

Determinace prožívání porodu

Kateřina Zárubová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Zárubová**
Osobní číslo: **H12721**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Determinace prožívání porodu**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury týkající se determinantů prožívání porodu.

Vypracování teoretické části bakalářské práce.

Výběr respondentů.

Výběr výzkumné metody.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků z dotazníkového šetření a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

LÖHKEN, Sylvia. Síla introvertů: jak uspět ve světě, který přeje extrovertům. 1. vyd.

Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4735-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně13. 2. 15

M. Zlatkovec
.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych touto cestou poděkovat mému vedoucímu bakalářské práce doc. PhDr. Josefu Konečnému, CSc. za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této práce.

Dále děkuji Gynekologicko-porodnickému oddělení KNTB ve Zlíně za umožnění provést výzkumné šetření na oddělení šestinedělí. Mé poděkování patří všem klientkám po porodu a osloveným studentkám, které s ochotou spolupracovaly.

MOTTO

„Porod není zážitek na pár hodin, ale na celý život“.

Michel Odent

ABSTRAKT

Bakalářská práce pojednává o možných vlivech, které mohou ovlivnit prožívání porodu. Tyto faktory mohou nejen ovlivnit průběh porodu, ale následně také změnit vnímání prožitku z tohoto aktu. Dílčí kapitoly jsou věnovány i psychickým změnám v těhotenství, vztahu k nenarozenému dítěti a nitroděložní vazbě. Praktická část analyzuje výsledky dotazníkového šetření, ve kterém byl zjišťován vztah mezi extroverzí a prožíváním porodu. Prostřednictvím rozhovorů jsme zkoumali vliv determinantů na prožívání porodu.

Klíčová slova: determinanty, porod, prožívání, těhotenství

ABSTRACT

The thesis discusses plausible elements that may influence the childbirth experience. These factors may not only have an impact on the course of birth but also subsequently change the perception of it. Various chapters are dedicated to the psychological changes during pregnancy, the relationship towards the unborn child and intrauterine bond as well. The practical part analysis results of form inquiry centered around relations between extroversion and birth experience. The influence of determinants on perception of birth has been investigated via interviews.

Key words: determinants, birth, perception, pregnancy

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Zámková
.....

OBSAH

ÚVOD	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 TĚHOTENSTVÍ A POROD	14
1.1 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ	15
1.1.1 Motivace a vztah k nenarozenému dítěti.....	16
1.1.2 Nitroděložní vazba	17
1.2 POROD.....	20
1.2.1 Bolest při porodu.....	21
1.2.2 Prožívání porodu	23
2 DETERMINANTY PRŮBĚHU PORODU	24
2.1 RODIČKA	25
2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY	27
2.2.1 Přítomnost otce u porodu	28
2.2.2 Přístup zdravotnického personálu	29
3 OSOBNOST	31
3.1 PSYCHOLOGIE OSOBNOSTI.....	32
3.1.1 Determinace osobnosti	33
3.2 FAKTORY OSOBNOSTI.....	35
3.2.1 Typologie extroverze a introverze	38
3.3 OSOBNOST TĚHOTNÉ ŽENY	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 METODOLOGIE ŠETŘENÍ	41
4.1 CÍLE VÝZKUMU	41
4.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A ZÁKLADNÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
4.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	41
4.4 METODY PRÁCE.....	42
4.4.1 Dotazník	42
4.4.2 Sémantický diferenciál.....	43
4.4.3 Polostrukturovaný rozhovor.....	43
5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	44
5.1 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM.....	44
5.1.1 Analýza dat sémantického diferenciálu	45
5.1.2 D koeficient	47
5.2 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	48
5.2.1 Demografické údaje	49
5.2.2 Zjišťování informací o porodu rodičkami	50
5.2.3 Vliv zjištěných informací na prožitek porodu.....	51
5.2.4 Vnímání těhotenství	52
5.2.5 Strach z porodu	55
5.2.6 Přítomnost osob u porodu a vliv na jeho prožitek.....	57
6 DISKUSE	58
ZÁVĚR	60

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	64
SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ	65
SEZNAM TABULEK.....	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Bakalářská práce „Determinace prožívání porodu“ se týká možných činitelů, které mohou ovlivnit prožitek z porodu. Každá žena je individuální osobnost a tak by se k ní mělo přistupovat i v souvislosti s porodem. Rození dětí nemusí být pro každou ženu posláním jejího života. Pokud těhotenství a porod proběhnou podle představ rodičky či bez komplikací, může to ženu velice obohatit. Autorka si téma vybrala z toho důvodu, neboť ji fascinovala různost prožívání žen porodu. Bylo zajímavé vidět v praxi, jak některé ženy prochází porodem s klidem a kladnými emocemi. Proč naopak jiné rodičky nevnímají porod pozitivně, to se stalo velkou otázkou.

V porodnictví, jakožto v celém zdravotnictví, jsou zaznamenány pokroky. Díky vysoké úrovni poskytované péče je snižováno riziko úmrtí a nemocnosti v průběhu těhotenství, za porodu i v šestinedělí. Zdokonalení zdravotnických přístrojů a vylepšení léčiv vede často k nadužívání těchto zlatých standardů. V důsledku se zapomíná na aspekty, které mohou být označovány jako méně důležité, vedlejší. Bylo by dobré na rodící ženu pohlížet jako na originál a podle toho k ní přistupovat. Dobré psychické rozpoložení rodičky, přiměřená informovanost o průběhu porodu, navázání kvalitního kontaktu s porodní asistentkou a přítomnost vnímavého otce u porodu mohou sehrát velkou roli v konečném prožitku z tohoto aktu.

Prožitku z porodu se v dnešní době věnuje více pozornosti, nežli tomu bylo v minulém století. Více žen si přeje родit v domácím prostředí. I tento fakt je spjat s prožíváním porodu. Rušné prostředí porodnic, hektická atmosféra a často ne příliš vhodný přístup porodníků i porodních asistentek k rodičce má jistě vliv na porodní zážitek.

Cílem bakalářské práce je zjistit a utřídit informace o vlivech, které mohou mít vliv na prožitek z porodu a vytvořit edukační materiál pro zdravotní personál pracující v oblasti porodnictví. V edukačním materiálu budou zahrnuty výsledky výzkumného šetření a výčet determinantů porodu.

Problematika celého tématu je rozčleněna do dvou částí. První část- teoretická, je rozčleněna do tří kapitol. Zaměřuje se na všeobecné informace o těhotenství, porodu a psychologii těchto dvou aspektů. Dále popisuje determinanty prožívání porodu a osobnosti. Druhá část- praktická, analyzuje získaná data a rozebírá zkušenosti žen s porodem. Rozhovoru se zúčastnilo jedenáct žen, které ochotně popsaly svůj prožitek.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ A POROD

K vrcholným a neopakovatelným zážitkům v životě ženy patří těhotenství a porod. Tím, že žena přivede na svět dalšího člověka, naplní své jedinečné biologické poslání (Čechová a kol., 2004, s. 116). Rozhodnutí stát se matkou se složitým způsobem promítá do života ženy. Mateřství v sobě skrývá radost a má své kouzlo. Je to významná životní změna a velký, často obtížný, úkol. Narození dítěte a novou mateřskou roli neprožívají všechny ženy stejným způsobem. Každé těhotenství a porod, které žena prožívá, přináší jiné zkušenosti a je jiným obdobím v jejím vývoji (Roztočil, 2008, s. 359). Dobrý psychický stav těhotné a rodičí ženy se spolupodílí na fyziologickém průběhu těhotenství a porodu (Čechová a kol., 2004, s. 116). Kvalita porodu má rozhodující vliv na kvalitu budoucího života nejen novorozence, ale i jeho rodiny a komunity (Marek, 2002, s. 35).

Během těhotenství dochází k hormonálním změnám, které mají vliv na psychiku těhotné. Prenatální období, období příchodu a péče o dítě vyžaduje určité změny v postojích a chování těhotné a rodičky. Mnohé ženy nejsou na rodičovskou roli připraveny. Je to fáze náročná a vyžaduje řadu změn a ústupků. U těhotných se vyskytuje výrazná úzkost a tenzní stavy, které se výrazněji vztahují k pocitům týkající se plodu, období porodu a bolesti (Roztočil, 2008, s. 360).

1.1 Psychologie těhotenství

Těhotenství je definováno jako splynutí mužské a ženské pohlavní buňky. Je to období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech a končí porodem plodu (Roztočil, 2008, s. 86). Sociální psychologové řadí těhotenství a porod mezi náročné životní situace. Každá změna, která zasahuje do stereotypů a životních zvyklostí, může být prožívána jako náročná situace. Dochází ke změnám biologickým, sociálním a psychickým. Jak bude žena tyto změny prožívat a vyrovnávat se s nimi, záleží především na následujících faktorech:

- somatický stav,
- osobnost ženy a míra identifikace s ženskou rolí,
- motivace k těhotenství,
- vztah k nenarozenému dítěti,
- sociální a ekonomické podmínky rodiny (Čechová a kol., 2004, s. 118).

Až u 50- ti % těhotných žen se vyskytuje porucha kognitivních funkcí, nazývaná jako benigní těhotenská encefalopatie. Jedná se o změny psychiky způsobené těhotenstvím. Mezi symptomy patří poruchy paměti, problémy s učením, únavnost, nespavost, potíže se čtením, poruchy koncentrace a dezorientace. Těhotné většinou nesdělují tyto potíže lékařům, protože je nepovažují za patologické. Tento stav se většinou upraví po porodu spontánně (Ratislavová, 2008, s. 26). Asi 6 týdnů před porodem dominuje přijetí přicházející reality a výrazně se zintenzivňují obavy z porodu, jeho průběhu, intenzity a charakteru bolesti, ze zdravotního stavu novorozence, ze smrti, náhlého opuštění pracovního prostředí a navykých rituálů. Nejobtížněji tuto etapu prožívají osobnosti emočně labilnější a neurotické (Roztočil, 2008, s. 361).

Z psychologického pohledu je těhotenství chápáno jako období psychické nestability, které postihuje i úroveň sociální nebo somatickou. Psychické změny, odpovědnost za vývoj plodu a zdravotní změny prožívají ženy jako zátěžovou situaci. Změny těla, jako je přírůstek na váze, růst prsů a vznik strií, patří mezi nejvýraznější stresory. Přijetí těchto tělesných změn je negativní zvláště u žen, které mají problematický vztah ke svému tělu a poruchu sebepojetí. Těhotenství si vyžaduje zvýšenou pozornost od svého okolí, a to ze strany partnera, rodiny i přátel. Při převažující hypersenzitivitě snadno vznikají pocity odmítnutí, zranitelnosti a trvalého strachu. Tuto životní etapu provázejí často změny partnerských a rodinných vztahů. Je ovlivněno manželské soužití. Problematické jsou nezralé zá-

vislé osobnosti, kdy pouto mezi matkou a dcerou zesiluje, což může vést k narušení partnerského soužití (Roztočil, 2008, s. 360).

