světě. *Medicína v praxi*, 2000, roč. 4, č. 4, s. 33-34. ISSN 1212-8759.
7. GROF, Stanislav. 2007. *Nové perspektivy v psychiatrii a psychologii*. Z angl. orig. přel. Viktor Horák. Praha : Moraviapress, 2007. ISBN 978-80-86181-83-7.
8. KARSTEN, Hartmut. 2006. *Ženy – muži*. Z něm. orig. přel. Petr Babka. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-145-X.
9. KOLÁŘOVÁ, Mirka. 2008. Těhotenství a porod očima moderní psychologie. *Femina* [online]. 22. leden 2008 [cit. 2009-11-17]. Dostupné z WWW: <http://www.femina.cz/tehotenstvi/tehotenstvi-a-porod-ocima-moderni-psychologie/4906>.
10. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo : koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Z aj. orig. přel. Tibor Baška. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
11. LABUSOVÁ, Eva. 2009. *Úzkosti a zlé sny před porodem* [online]. [cit. 2009-12-12]. Dostupné z WWW: <http://www.evalabusova.cz/clanky/uzkost.php>.
12. LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
13. LÁZNIČKOVÁ, Ludmila. 2007. Události před narozením a jejich důsledky. *Gynekolog*, 2007, roč. 16, č. 3, s. 120. ISSN 1210-1133.
14. MACKŮ, František; MACKŮ, Jaroslava. 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-589-0.

15. MAREK, Vlastimil. 2002. *Nová doba porodní*. Praha : Eminent, 2002. ISBN 80-7281-090-1.
16. NAKONEČNÝ, Milan. 2000. *Lidské emoce*. Praha : Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.
17. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha : Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
18. PAŘÍZEK, Antonín. 2008. *Knih o těhotenství a dítěti*. 3. rozš. a aktualiz. vyd. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-594-9.
19. PEČENÁ, Marie. 1999. *Psychologie těhotenství* [online]. Levret 1999 [cit. 2009-11-23]. Dostupné z WWW: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/ostatni/files/psychologietehot.php>.
20. POCHYLÁ, Karla. 2005. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
21. PORODNÍ ASISTENTKY, [online]. 2010. [cit 2010-03-07]. Dostupné z WWW: <http://www.aperio.cz/porodnictvi/porodni-asistentky.shtml>.
22. RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha : Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
23. ŘÍČAN, Pavel. 2007. *Psychologie osobnosti*. 5. rozš. a aktualiz. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.
24. SLEZÁKOVÁ, Lenka. et. al. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III.: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.
25. STADELMANN, Ingeborg. 2001. *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. Z něm. orig. přel. Barbora Sadílková. Praha : One Woman Press, 2001. ISBN 80-86356-04-3.
26. STEHLÍKOVÁ, Jitka. 2006. Zdravé mateřství. *Meduňka*, 2006, roč. 2, č. 11, s.16. ISSN 1214-4932.
27. TĚHOTENSTVÍ. 2004. *Moderní gynekologie a porodnictví* [online]. Levret 2004, roč. 13, č. 1, supplementum [cit. 2009-11-01]. Dostupné z WWW: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol8c3/TEHOTENS.php>.
28. TYL, Jiří; TYLOVÁ, Vendula. 2000. Prenatální učení (Jak psychologie pomáhá medicíně.) *Medicína v praxi*, 2000, roč. 4, č. 3, s. 40-43. ISSN 1212-8759.

29. VÁGNEROVÁ, Marie. 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
30. VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha : Karolínium, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
31. WIDDOWSON, Rosalind. 2004. *Ženy – muži*. Z angl. orig. přel. Marta Šedinová. Praha : Svojtka & Co., 2004. ISBN 80-7352-101-6.
32. ŽIVNÝ, Jaroslav. 2002. Endokrinologie těhotenství, porodu a laktace. In CIBULA, D.; HENZL, R.; ŽIVNÝ, J. et al. *Základy gynekologické endokrinologie*. Praha : Grada Publishing, 2002, s. 151 - 172. ISBN 80-247-0236-3.
33. ŽIŽKOVÁ, Kateřina. 2009. *Stanislav Grof* [online]. [cit. 2009-11-11]. Dostupné z WWW: <http://www.svetloduse.cz/metody-stanislav-grof.php>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Dotazník	I
Příloha B Žádosti na provedení průzkumu ve zdravotnických zařízeních.....	IV

PŘÍLOHA A

číslo dotazníku

Vážená maminko,

jmenuji se Lucie Štědrá a jsem studentkou třetího ročníku Vysoké školy zdravotnické, oboru porodní asistentka. V rámci mé bakalářské práce provádím průzkum na téma „Psychika těhotné ženy“. Součástí průzkumu je i tento vám předložený dotazník, o jehož vyplnění vás moc prosím. Dotazník je zcela anonymní a výsledky tohoto průzkumu budou využity pouze pro studentské účely bakalářské práce. Vámi vybranou odpověď prosím označte křížkem. Některé otázky můžete označit více odpověďmi nebo doplnit odpověď vlastní.

Za vyplnění a vrácení mého dotazníku Vám předem děkuji *Lucie Štědrá*.

1. Do jaké věkové skupiny patříte?

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let

2. Po kolikáté budete rodit?

- a) Poprvé
- b) Podruhé
- c) Potřetí
- d) Počtvrté
- e) Více.....

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) ZŠ
- b) Vyučena
- c) SŠ
- d) VOŠ
- e) VŠ
- f) Jiné.....

4. Žijete?