V období těhotenství dochází k poklesu psychického prožívání a zranitelnosti ega. Jak tyto změny budou hluboké, záleží na dosažené zralosti ženy a na její tendenci regresovat v tomto období. Během těhotenství se předchozí fixace ještě jednou opakují a rekapituluji se stádia vývoje libida. Ženy se v těhotenství stávají úzkostné, pokud mají nevyřešené konflikty (Ratislavová, 2008, s. 24). Mezi adekvátní projevy u těhotné řadíme depresivitu, hypersenzitivitu, emoční labilitu a projevy regrese. Hormonální změny během těhotenství snižují frustrační toleranci na psychická traumata, což může být spojeno s depresemi. U žen, které mají pozitivní postoj k těhotenství, je výskyt depresí menší. Depresemi trpí častěji vícerodičky. U těhotné můžeme pozorovat zvýšenou hladinu neuroticizmu a úzkosti z rodičovské role (Roztočil, 2008, s. 360).

V rovině matky s vlastním dítětem se obnovují fáze mateřské a dětské symbiózy, pomalé separace a individualizace. Regrese se projevuje sebestředností, zájmem o vlastní osobu a vyvíjející se plod. Tento děj probíhá i u zralých žen a umožňuje budoucí matce správně se vyladit na potřeby dítěte a tím mu vytvořit podmínky k bezpečnému připoutání se s následným vstupem do života s důvěrou. Objevují se především orální motivy s péčí o jídlo, teplo a bezpečí (Ratislavová, 2008, s. 24).

1.1.1 Motivace a vztah k nenarozenému dítěti

Mezi faktory, které ovlivňují ženu v jejich postojích a prožitcích v těhotenství, řadíme i motivaci a vztah k dítěti. Tyto dva aspekty spolu úzce souvisejí. Již dávno před narozením se vytváří vztah rodiny k dítěti a rodinná atmosféra, do které potomek přichází. (Čechová a kol., 2004, s. 120). Pražská studie nechtěných dětí se zabývala vztahem mezi matkou a dítětem. Bylo sledováno 220 matek, které porodily nechtěné dítě. Skupina těchto dětí měla prakticky stejný biologický start do života, jako děti ze skupiny kontrolní. V průběhu porodu se nevyskytly komplikace. Očekávalo se, že průběh porodu bude ovlivněn nechtěností dítěte např. překotným porodem (matka se chce těhotenství zbavit), nebo protrahovaným porodem (matka si nepřeje, aby dítě přišlo na svět, brání se jeho narození). Matky nechtěných dětí navštěvovaly významně méně prenatalní poradny. Byly vyzpozorovány různé nálezy, které postihly určitá období od narození až do rané dospělosti (Matějček, 1994, s. 184, 186, 189).

Podle toho, zda je očekávané dítě plánované nebo neplánované, chtěné či nechtěné, rozlišuje psychologie čtyři základní kvality postojů k nenarozenému dítěti. Za nejlepší variantu bychom mohli považovat situaci, kdy se dítě rodí ženě, která plánovala jeho zrození a těší se na jeho příchod. U těchto žen je dobré znát jejich motivaci, protože jedině tak lze objektivně posoudit vztah matky k budoucímu dítěti, atmosféru a podmínky, v kterých bude dítě vyrůstat. Přestože je těhotenství chtěné a plánované, nemusí vždy spolehlivě zaručovat nejlepší podmínky pro vývoj dítěte. Taková situace může nastat, pokud má žena pro těhotenství nežádoucí nebo problematickou motivaci. Patří zde narušené sebevědomí, potřeba manipulovat s lidmi, reagování únikem z náročné životní situace či získání určité ekonomické výhody. Dítě, které sice nebylo plánované, ale přesto je chtěné, může mít příznivější podmínky pro svůj vývoj. Rozhodující se v tomto případě stává osobnost a motivace budoucí matky. Děti neplánované a nechtěné mají jednoznačně nepříznivou situaci. Odmítané dítě nepozná lásku druhého, nevytvoří si vztahy, nemá vzor, s kterým by se mohlo ztotožnit, a tak se přiměřeným způsobem socializovat (Čechová a kol., 2004, s. 120, 122).

U většiny domorodých kultur se můžeme setkat s úctou k nenarozenému dítěti. Například když chce mít Indka duchovně vyspělé, zdravé a šťastné dítě, začne meditovat již před sestoupením vajíčka, které má být oplodněno. V České republice se často setkáváme s absencí úvah o možnosti akceptace vědomí u plodu. Porodník a psycholog Fedor- Freybergh zdůrazňoval, že je důležité respektovat nový život od samého začátku. Je podstatné, aby byl tento nový život považován za rovnocenného partnera. Vzájemný dialog začíná již v okamžiku početí a pokračuje v dalších prenatalních, perinatálních a postnatálních stadiích života. Tato komunikace ovlivňuje kvalitu porodu a následně způsob vývoje člověka (Marek, 2002, s. 37, 183).

Žena by měla prožívat těhotenství, jen pokud je na mateřskou roli připravena a dítě doopravdy chce. Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro prenatalní vývoj dítěte a pro zahájení rané interakce matka- dítě v období před narozením je psychická vyladěnost matky. Pro děti narozené z nechtěných těhotenství vznikl termín psychická subdeprivace. Poprvé ho použili autoři Dytrych, Matějček, Schüller v roce 1975 (Šulová, 2011, s. 34, 68).

1.1.2 Nitroděložní vazba

Prenatální psychologie objevuje a snaží se dokázat, že dítě v děloze je stejně živým, cítícím a vědomým tvorem, jako každý z nás. V roce 2000 zveřejnil ruský lékař dr. Grigorij I. Brekhman svou práci popisující vztah matky a jejího nenarozeného dítěte na tělesné, men-

tální, emoční, a navíc také energetické úrovni. První, kdo pochopil souvislosti týkající se prenatalní psychologie, byl italský umělec a vynálezce Leonardo da Vinci. V jeho spise Quaderni napsal o prenatalních vlivech: „ ... *stejná duše ovládá dvě těla... to, co si matka přeje v čase své naplněné touhy, se často zrcadlí v životě dítěte... jedna vůle, jedno nejvyšší přání, jeden strach, který matka pociťuje, nebo i duševní bolest mají větší moc nad dítětem než nad ní samou a mohou pro ně často znamenat i ztrátu života* “ (Marek, 2002, s. 76, 77).

Je otázkou, zda prenatalní chování plodu vytváří modely pro jeho pozdější postnatalní vývoj. Existenci interakce matka- dítě a rodičovské postoje vůči nenarozenému dítěti považují odborníci za podstatné a velmi důležité. První komunikace mezi matkou a dítětem vzniká na úrovni biochemické. Není vyvolána imunitní reakce proti zárodku v organismu matky, přestože zárodek má ve svých buňkách genetickou informaci otce i matky. Pro matčino tělo jsou otcovy antigenní znaky cizí, a tak by bylo obvyklé, kdyby došlo k imunitní reakci. Většinou se to však nestává. Další komunikaci ve vztahu matka- dítě vidíme na úrovni neurohumorální, která je zahájena pravděpodobně matkou. Její mozek zpracovává v emoci zachycený vnější podnět. V hypotalamu je emoce zpracována. Z něj se vyšle signál pro endokrinní a vegetativní nervový systém. Tyto systémy následně reagují. Na chemické změny v matčině těle reaguje hypotalamus plodu. Pokud je plod v matčině těle vystaven negativním emocím, může to ovlivnit jeho neurohumorální prostředí a následně jeho vývoj. Matka s dítětem komunikuje také v emocionální rovině- těšení se na něj, nebo naopak negativní očekávání dítěte, jeho nechtěnost (Matějček, 1988 in Šulová, 2011, s. 32).

Prenatalní psycholog Thomas Verny se velmi podrobně zabýval vlivem dlouhodobě problematického psychického stavu matky na ještě nenarozené dítě. Zaznamenal spousty postřehů a zjištění. Uvedl celou řadu výsledků výzkumů, svých i jiných vědců, o nepřímých, ale prokazatelných nitroděložních vazbách matky a plodu a rizikových faktorech porodu. Milující a starostlivé matky přivádějí na svět děti, vyznačující se větší sebedůvěrou a pocitem jistoty. To je způsobeno tím, že sebeuvědomující se já každého dítěte bylo vymodelováno z tepla a lásky. Naopak nešťastné, deprimované a rozpolcené matky rodí větší počet neurotických dětí. Ego těchto dětí se formovalo v okamžicích strachu a úzkosti. Podle dr. Stotta představují pro nenarozené dítě nižší riziko všeobecně známé rizikové faktory (kouření, vážné fyzické choroby, náročná práce v těhotenství) než kvalita partnerského vztahu matky. Děti, které se narodily z nešťastných manželství, byly v kojeneckém ob-

dobí pětkrát bojácnější a nervóznější, než děti ze šťastných manželství (Marek, 2002, s. 76-77.)

1.2 Porod

Jako porod označujeme děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky (Roztočil, 2010, s. 109). Definice porodu podle WHO zní následovně: *„Jako porod je označován děj, při kterém dojde k vypuzení plodu z dělohy, který má porodní hmotnost 500g a více, bez ohledu zda se narodí živý či mrtvý. Jako porod je označen i děj, při kterém je z dělohy vypuzen plod se známkami života, který nesplňuje hmotnostní kritérium, ale přežívá déle, jak 24 hod. Vše ostatní je označováno za potrat“*. Tomáš Binder v knize Porodnictví popisuje porod takto: *„Spontánním porodem rozumíme vypuzení plodového vejce z děložní dutiny porodními cestami působením porodních sil. Vypuzen je nejdříve plod a poté placenta a plodové obaly. Donošený lidský plod je relativně velký, porodními cestami může projít jen za pomoci porodního mechanismu a každé jeho porušení může spontánnímu porodu zabránit“* (Binder, 2011, s. 64).

1.2.1 Bolest při porodu

Definice bolesti podle Vymětala zní takto: *Bolest je nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený obvykle s aktuálním či potencionálním poškozením tkání. Je vždy subjektivní zkušeností a stavem, multimodálním jevem a komplexním zážitkem. Jde o složitý proces, vzniklý integrací fyziologických, psychologických, sociálních a situačních momentů* (Vymětal, 2003 in Ratislavová, 2008, s. 66).

Vrátková teorie bolesti byla publikována v roce 1965. Z této teorie plyne, že chod zpráv o bolestivém podnětu může být modulován. Zážitek bolesti ovlivňují environmentální vlivy, chování a psychické vlivy (Snyder, 1989 in Ratislavová 2008). Potencionálně neurální aktivitu, která následně bolest moduluje, ovlivňuje očekávání, přesvědčení a hodnocení situace. Kognitivní procesy mohou měnit viscerální aktivitu a svalové napětí, čímž ovlivní zavírání či otevírání vrat. Do faktorů, které moduluji vjem bolesti, patří: osobnostní charakteristiky, nálady, vliv prostředí, okolností, situace a vliv učení. Významným objevem v oblasti modulace bolesti byla práce Hughese a Kasterlitze. Ti zjistili, že existují mozkové výtažky mající vlastnosti morfinu a byly nazvány endorfiny. Ke zvýšení endorfinů neboli endogenních opiátů, dochází např. i pod vlivem placebo, při aplikaci akupunktury a při mírném stresu. (Ratislavová, 2008, s. 66).

Porodník Dick- Read se zamýšlel nad tím, co si jednoduché ženy k porodu přinášejí a co jim dovoluje přivést děti na svět bez obvyklých ceremonií, na které byl zvyklý u komplikovanějších matek. Postupem času si uvědomil, že podstatou není to, co tyto rodičky do porodu vnášejí, ale naopak, co si s sebou neberou- strach. Po několikaletém studiu se zrodila jeho teorie. Pokud není přítomen strach, nevyskytuje se ani bolest. Pocit strachu způsobí, že se tepny vedoucí k děloze stáhnou a následně vzniká napětí, které působí bolest. Absence strachu umožní uvolnění svalů, které začnou být poddajné, děložní hrdlo se dokáže přirozeně ztenčit a otevřít. Pomocí rytmických stahů se dítě lehce vypudí na svět. Pokud tedy rodící matka není omezena strachem, naplní se tělo vlastním přirozeným relaxantem. Endorfiny mají dvěstěnásobně vyšší účinek než morfium. Navozují stav klidu s určitým otupením vnímání a paměti (Mongan, 2010, s. 30-31). Dick Read publikoval metodu přirozeného porodu, jejímž teoretickým základem byla triáda úzkost- napětí- bolest. V době porodu je tedy důležité bojovat proti úzkosti a napětí. Jako porodník se Read snažil snížit úzkost žen tím, že s nimi v průběhu porodu trávil maximum času. O kontrakcích se nevyjadřoval jako o bolestech, ale jako o stazích. Napětí se snažil zmírnit nácvikem relaxace svalstva (Kuželová, 2003, s. 1).

Lokalizace porodních bolestí je v podbříšku, kříži či obou místech. Vznikají z důvodu zkracování děložního hrdla, dilatací branky, sníženým přísunem krve do dělohy během stahů, tlakem plodu na pánevní struktury a napínáním vaginy a perinea. Relativně slabé bolesti udává asi 15% rodiček a extrémně silné stahy má asi 15% žen. Silnější porodní bolest je udávána ženami s nižším vzděláním, s negativní nebo ambivalentní reakcí na diagnózu těhotenství, s pozdní první návštěvou poradny, či u žen strachujících se porodní bolesti již předem. Intenzita může být částečně ovlivněna přípravou těhotné na porod, dysmenoreou, váhou matky a dítěte (Ratislavová, 2008, s. 67).

Za důležité se považuje pochopení procesu porodu. Přirozenou součástí normálního porodu je bolest. Porodní bolest stimuluje mozek k produkci hormonů a ty podněcují dělohu ke stahům. Tyto kontrakce jsou v přirozeném intervalu i intenzitě. Jedná se o zpětnovazebný proces. Pokud se však podá epidurální analgezie, může se tento proces přerušit. To má za důsledek zpomalení, nebo zastavení normálního průběhu porodu (Marek, 2002, s. 96). Bolest je z fylogenetického hlediska pro ženu prospěšná, neboť pociťuje svou zranitelnost, vyhledá pomoc, přeruší všechny ostatní aktivity a je motivována k zaujímání různých poloh, které mohou usnadnit porod. Organismus rodičky reaguje na bolesti při porodu. Vylučuje se adrenalin (dodává sílu) a endorfiny (tlumí bolest, při porodu se jejich hladina zvyšuje až 30x). Přirozený oxytocin hraje také důležitou roli (přispívá ke zlepšení nálady, zvyšuje práh bolesti a má za následek určitý útlum paměťových center). Intravenózně podávaný oxytocin však tyto účinky nemá. Mnoho rodiček na porodní bolesti snadno zapomíná. Z žen, které hodnotily porodní bolesti jako těžké, charakterizovalo za tři měsíce více než 90% z nich porod jako uspokojivý (Ratislavová, 2008, s. 67).

1.2.2 Prožívání porodu

Porod je situace, na kterou se žena může připravovat v průběhu devíti měsíců. Přesto je porod situace nová, neobvyklá a složitá i pro ženy, které již rodily, či se snažily se vši zodpovědností co nejlépe připravit. Náročnost porodu je jedním ze zdrojů, jímž se osobnost ženy formuje. Pokud žena překoná překážku v podobě porodu, může to být pro ni zdroj uspokojení, hrdosti, sebedůvěry a sebevědomí. K rozporům v sebepojetí může dojít, pokud má rodička pocit, že situaci nezvládla. To, jak se žena dokáže vypořádat s touto zátěžovou situací, záleží na její osobnosti, vrozených vlastnostech, odolnosti vůči zátěžovým situacím, životních zkušenostech, aktuálním zdravotním stavu organismu i sociálních skutečnostech. Porod jako zátěžová situace by se měl vždy posuzovat k adaptačním silám a možnostem ženy (Ratislavová, 2008, s. 58). „*Porod, podobně jako smrt, představuje univerzální zkušenost. Může být tím nejmocnějším tvůrčím zážitkem v životě mnoha žen. Může být zlomkem v proudu lidské existence, fragmentem, který nemá nic nebo jen málo společného s vášnivou touhou, jež vytvořila toto dítě. Anebo je možné prožívat ho krásně a s důstojností a porod sám může být oslavou radosti.*“ uvádí Sheila Kitzingerová v předmluvě knihy *Znovuzrozený porod* (Odent, 2011, s. 20).

Během porodu se vylučuje celá řada hormonů, které ovlivňují fyziologický děj i chování a psychiku matky a plodu. Oxytocin vyvolává kontrakce dělohy a ovlivňuje mateřské chování. Bývá označován jako hormon lásky nebo altruistický hormon. Odent uvádí (Odent, 1999 in Ratislavová, 2008, s. 17), že se oxytocin vyskytuje při kojení, pohlavním styku u ženy i u muže a při jídle s druhými lidmi. Působení tohoto hormonu na matku a plod, se doplňuje s účinky hormonu prolaktinu (mateřský hormon) a endorfiny. Endorfiny jsou přírodní opiáty v lidském těle. Při porodních bolestech se vylučují a působí změny vnímání matky, která při porodu může prožít až extatické stavy. Ještě určitou dobu po porodu jsou matka i dítě těmito hormony prosyceni. Při kojení se zřejmě zvyšuje i hladina endorfinů, což má za následek pečovatelské, láskyplné chování a vznik vzájemné náklonnosti mezi matkou a dítětem (Ratislavová, 2008, s. 17-18).

Specifická bolest při porodu je součástí přirozeného tělesného procesu. Je možno se na ni po dobu několika měsíců připravovat. Porodní bolesti jsou časově omezené, trvají hodiny, přicházejí v pravidelném rytmu a v intervalech mezi nimi bolest ustává. Končí porodem novorozence, což je (většinou) pro matku kladně nabitým zážitkem a velkou odměnou (Ratislavová, 2008, s. 67).

2 DETERMINANTY PRŮBĚHU PORODU

Průběh porodu ovlivňuje celá řada faktorů. Můžeme je rozdělit na fyzické a psychické. Fyzické faktory máme dané. S faktory psychického rázu můžeme pracovat a pozměnit stav mysli tak, aby porod zjednodušil. Psychické faktory jsou přinejmenším stejně významné jako fyzické (Gaskin, 2010, s. 298, 299).

Fyzické faktory se týkají svalů, porodního kanálu a obsahu dělohy. V průběhu porodu pracují svaly, které neovládáme vůlí (děložní sval). Do skupiny svalů, které vůlí ovládat můžeme, patří svaly břicha a hrudníku. Závisí na fyzické kondici matky, jak budou všechny tyto svaly svou práci vykonávat. Porodní kanál má části měkké (děložní hrdlo, dolní část dělohy, pánevní dno a pochva) a tvrdé (kostěná pánev). Rozměry tvrdého porodního kanálu a pružnost měkkých tkání hrají důležitou roli. Průběh porodu ovlivňuje množství plodové vody a v neposlední řadě plod, jeho poloha, velikost a naléhání (Gaskin, 2010, s. 298, 299).

Mezi psychické faktory řadíme přístup jednotlivých účastníků porodu, protože na průběh porodu mají vliv všichni, kdo se ho zúčastní (Gaskin, 2010, s. 298, 299). Psychosociální faktory ovlivňují vnímání bolesti rodičky, průběh a délku trvání porodu, riziko akutního císařského řezu a míru medicínských intervencí. Psychosociální kontext perinatální péče má podstatný vliv na prožívání a následné hodnocení porodu (Takács a Kodyšová, 2011, s. 200). V neposlední řadě je potřeba zmínit vliv vnějších činitelů. Pokoj, v kterém porod probíhá, by měl být malý, neboť v malém pokoji snadněji vzniká pocit soukromí. Velice důležité je zatemnění. Rozhodující vliv na spontánní průběh první doby porodní mají tyto aspekty: soukromí, intimita, přítmí, klid, svoboda matky dělat hluk a rodit v jakékoli poloze a přítomnost pozitivně působících porodních asistentek (Odent, 2011, s. 67, 68, 70).