- a) Sama
- b) V partnerství
- c) V manželství

5. Charakterizovala byste sama sebe v tomto stavu (sama/v partnerství/v manželství) jako spokojenou?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) nevím
6. Charakterizovala byste svou finanční situaci jako uspokojivou?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) nevím
7. Co děláte teď ke konci těhotenství pro sebe?
- a) Navštěvuji prenatální poradnu
 - b) Navštěvuji předporodní kurzy
 - c) Navštěvuji kurzy tance, cvičení nebo plavání pro těhotné ženy
 - d) Navštěvuji jógu pro těhotné ženy
 - e) Chodím na masáže
 - f) Ještě chodím do práce
 - g) Nic
8. Proč?
- a) Chci mít jistotu, že jsem zdravá a mé dítě také.
 - b) Chci více informací o těhotenství a porodu.
 - c) Chci být fyzicky zdatnější a lépe připravená na porod.
 - d) Uklidňuje mě to, vždy se uvolním a chvíli relaxuji.
9. Myslíte si, že existuje určitá spojitost mezi celkovým přístupem k těhotenství a vaší psychickou stabilitou?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) nevím
10. Je podle vašeho názoru možné, že vaše nálady, emoce a sny ovlivňují vývoj vašeho miminka?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) nevím

11. Podle vašich zkušeností myslíte si, že je možné, že maminky, které mají pozitivní přístup k těhotenství, mají v těhotenství méně komplikací a lépe je zvládají?
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
 - nevím
12. Co si myslíte o vědomé komunikaci s miminkem v bříšku?
- Nemyslím si, že je to možné, opravdu komunikovat se dá až s miminkem v náručí.
 - Nevím, co si o tom mám myslet.
 - Občas to zkouším, např. mluvením na něj.
 - Moc tomu věřím, každý den si najdu chvílku jen pro nás dva.
13. Jak navazujete kontakt?
- Často na něj mluvím
 - Masíruji si bříšku
 - Myslím na něj
 - Pravidelně cvičím jógu
 - Medituji
 - Čtu mu pohádky
 - Jiné
14. Proč, si myslíte, že je komunikace v tomto období důležitá?
- Je důležitá pro mě, soustředění se na miminko mě udržuje v psychické pohodě.
 - Je důležitá pro miminko, věřím, že vývoj v bříšku je pro něj stejně důležitý jako život po narození.
 - Je důležitá pro nás oba, věřím, že pokud jsem v psychické pohodě já, je i moje miminko.
15. Co si myslíte o prenatálním učení (učení v bříšku)?
- Je to nesmysl, vůbec tomu nevěřím.
 - Možná na tom něco bude, ale moc jsem se o to nezajímala.
 - Zajímá mě to, zkouším nějaké věci jako je pouštění hudby, čtení pohádek nebo zpívání.
 - Vidím v tom velký smysl, používám Baby Plus.
16. Podle vašich zkušeností myslíte si, že miminko dokáže vědomě komunikovat, vnímat, reagovat nebo projevovat nesouhlas na některé podněty?
- ano, mám s tím vlastní zkušenosti
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
 - nevím

PŘÍLOHA B

Pa

Ústav pro péči o matku a dítě
k rukám hlavní sestry paní G. Kalouskové
Podolské nábřeží 157
147 00, Praha 4 - Podolí

V Praze 9.2.2010

Vážená hlavní sestro,

jmenuji se Lucie Štědrá a jsem studentkou třetího ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., oboru porodní asistentka. Nyní zpracovávám bakalářskou práci na téma „Psychika těhotné ženy“. Součástí mé práce je průzkum u těhotných žen. S Vaším souhlasem, bych ráda tento průzkum provedla ve vaší nemocnici v prenatální ambulanci. K tomuto průzkumu potřebuji od nastávajících maminek pouze vyplnit dotazník (který v příloze přikládám). Dotazník budu rozdávat maminkám osobně, aniž naruším práci sester na ambulanci.

Za kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji

s pozdravem

Lucie Štědrá
Nar. 2.10.1984

Černého 520
182 00 Praha 8 – Střížkov

e-mail. luciestedra@seznam.cz
tel. 724 006 127

Adresa školy:
VŠ zdravotnická o. p.s.
Duškova 7
150 00 Praha 5

9.2.2010
Kubelka
MUDr. Karel Buben

Kubelka

Pa
18/2 wia

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ
Podolské nábřeží 157
Č 147 10 PRAHA 4- PODOLÍ

GABRIELA KALOUSKOVÁ

Fakultní nemocnice Na Bulovce
k rukám hlavní sestry paní magistry P. Pipkové
Budínova 2
Praha 8 - Libeň
180 81

V Praze 9.2.2010

Vážená vrchní sestro,

Jmenuji se Lucie Štědrá a jsem studentkou třetího ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., oboru porodní asistentka. Nyní zpracovávám bakalářskou práci na téma „Psychika těhotné ženy“. Součástí mé práce je průzkum u těhotných žen. S Vaším souhlasem, bych ráda tento průzkum provedla ve vaší nemocnici v prenatální ambulanci. K tomuto průzkumu potřebuji od nastávajících maminek pouze vyplnit dotazník (který v příloze přikládám). Dotazník budu rozdávat maminkám osobně, aniž naruším práci sester na ambulanci.

Za kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji

s pozdravem

Lucie Štědrá
Nar. 2.10.1984

Černého 520
182 00 Praha 8 – Střížkov

e-mail. luciestedra@seznam.cz
tel. 724 006 127

Adresa školy:
VŠ zdravotnická o. p.s.
Duškova 7
150 00 Praha 5

11.2.10 publikováno

FAKULTNÍ NEMOCNICE NA BULOVCE
Budínova 2, 180 81 Praha 8
Mgr. Petra Pipková
náměstkyně pro oš. péči
e-mail: petra.pipkova@fnb.cz
tel.: 266 082 023 / 266 082 964