2.1 Rodička

Důležité je, jak se cítí matka v čase porodu. Tento aspekt má totiž nesmírný vliv na jeho průběh. Pokud je rodička plná důvěry, uvolněná a těší se na narození dítěte, je velký předpoklad, že porod bude jednoduchý a bezproblémový. Ovšem cítí-li obavy, pochybnosti a není si jista rolí budoucí matky, riziko komplikací úměrně roste (Marek, 2002, s. 81). Vyšší povědomí o důležitosti klidu, uvolnění, jemné povzbuzování a ujištění může urychlit průběh porodu. Málo poskytovatelů zdravotní péče však dokáže přijmout vztah, který existuje mezi prožíváním porodu a autonomní nervovou soustavou. Nervová soustava vyplavuje stresový hormon katecholamin, a také endorfiny. Endorfiny, nebo také hormony dobré nálady, uvolňují svaly a dovolují tělu otevřít se (Mongan, 2010, s. 68). Hladina katecholaminů se zvyšuje, pokud žena prožívá stres. To může zastavit či zpomalit produkci hormonu oxytocinu a snížit průtok krve placentou. Oxytocin je nezbytný pro děložní kontrakce. Pokud rodička prožívá stres a úzkost, následkem může být větší citlivost na bolest. V návaznosti na to je častěji užívána analgezie a anestezie, které mají mnohdy negativní vliv na postup porodu, zvyšují riziko dechové tísně plodu a nižšího Apgar skóre (Takács, Seidlerová a kol., 2012, s. 5). Rozličné druhy úzkosti a stresů a jejich vliv na trvání porodu a sílu kontrakcí zkoumali badatelé na univerzitě v Cincinnati. Sledovalo se deset psychologických determinantů. Nejvíce prodlužovaly porod a vyvolávaly nejméně účinné kontrakce tyto faktory: postoj k mateřství, vztah k matce, návyková úzkost, obavy a strach. Z této studie vyplývá, že ženy s nejlhčími porody měly nejméně rozporný postoj k mateřství, měly nejméně konfliktů se svými matkami a všeobecně byly nejméně úzkostlivé. Dále bylo zjištěno, že přirozené obavy před porodem mají malý vliv na jeho trvání a na kontrakce dělohy. Jak ukazují mnohé práce, komplikace se častěji vyskytují u velmi rozrušených žen. Ve studii, provedené na Brownově univerzitě, sledovali padesát žen. Badatelé klasifikovali polovinu žen jako rozrušené před porodem a druhou polovinu jako normální (ženy se těšily na porod). Po porodech byly prohlédnuty porodní záznamy všech rodiček. Minimálně jednu komplikaci měly všechny rozrušené ženy. Matky klasifikované jako normální, neměly ani jednu komplikaci (Marek, 2002, s. 84, 85). Problematickými rodičkami se mohou stát ženy sociálně izolované, sociálně neuznávané či ženy se špatným sociálním zázemím, nezletilé a starší prvorodičky, rodičky po předchozím spontánním abortu nebo perinatálním úmrtí dítěte (Roztočil, 2008, s. 361).

Výsledky výzkumu publikované v roce 2012 ukazují, že nejvýznamnějšími determinanty průběhu porodu jsou následující: kontrola rodičky nad porodním procesem a její podíl na

rozhodování. Kontrola nad vývojem situace a možnost ovlivnit průběh dění úzce souvisí s psychickou odolností a zvládáním náročných životních situací. Nedostatek vnímané kontroly může rodička prožívat jako ohrožující. Při nemožnosti změnit dané podmínky se následně mohou objevit pocity bezmoci, úzkosti, strachu či vzteku. To může vést ke stresové reakci s příslušnými hormonálními změnami, které se promítnou do průběhu porodu. Pocity nízké sebekontroly spolu se stresovou reakcí rodící ženy mohou vést ke snížení intenzity kontrakcí dělohy a následně k prolongovanému porodu (Takács, Kodyšová, Seidlerová, 2012, s. 200). Rodičky a nedělky procházejí náročným obdobím. Není výjimkou, když tyto ženy udávají nespokojenost s péčí na gynekologicko-porodnickém oddělení. Zejména prvorodičky jsou vnímavější k přístupu a chování zdravotníků. Hlavní roli pravděpodobně hraje fakt, že tyto ženy jsou ve většině případů spíše klientkami, než pacientkami. Očekávají, že jim bude umožněno více se podílet na rozhodování o lékařských zásazích. Zároveň předpokládají rovnocenný přístup zdravotníků, a to ve vyšší míře, než je běžné na jiných odděleních (Takács, Kodyšová, Seidlerová, 2012, s. 105).

2.2 Psychosociální aspekty

I v oblasti porodnictví lze hovořit o dopadu psychosociálních aspektů na stav pacienta, přestože zde se spíše jedná o klientku, která prochází fyziologickým avšak rizikovým procesem. Mezi významné determinanty průběhu porodu patří kromě osobnostních charakteristik rodičky, její socioekonomické situace a psychosociálního stresu v průběhu těhotenství rovněž psychická podpora poskytovaná při porodu či naopak stres a rodičkou vnímané negativní vztahy se zdravotníky (Takács, Kodyšová, Seidlerová, 2012, s. 196).

Jen některé ženy ale prožijí porod, na který mohou vzpomínat v dobrém. Často se stává, že personál porodnic neposkytne potřebné informace rodičkám, nedokáže jim vyjít vstříc a nevyslyší jejich přání. Těhotenství je fyziologický stav, není nemocí. Přesto pokud žena otěhotní, stává se pacientkou. Často pak porod v podání českých porodníků vypadá jako operace, na kterou se ženy snaží co nejrychleji zapomenout (Marek, 2002, s. 12). Eva Labusová v knize Hypnoporod (Mongan, 2010, s. 17) uvádí: „*Česká republika patří k zemím, kde se většina žen porodu bojí. Často nemají jiné přání, než ho mít za sebou. Přibývá předem domluvených císařských řezů bez skutečné indikace*“. Naše porodnictví se donedávna dívalo na těhotenství, plod, porod i rodičku jednostranně. Pečovalo se především o fyzické zdraví matek a novorozenců, ale dále se nezabývalo ničím jiným. České ženy často přicházely k porodu nedostatečně připravené a naprosto neinformované o tom, jak by mohly samy svůj porod pozitivně a aktivně ovlivnit (Marek, 2002, s. 37).

Psychosociální aspekty v perinatální péči jsou důležitým determinantem prožívání a průběhu porodu. Porodní zážitek ovlivňuje míru psychické odolnosti v rodičovství a může mít vliv na vztah ženy k dítěti i partnerovi. Jak tento zážitek bude pozitivní, souvisí s příznivým psychosociálním klimatem porodnice. Porod je řízen hormony. Jeho průběh závisí i na prostředí, v němž se rodící žena nachází. Psychosociální podpora poskytovaná ženě v průběhu porodu kladně ovlivňuje celý děj. Zkracuje se délka trvání a je snížen výskyt porodních komplikací. Výzkum prováděný v letech 2010- 2012 sledoval spokojenost žen s péčí v českých porodnicích. Studie se zaměřuje na psychosociální aspekty perinatální péče, a to především na vstřícnost a empatii zdravotníků, kontrolu rodičky a její podíl na rozhodování, podávání informací a dostupnost zdravotníků, respekt v přístupu zdravotníků k rodičkám, fyzické pohodlí a služby. Přestože je české porodnictví na dobré úrovni, potýká se s vážnými nedostatky v psychosociální oblasti. Jedná se především o nedostatečné

zapojování rodiček do rozhodování, omezené poskytování informací a nerespektování přání žen ohledně způsobu vedení jejich porodu (Takács, Seidlerová a kol., 2012, s. 5, 117).

2.2.1 Přítomnost otce u porodu

Přítomnost partnera u porodu byla praktikována nejdříve v 60. letech v USA. V Československu se poprvé uskutečnila ve znojenské nemocnici v roce 1984. Tato metoda byla v té době velmi zkritizována. Klady přítomnosti otce u porodu měly vnést do porodnictví příznivý vliv na průběh porodu, upevnění citových vztahů v rodině a navázání časného vztahu otec- dítě (Sobotková a Šembera, 2003 in Ratislavová, 2008, s. 72). Rodiči ženy si často přejí přítomnost blízké osoby. Chtějí mít u sebe někoho, koho znají a v průběhu porodu zřejmě touží po vytvoření speciálního vztahu alespoň k jedné osobě. Touto osobou bývá nejčastěji zvolen otec dítěte. Avšak mít svého partnera u porodu nemusí být pro ženu vždy to nejlepší (Odent, 2011, s. 67).

Otázku přítomnosti otce u porodu by měli rodiče prodiskutovat v dostatečném časovém předstihu před porodem. Neměli by se však nechat ovlivnit módními trendy a společenskou poptávkou. Otec by neměl být nucen k účasti při porodu. Stejně tak partner nemá právo vynucovat si přítomnost u této intimní situace. Pokud by nebyla respektována tato základní pravidla, může být zážitek z porodu pro oba velmi skličující. Otec by měl být proškolen v rámci předporodní přípravy. Situace na porodním sále může nepřipraveného otce velmi nemile zaskočit. Mnohdy se pak stává, že si personál porodního sálu musí všimnout více otce nežli rodičky. Otec by měl respektovat personál porodního sálu a neměl by být překážkou. Konfliktní situace mohou narušit celkový dojem z bezproblémového porodu (Gregora a Velemínský, 2011, s. 41- 42).

Přítomnost otce může zkrátit průběh porodu o celé hodiny tím, že rodiče věnuje veškerou svou pozornost a fyzickou sílu. Soucitný partner představuje nedocenitelnou pomoc během celého porodu (Gaskin, 2010, s. 298- 299). Výsledky studií, sledující vliv přítomnosti partnera u porodu na jeho průběh a prožívání, jsou rozporné. Z jednoho provedeného výzkumu vyplývá (Neack, 1976 in Ratislavová, 2008, s. 72), že více než 90% páru udává plnou spokojenost po společně prožitém porodu. Z českého výzkumu (Kavan a Konvalinková, 1993 in Ratislavová, 2008, s. 72) vyšlo najevo, že u společně rodičích párů převažoval zájem rodin harmonických, s vyšším vzděláním a žen prvorodiček. Některé výzkumy však pozitivní efekt neprokázaly. U žen, které měly dojem, že jim partner přítomný u porodu nepo-

máhá, popisovaly vzestup porodní bolesti (Ratislavová, 2008, s. 72). Otec může normální průběh porodu ztížit, pokud se chová jako pozorovatel, potřebuje hovořit, nebo má sklon navazovat vzájemný kontakt se ženou v nevhodnou dobu, či se pokouší pomáhat ve chvíli, kdy je nejdůležitější nerušit (Odent, 2011, s. 13). „*Přítomnost některých mužů má blahodárný vliv na průběh porodu, zatímco jiní porod jen zpomalují. Pokud je muž příliš úzkostlivý, u porodu může znervóznět, a to se snaží skrýt přehnanou upovídaností. Jeho povídání pak ztíží soustředění ženy na porod*“ (Odent, 2011, s. 67- 68).

M. Odent (1995 in Ratislavová, 2008, s. 72) radí muže, kteří působí na rodičku nepříznivě, na následující typy:

- muž úzkostlivý, zakrývající svoji nejistotu přehnanou upovídaností
- nadměrně projektivní či vlastnický muž (mazlí se, drží svoji ženu, neustále ji masíruje)
- muž pozorující, nebadající ženu sebekontroly.

Muži často ztěžka přijímají a chápou ženino instinktivní chování v průběhu porodu. Ztěžují tím její soustředění na porodní děj a neposkytují potřebný klid. Odent také zdůrazňuje, že v tradičních společnostech asistují rodícím ženám jiné ženy, které již měly děti, nikoliv muži (Odent, 1995 in Ratislavová, 2008, s. 72).

2.2.2 Přístup zdravotnického personálu

Spoluúčast porodní asistentky, která je navíc empatická a zkušená, působí pozitivně. V zemích, kde porodní asistentky hrají jednu z nejdůležitějších rolí, má větší počet žen normální průběh porodu. Odent zdůrazňuje, že je důležité, aby porodní asistentkou byla žena. Průběh porodu i kojení jsou sexuální záležitosti, a proto je důležité brát v úvahu pohlaví lidí, kteří jsou u toho přítomní. Nesmírně intenzivní může být prožívání kontaktu mezi rodící ženou a společníkem přítomným u porodu (Odent, 2011, s. 69). Přístup porodní asistentky je tedy důležitým faktorem. Pokud má pracovnice klidné srdce/ mysl, jistě bude pro ženu zdrojem inspirace a přesvědčení, že porod zvládne. Porodní asistentka by měla získat matčinu absolutní důvěru (Gaskin, 2010, s. 299, 311). Důležitá je komunikace. Běžné projevy zdvořilosti (představení se, podání ruky), úsměv a neformální konverzace přispívají ke snížení psychického napětí rodičky. Pokud se žena orientuje ve stávající situ-

aci a ví, co konkrétně může očekávat, vyvolává to v ní pocity jistoty, bezpečí a zároveň je snižována úzkost. Porodní asistentka by měla mít zájem o pocity rodičky. Vhodné jsou fyzické projevy podpory, povzbuzování v průběhu porodu a chválení. Stresově působí neosobní přístup, zlehčování pocitů rodičky a necitlivá fyzická manipulace. Rodičky kladně vnímají respektování jejich potřeb a přání ze strany zdravotníků (Takács a Kodyšová, 2011 s. 201- 202). Pro rodící ženu je důležitá kontrola nad průběhem porodu. Vnímání kontroly úzce souvisí s přístupem zdravotnického personálu. Pokud je přístup zdravotníků příliš autoritativní, může to vést ke zpomalení až zastavení porodu (Takács, Kodyšová, Seidlerová, 2012, s. 200). Porodní asistentky jsou nejčastěji přítomné při porodu. Mají kontakt s rodící ženou. Účastní se porodního zážitku a z tohoto důvodu mají jedinečnou příležitost formovat jeho konečný výsledek. Výzkum prováděný v roce 2007 se zabýval determinanty prožívání porodu. Bylo sledováno 20 faktorů, které by mohly ovlivnit ženino prožívání a zážitek z porodu. Většina nejdůležitějších indikátorů byla ovlivnitelná ošetrovatelskou intervencí, např. zlepšení povědomí pacientek, relaxace a vedení porodu. Porodní asistentky mají povinnost využít své znalosti a dovednosti získané během praxe ke zkvalitnění porodního zážitku každé ženy (Bryanton et al., 2008, s. 24, 32).

V českých nemocnicích stále převládá oddělování profesionální péče (medicínské) od péče psychosociální (komunikace s pacientem), která je sice žádoucí, ale často se považuje jako postradatelný nadstandard. Studie ukazují, že zdravotníci mají obecně velmi malý respekt k přirozenému tempu porodu a více než polovina žen nemá možnost odmítnout rutinní zákroky a vyšetření v průběhu porodu. Jen necelá čtvrtina žen má možnost volby porodní polohy. Zdravotníci se v první řadě zaměřují na somatickou a technickou stránku a nevěnují dostatek pozornosti komunikaci. Pozitivum je, že se v českém porodnictví začíná věnovat více pozornosti psychické přípravě žen na plánované zákroky a vyšetření (Takács, Seidlerová a kol., 2012, s. 21)

3 OSOBNOST

Člověk je společenskou bytostí. Zároveň je definován jako biologická bytost, což vyzdvihuje jeho fyziologické potřeby a tělesné funkce. Člověka tedy považujeme současně za bytost přírodní a společenskou, přestože své přirozené fyziologické potřeby (příprava jídla, stolování) uspokojuje kulturně určenými způsoby (Nakonečný, 2009, s. 42- 43). V hovorovém jazyce se často setkáme s termínem *silná osobnost*. V psychologii se vyskytuje jen sporadicky, neboť jeho mnohoznačnost je veliká. Laická veřejnost si představuje tento pojem pod určitým výkladovým schématem. Znaky silné osobnosti vypadají mnohdy silácky jen navenek, uvnitř najdeme celou řadu slabostí, především úzkostnost. Slabost se překonává posilováním osobnosti. Člověk by za sebe měl být zodpovědný. Cílem je, abychom své primitivní potřeby, impulzy, nápady a své sobectví uměli ovládat. Je dobré mít věci pod kontrolou a přijmou zátěž. Pravá silná osobnost ví kdy zabrat a kdy povolit (Matějček, 2004, s. 108-111).

Z fyziologického determinismu vyplývá, že hlavní determinantou chování je tělesné puze- ní. Termín fyziologický determinismus (physiological determinism) zavedl Sigmund Freud. Pojem reciproční determinismus (reciprocal determinism) byl zaveden A. Bandu- rou. Teorie osobnosti, která z něj vychází, zahrnuje tři složky faktorů. Za prvé to jsou fak- tory chování, dále zde patří kognitivní, biologické a osobní momenty. Třetí složku předsta- vuje prostředí. Všechny tyto faktory jsou zvýrazňovány, ovlivňovány či ustupují předjíma- ním budoucího, tj. anticipací. Reciproční determinismus má vliv na sociální učení. Z toho vyplývá, že chování jedinců ovlivňuje prostředí a zároveň jím jsou jedinci ovlivňováni (Kučera, 2013, s. 18, 40, 111).

3.1 Psychologie osobnosti

Pojem osobnost nelze definovat stručným výrokem, protože je velmi obsáhlý. Jednotliví autoři vymezují tento pojem rozdílně. Gordon Allport (1961 in Blatný a kol, 2010, s. 12-13) definuje osobnost jako „*dynamickou organizaci psychofyzických systémů uvnitř individua, která determinuje jeho jedinečné přizpůsobení k jeho prostředí*“. Autor L.A. Pervin (1996 in Blatný a kol, 2010, s. 12-13) označuje osobnost jako „*ty charakteristiky člověka, které jsou podkladem konzistentních vzorců chování, přičemž těmito charakteristikami rozumí myšlenky, city a pozorovatelné (navenek vyjádřené) chování*“. Mezi základní témata psychologie osobnosti patří v současné době: biologická báze osobnosti (temperament), rysy, motivy, kognice a utváření a vývoj osobnosti. Česko-slovenská tradice řadí do psychologie osobnosti i téma inteligence (Blatný a kol, 2010, s. 12-13). Termín osobnost se používá v různých významech, např. v lidové řeči a historických vědách má hodnotící charakter, který vnímáme jako výrazného či vynikajícího jedince. V právních vědách a sociologii má zase jiný význam. Do psychologie byl pojem osobnost zaveden tehdy, kdy se považovalo za nutné studovat duševní život člověka jako celek. Počátkem 20. století se tedy začalo zabývat vnitřním uspořádáním duševního života, který se vyznačuje určitou organizovaností a funkční jednotou. Z toho plynulo, že se neprojevuje jen jako pouhý soubor jednotlivých funkcí (vnímání, myšlení, cítění, chtění). Na jeden podnět (S) reagují různí lidé různými způsoby. Bylo tedy nutné určit nějaký faktor, který by variabilitu reakcí (R) vysvětloval. Tento faktor byl nazván osobnost (O). Vznikla základní paradigma psychologie, která vypadala takto:

$$R = f(S, O) \text{ resp. } R = f(S \leftrightarrow O)$$

Psychické jevy jsou tedy funkcí situace a osobnosti, neboli interakce a osobnosti. Nakonečný (2009, s. 9) uvádí: „*Osobnost je zde chápána jako celek vnitřních dispozic, jež spolu se situací determinují obsah a průběh psychických procesů, které jsou tak chápány jako reakce individua na určitou situaci. Situace působí na jedince, a ten na toto působení (stimulace) určitým způsobem reaguje, přičemž reakce různých jedinců na tutéž situaci jsou různé. Osobnost je pojmenováním pro ten individuální celek dispozic k psychickým reakcím, který způsobuje, že v téže situaci reagují různí lidé různě právě proto, že ji subjektivně (vnitřně) zpracovávají a že tyto reakce vykazují určitou jednotu cítění, myšlení, vnímání, představ a snah*“. Psychologie osobnosti se odvíjí podle obecných zákonitostí. Jedinec může mít charakteristiky společné určitým skupinám (např. introvertům), i když je zároveň

psychicky jedinečný, a tak vytváří jednotu jedinečného a obecného, osobitosti a typu. Osobností rozumíme relativně trvalé (stabilní) vnitřní uspořádání lidské psychiky. Ta v interakci s tělem subjektu a jeho životním prostředím determinuje jeho chování a prožívání (Nakonečný, 2009, s. 9, 10, 12, 14).

3.1.1 Determinace osobnosti

Příslušnost k určitému živočišnému druhu je projevem biologické determinace. Druhově specifická stavba a činnost nervové soustavy, např. v anatomických a fyziologických zvláštěnostech smyslových orgánů, determinuje druhově specifické vnímání světa. Souhrn základních biologických determinantů je označován jako konstituce., tj. vrozené uspořádání organismu. Základní biologické determinanty tvoří:

1. programy chování- evolučně performované (instinkty a behaviorální strategie) a mechanismy učení (prožívání individuálních zkušeností)
2. druhově specifická stavba a funkce nervové soustavy a humorální soustavy
3. dědičnost.

Biologická determinace osobnosti se obecně vyjadřuje termínem genetická výbava. Tato vrozená vybavenost jedince je inter- individuálně odlišná již v činnosti žláz s vnitřní sekrecí (např. různé hladiny hormonů a jiných biochemických substancí, různá úroveň vzrušivosti nervové soustavy). Vliv evoluce, tj. evolučně performované programy chování, jsou tvořeny systémem vrozených reflexů, konkrétně jejich soustav a instinktů. Zmíněné programy zajišťují přizpůsobení základním životním podmínkám, uspokojování základních lidských potřeb a jsou to také strategie směřující k zajištění replikace vlastních genů (např. žárlivecké chování). Vrozené adaptivní chování (potravové, orientační, obranné a jiné reflexy a instinkty) zajišťuje fyzické přežití jedince i druhu (sexualita ve funkci rozmnožování). Využívání zkušeností a přizpůsobování proměnlivým podmínkám života je zajištěno pomocí vrozených mechanismů učení a podmiňování. Interakce genetické výbavy (tj. učení) se uplatňuje v chování jedince (Nakonečný, 2009, s. 42-43).

Kulturní prostředí hraje důležitou roli v determinaci psychiky. Tento systém specifických životních podmínek vyžaduje specifické způsoby adaptace. Svět kultury se jeví člověku především jako svět symbolů. Tyto podněty zpravidla něco zastupují a vyvolávají specifické způsoby chování lidí. Typické symboly, s kterými je člověk spjat, jsou např. peníze,

společenské postavení, mluvená a psaná řeč, různá vyznamenání a pocty. Rodina zprostředkovává člověku primární vliv kultury, protože do ní se dítě rodí. Její funkcí je naučit dítě orientovat se ve světě symbolů, předmětů denní potřeby, světě společenských zvyklostí a hodnot. Socializace znamená proces seznamování člověka s konkrétním kulturním prostředím jeho rodiny. Tento proces sociálního učení osvojuje kulturní způsoby chování. Socializace je trvalým procesem, který probíhá po celý život jedince. Rodina zprostředkovává svou výchovou seznámení s normami chování, myšlení, cítění. Tyto aspekty souborně označujeme jako kulturní vzorce, do kterých dále patří normy vystupující jako tradice, zvyklosti, móda, mravy, zákony a tabu. Normy či standarty vytvořené společností a skupinkami, k nimž jedinec přísluší, se uplatňují v chování i prožívání lidí. Vznik kulturních standardů probíhá i uvnitř malých skupin. Normy vytvářejí zvláštní formu determinant psychické činnosti jedinců (Nakonečný, 2009, s. 62-63)

3.2 Faktory osobnosti

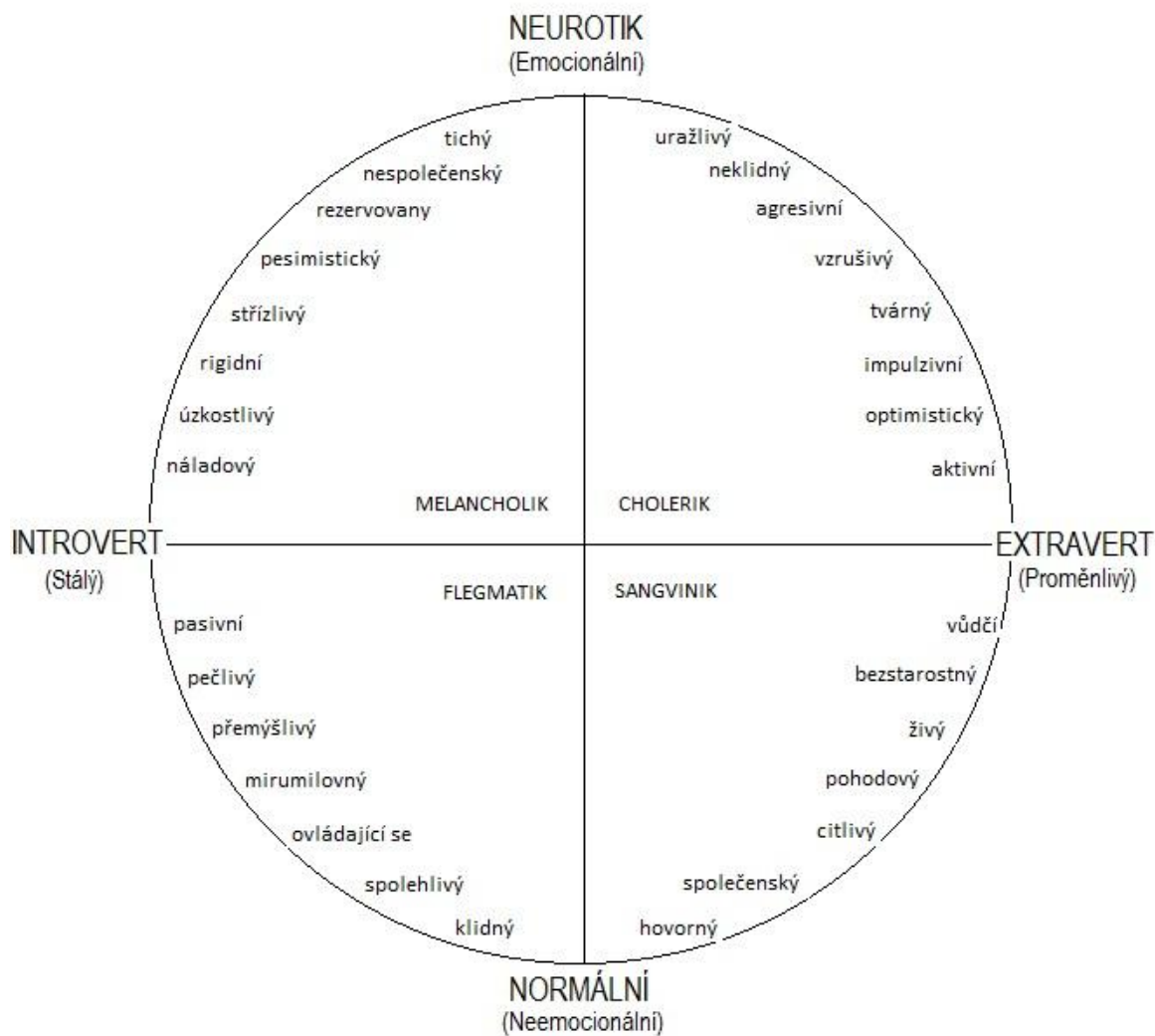
Cílem psychometrických teoretiků vlastností osobnosti bylo objektivní zjištění pramen-
ných rysů osobnosti, tj. skutečných vnitřních determinant jejího chování. O dosažení svého
cíle se pokoušeli pomocí metody zvané faktorová analýza (Nakonečný, 2009, s. 297).

Zájem o vztah mezi osobnostními vlastnostmi a biologickou výbavou organismu je dato-
ván již v antice. Řecký lékař Hippokrates (460- 377 př. n. l.) vytvořil nejstarší známou teo-
rii temperamentu, v literatuře nazývanou humorální. Galenos (129- 199) ji poté uvedl do
systému. Pomocí jejich teorie vznikly dosud obecně používané pojmy sangvinik, choleric,
flegmatik melancholik. Tyto názvy označují jednotlivé temperamentové typy a mají cha-
rakteristický popis. Podstata temperamentu spočívá v typologii lidí, která má základ v in-
dividuálních rozdílech chování. Rozdělování lidí do typů je jedním z hlavních metodolo-
gických nástrojů psychologie (Blatný a kol., 2010, s. 13). „*Pojem temperament označuje-
me v současné psychologii ty psychologické charakteristiky osobnosti, jež jsou vrozené
(dědičné), můžeme u nich identifikovat biologický základ a týkají se formální (stylistické,
průběhové, dynamické), nikoli obsahové stránky chování a prožívání*“ (Blatný a kol., 2010,
s. 23).

H. J. Eyseneck extrahoval na základě svých výzkumů sekundární faktory osobnosti. Patří
zde extraverte a introverte, emoční stabilita versus emoční labilita (neuroticismus), dále
inteligence a sklon k psychotickému onemocnění. Jen první dva faktory jsou považovány
za charakterologické (Nakonečný, 2009, s. 310). Dimenze introverte- extraverte se definu-
je jako dvojí možné zaměření jedince, a to buď na vnější, či vnitřní svět. Eyseneck tuto
dimenzi vymezoval v pojmech chování a částečně i prožívání (Blatný, 2010, s. 32).

Autor typologie extroverte a introverte C. G. Jung (1921 in Nakonečný, 2009, s. 268-269)
rozlišuje čtyři psychické funkce, které jsou nezávislé na obsahu. Patří do nich racionální
myšlení a cítění, iracionální čítí a intuice. Čítí a intuice souvisí s dojmy. Intuice znamená
vnitřní vnímání a pracuje bez hodnocení. Nakonečný (2009, s. 268- 269) uvádí, že *myšlení
ve spojení s čítím vede k empirii a ve spojení s intuicí ke spekulaci (intuitivní myšlení).*
*Myšlení je hodnocení prostřednictvím poznatků, rozlišuje správné/ nesprávné. Cítění je
hodnocení prostřednictvím emocí, rozlišuje příjemné/ nepříjemné. Myšlení a cítění infor-
mují; první o faktech, druhé o hodnotách.* Jsou označovány jako racionální funkce, i když
je cítění obvykle pokládáno za protiklad racionálního. Funkce racionální a iracionální jsou
vzájemně doplňovány. Osoba vědomě racionální je současně nevědomě iracionální a nao-

pak. Rozlišení zmíněných funkcí je podstatné, neboť se jimi určuje varianta obou základních typů, introverze a extroverze. Při pozorování lidí zjišťujeme, že někteří se soustředí více na sebe a druzí jsou koncentrováni na své okolí. Tyto dva základní životní vztahy vytvářejí celkový stav. Jednání a zážitky jsou jimi zabarvovány. V těchto vztazích se projevuje zaměření životní energie (Nakonečný, 2009, s. 268-269).



Obr. 1- Klasifikace temperamentu

Zdroj: (Cakirpaloglu, 2012)

3.2.1 Typologie extroverze a introverze

Osobnost lidí se dá rozdělit na extrovertní a introvertní. Tyto pojmy se spojují s určitými vlastnostmi. Mohou existovat značné rozdíly mezi jednotlivými formami extroverze a introverze. Vždy záleží na osobnosti každého člověka. Tendence k extroverzi či introverzi máme již při narození, neboť jsme ovlivňováni určitými rysy a potřebami. Extroverze a introverze jsou situačně podmíněné. Kultura, v níž žijeme, též ovlivňuje naši schopnost přizpůsobit se směrem k intro- či extroverzi. Například v Japonsku se cení klid, samota a rozvážnost. Mlčení je zde běžnou součástí rozhovorů mezi známými. Extrokulturní státy považují mlčení obou komunikačních partnerů za trapné, nebo alespoň nepříjemné. V průběhu života dochází k určitému vývoji a změnám. Postupem času a s narůstajícím věkem směřuje většina lidí k pomyslnému středu. V intro- či extroverzi se tedy umírňujeme. V druhé polovině života se extrovertům přibližuje introverze. Stává se pro ně určitou hodnotou. Pomáhá jim zamýšlet se nad sebou, vlastním životem, hodnotami a smyslem. Extroverze či introverze je poměrně stabilním osobnostním rysem, a to i přes závislosti na situacích, kultuře a věku (Löhken, 2013, s. 21-23).

Extroverze, známa také pod méně častým pojmem živost, je určitou aktivitou našeho myšlení, cítění a jednání. Směřuje směrem ven ze sebe. Charakteristickými vlastnostmi extrovertů je společenská, dovednost produkovat humor, schopnost se uplatnit a prosadit. Tito lidé jsou spíše oblíbení (Matějček, 2004, s. 116-117). Extroverti milují společnost, mají malé zábrany, líbí se jim změny, zbožňují zábavu, rádi se předvádějí, ne vždy jsou spolehliví a často jim záleží na mínění druhých. Mezi další vlastnosti extrovertů patří také vznětlivost a neklid. Jsou většinou optimističtí. Introverze je typická pasivitou, uzavřeností, rezignovaností, náladovostí, úzkostlivostí a strnulostí. Introverti se dobře kontrolují, mají sklon k sebezpozorování. Většinou jsou spolehliví, zdrženliví, opatrní, trpěliví a pořádní. Mají sklon k pesimismu. I. P. Pavlov a C. L. Hull uvádí neurofyziologický rozdíl mezi extroverzí a introverzí takto: *základem vlastností extroverze a introverze jsou určité charakteristiky procesů vzruchu a útlumu v nerovnovážené soustavě*. V CNS dochází ke geneticky podmíněnému usnadnění nebo zbrzdění nervových procesů. Nižší úroveň vzrušivosti mozkové kůry mají extroverti (Nakonečný, 2009, s. 310, 312).

Introverti pravděpodobně vnímají strach intenzivněji než extroverti. To je nejspíše způsobeno jejich zvláštní výbavou. Introverti věnují větší pozornost svým pocitům, kvůli své velké vnitřní aktivitě. Může se stát, že dotyčný reaguje na strach rezignací, protože ho vnímá příliš intenzivně (Löhken, 2013, s. 61).

3.3 Osobnost těhotné ženy

Kvalita prostředí a podmínky, v kterých žena vyrůstala, určují typ osobnosti a identifikaci s ženstvím. Během těhotenství se může měnit temperament. Žena se stane introvertovanější, je více soustředěná na své tělo, na nenarozené dítě a svůj vnitřní stav. Jsou pozorovány změny v míře emocionální lability- stability. Emocionální labilita je charakterizována jako intenzivnější prožívání objektivně stejných podnětů nebo jako rychlé změny v kvalitě emocí. V prvním a posledním trimestru je emocionální labilita výraznější. Je těžké posoudit, které faktory během gravidity mají větší vliv na prožívání změn- zda vlivy sociální nebo biologické. Během těhotenství nastávají změny v endokrinním systému. Na psychické funkce působí hormony, které během gravidity dosahují mnohem vyšších hodnot. Vytváří se také zcela nový hormon (pregnandiol). Velikost některých orgánů a jejich funkce bývá pozměněna. V průběhu těhotenství se přidávají i změny sociální. Mění se role ženy. Pro graviditu je typická pocitová ambivalence. Častými negativními emocemi jsou úzkost a strach. Zdroje těchto pocitů pramení z obav o sebe, úzkosti z nezvládnutí rodičovské role a psychiatrické úzkosti. Změny osobnosti se dají očekávat i v rovině sebevědomí, kdy si těhotná vytváří jiné sebepojetí (identitu). Pocity méněcennosti či snížené sebevědomí se častěji vyskytují u žen, které měly poruchu sebehodnocení již před těhotenstvím nebo si nejsou jisty partnerským vztahem. V době přípravy na příchod dítěte si těhotná vytváří jiný systém hodnot. Identifikace s ženstvím má významný vliv na postoje k těhotenství, porodu a prožívání období, kdy žena očekává dítě. Vztah k nenarozenému dítěti je ovlivněn stupněm ztotožnění s ženstvím. Toto ztotožnění se také významně podílí na prožívání těhotenství, vnímání porodních bolestí a hodnocení partnera. Partnerský vztah souvisí se spokojeností ohledně vzhledu a sexuálního života i během gravidity (Čechová a kol., 2004, s. 118-120).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE ŠETŘENÍ

4.1 Cíle výzkumu

Cílem bakalářské práce je vyhledat a utřídit informace týkající se determinantů prožívání porodu a vytvořit edukační materiál pro zdravotnický personál pracující v oblasti porodnictví. Edukační materiál má sloužit pro rozšíření povědomí o možných vlivech, které mohou ovlivnit chování a jednání žen, průběh a prožívání porodu. Tento druh edukace by mohli ocenit především porodní asistentky a lékaři, kteří přijdou do styku s těhotnou či rodící ženou a mohou lépe odhadnout její postoje a pocity.

4.2 Výzkumný problém a základní výzkumné otázky

Bakalářská práce Determinace prožívání porodu zahrnuje základní informace o vlivech na prožívání těhotenství a determinantech průběhu a prožití porodu. Ve výzkumném šetření bylo hlavním úkolem zjistit, zda temperament ženy může mít vliv na prožívání těhotenství a porodu. Respondentky byly nejprve rozděleny podle míry extravertze na skupinu s nízkou a vysokou úrovní dané dimenze. Následně byl hodnocen postoj k těhotenství, porodu a očekávání situace po porodu. Pomocí zmíněných metod jsme získávali odpověď na první výzkumnou otázku. Druhou výzkumnou otázkou mělo být dosaženo získání informací týkajících se determinantů prožívání porodu. Ženy byly dotazovány na zážitek z porodu, zda z něj měly strach a jak vnímaly vnější vlivy během tohoto aktu. Byl kladen důraz na pocity z prožitku a průběh porodu. Ke komplexnosti získaných dat byly do polostrukturovaného rozhovoru zahrnuty otázky týkající se subjektivního pohledu na porod.

Výzkumná otázka č. 1: Existuje vztah mezi úrovní temperamentové dimenze extravertze a postoji k těhotenství a porodu u osob ženského pohlaví?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké determinanty mají u žen zásadní vliv na prožití porodu?

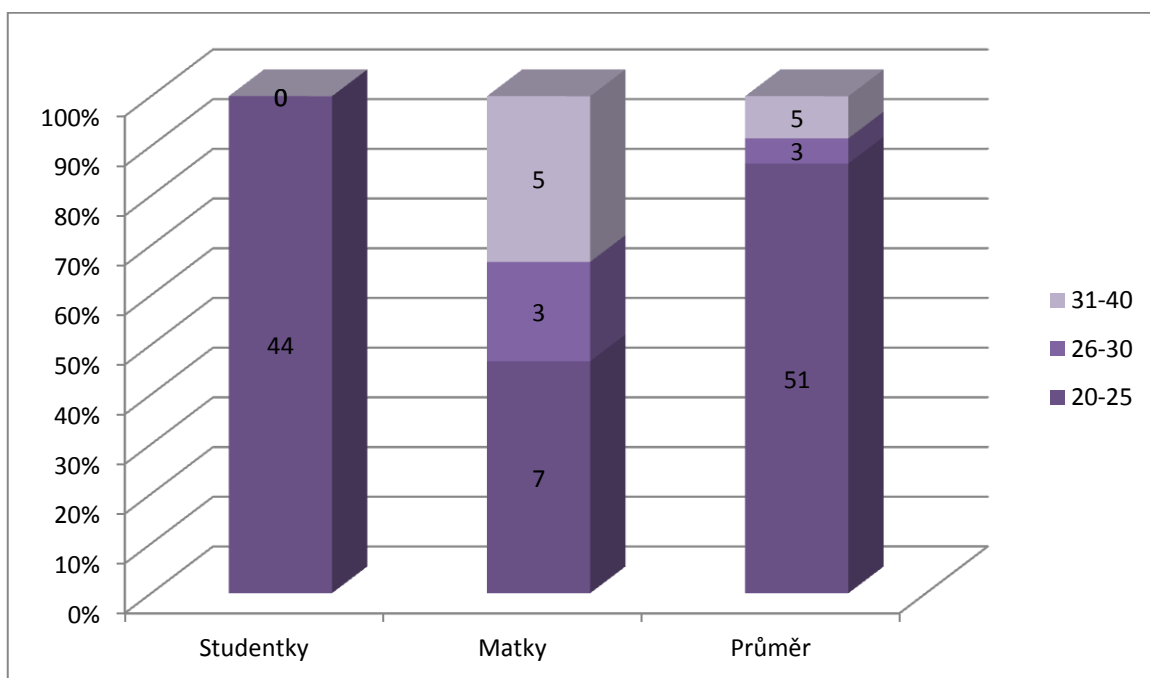
4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

K výzkumu autorka bakalářské práce vybrala dvě skupiny žen. Jako výzkumný vzorek zvolila matky po porodu a studentky. Respondentky měly průměrný věk 24, 19 let. Klient-

ky- matky byly osloveny po prožití spontánního porodu. Zkoumaný vzorek neměl žádná další kritéria.

Dotazník a sémantický diferenciál byl předložen studentkám 2. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Celkem bylo osloveno 44 studentek. Průměrný věk studentek činil 21,13 let.

Oslovených matek po porodu bylo celkem 15. Výzkumné šetření s šestinedělkami bylo prováděno během několika hodin až dní po porodu na oddělení šestinedělí v Krajské nemocnici Tomáše Bati. Věk matek odpovídal průměru 27,26 let. Věk všech respondentek je znázorněn v grafu č. 1. Pro kvalitativní výzkum bylo vybráno 11 respondentek.



Graf 1 - Věk respondentek

4.4 Metody práce

K této bakalářské práci byly použity metody dotazníku, sémantického diferenciálu a polostrukturovaného rozhovoru.

4.4.1 Dotazník

K posouzení extroverze- introverze byl použit Eyseneckův osobnostní dotazník. Autoři Vonkomer a Miglierini tento dotazník zpracovali roku 1979, a tím ho adaptovali na naše

podmínky. Celý dotazník obsahuje 57 položek. Odpověď byla vždy ano nebo ne. Otázky se týkaly chování, citění a jednání. Celkem bylo 24 položek odpovídajících pro extraverty.

4.4.2 Sémantický diferenciál

K měření intenzity psychologických postojů k dané situaci byla použita metoda Sémantického diferenciálu (Osgood, Suci, Tannenbaum, 1957). Jednalo se o 7mi stupňové škály. Vybrány byly následující pojmy: těhotenství, porod a očekávání situace po porodu. Úkolem dotazovaných bylo posoudit na stupnicích charakteristiky těchto pojmů.

4.4.3 Polostrukturovaný rozhovor

Metoda polostrukturovaného rozhovoru se jevila jako žádoucí, z důvodu osobního setkání se ženami, které si prošly těhotenstvím a porodem. Rozhovor byl uskutečněn s 11- ti matkami a obsahoval 15 otázek (viz Příloha 1). Byly zvoleny dotazy otevřeného typu a byly kladeny tak, aby došlo ke splnění předem stanovených cílů. V úvodu rozhovoru byly položeny otázky zjišťující základní informace o matce. Jedná se o otázky č. 1-5. Následně byly matky dotazovány těhotenství a porod. Skupina otázek č. 6, 7, 8 se týkaly přípravy a zjišťování informací ohledně porodu. Zda bylo těhotenství plánované a chtěné zjišťují otázky č. 9 a 10. V otázce č. 11 jsme se ptali, zda žena měla strach z porodu a pokud ano, tak proč. Pocity a prožívání matek odráží otázky č. 12, 14, 5. Na přítomnost otce či jiného doprovodu u porodu byly matky dotazovány v otázce č. 13.

5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

5.1 Kvantitativní výzkum

Jako průměr pro posuzování extroverze jsme stanovili hodnotu 12, tzn.; respondentky mající hodnotu 13 (včetně), byly zařazeny do skupiny extravertovaných. Do kategorie spíše introvertovaných byly zařazeny dotazníky s hodnotou extroverze 12 a méně. Hodnota pro extroverzi byla stanovena na základě standardizačních vzorků naší populace. Zvoleny byly dva vzorky žen a hodnoty těchto dvou byly zprůměrovány. Vybrán byl vzorek studentek střední zdravotnické školy s průměrným věkem 20,38 let a hodnotou extroverze 12,44. Další vzorek sestával z ošetrovatelek průměrného věku 25,89 let a průměrná hodnota extroverze činila 12,65. Zprůměrováním věku zmíněných dvou skupin byla získána hodnota 23,16 let, který byl blízký průměrnému věku respondentek z výzkumného šetření (24,19 let). Průměrná hodnota extroverze obou skupin činila tedy 12,545.

Z celkem 54 žen bylo rozděleno 30 žen na extravertované a zbylých 29 na spíše introvertované. Tímto nám vznikly dvě skupiny, které měly přibližně stejný počet respondentek.



Graf 2 - Rozdělení extroverze

5.1.1 Analýza dat sémantického diferenciálu

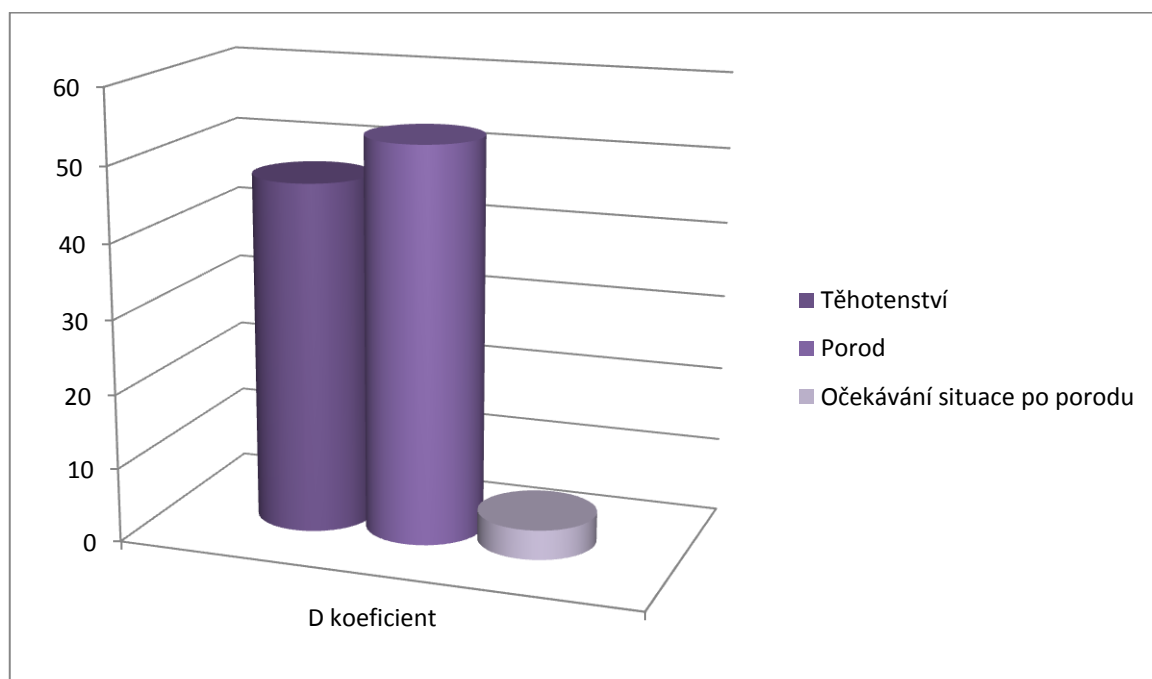
Pro statistické testování podobnosti či rozdílnosti dvou pojmů byl užit výpočet D koeficientu, který v našem případě vyjadřuje shodu pojmu mezi dvěma skupinami lišící se mírou extravertze. Posouzení významové blízkosti dvou pojmů (analýza dat sémantického diferenciálu) je uvedeno v následující tabulce (tab. 1). K výzkumu byly použity 3 škály. V tabulce 1 je znázorněn postup použitý při analýze dat. Důležitou hodnotou je výsledek druhé odmocniny. Pro větší přehled je vytvořena tabulka znázorňující pouze druhou odmocninou (tab. 2). Hodnocen byl jeden pojem dvěma skupinami- spíše extravertovaných a naopak introvertovaných žen.

Posuzované pojmy	Hodnoty extravertek	Hodnoty introvertek	Rozdíl	Druhá mocnina	Druhá odmocnina
1. Těhotenství	1283	1236	47	2209	47
2. Porod	1002	950	52	2808	52,99
3. Očekávání situace po porodu	1317	1313	4	16	4

tab. 1 – Výpočet koeficientu D

Posuzované pojmy	D koeficient
1. Těhotenství	47
2. Porod	52,99
3. Očekávání situace po porodu	4

tab. 2 – Hodnoty D koeficientu posuzovaných pojmů u skupiny extravertovaných a introvertovaných žen



Graf 3 - D koeficient

5.1.2 D koeficient

Pro D statistiku platí následující: čím je D mezi dvěma pojmy menší, tím jsou si pojmy subjektivně podobnější. Naopak čím je větší hodnota D, tím jsou si pojmy méně podobné. V našem výzkumu jsme zkoumali shodu pojmu mezi dvěma skupinami. Z uvedeného vyplývá, že pokud jsme získali nízké hodnoty D koeficientu, ženy lišící se mírou extroverze hodnotily tento pojem podobně. Čím větší byla hodnota D u uvedeného pojmu, tím rozdílněji hodnotily skupiny žen tento pojem. V našem případě tedy nízké číslo D vypovídá o míře shodného prožívání a vysoké číslo D udává prožívání rozdílné.

Při vyhodnocení prvního pojmu, mezi skupinami extra/introvertovaných žen, vyšel D koeficient jako 47. Z toho vyplývá, že ženy lišící se mírou extraverze mají pohled na těhotenství různý. Také subjektivní hodnocení prožitku porodu bylo posuzováno odlišně. Výsledek D koeficientu činí 52,99. Vybrané skupiny žen se tedy k porodu staví rozdílně. Škála hodnotící očekávání situace po porodu má výsledný D koeficient 4, což vypovídá o shodě pojmu mezi určenými skupinami osob.

Těhotenství a porod vnímá žena introvertka jinak, nežli žena extravertka. Očekávaná situace po porodu je ženami lišící se mírou extraverze prožívána se subjektivně podobnými pocity.

5.2 Kvalitativní výzkum

V centru výzkumné pozornosti jsou ženy, které si prošly spontánním porodem. Fenomén, který stojí v centru dění našeho výzkumného zájmu je tedy porod. Ke zjišťování prožívání porodu byl užit polostrukturovaný rozhovor. Data byla fixována pomocí audio záznamu a záznamového archu, do něhož si autorka bakalářské práce dělala poznámky.

Zpočátku byly oslovovány maminky již před porodem, a to v prenatální poradně porodního sálu KNTB ve Zlíně. Prostřednictvím personálu byl respondentkám rozdán úvodní list obsahující informace ohledně výzkumu a kontakt na autorku, dotazníky i škály. Tento postup se nejevil jako vhodný, neboť klientky po porodu nenavázaly kontakt s autorkou výzkumu. Byl zvolen jiný postup.

Vybrané respondentky byly osloveny na oddělení šestinedělí po porodu. Autorka bakalářské práce se nejprve klientkám představila a dále požádala o rozhovor týkající se prožitku porodu. Ženám byl vysvětlen záměr výzkumu. Spolupráce byla založena na dobrovolnosti a anonymitě. Všechny oslovené souhlasily s poskytnutím rozhovoru.

5.2.1 Demografické údaje

Demografické údaje 11 ti respondentek jsou zpracovány v přehledné tabulce č. 3. Z uvedeného vyplývá nejčtenější zastoupení prvorodiček, kterých bylo celkem osm. Z tabulky je patrné, že největší početní zastoupení žen z výzkumného vzorku se nacházelo v sezdaném rodinném stavu. Nutno zmínit, že všechny svobodné respondentky měly partnera. Dále jsme se zabývali hlediskem vzdělání, kdy u výzkumného vzorku převažovalo nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské.

tab. 3- Demografické údaje respondentek

Respondentky	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Rodinný stav	Gravi- dita	Parita
R 1	30 let	vysokoškolské	vdaná	I.	I.
R 2	24 let	úplné střední	svobodná	I.	I.
R 3	33 let	střední odborné	svobodná	I.	I.
R 4	26 let	úplné střední	vdaná	I.	I.
R 5	31 let	vysokoškolské	vdaná	III.	III.
R 6	31 let	úplné střední	vdaná	IV.	III.
R 7	31 let	vysokoškolské	vdaná	I.	I.
R 8	28 let	vysokoškolské	vdaná	II.	I.
R 9	29 let	vysokoškolské	svobodná	I.	I.
R 10	35 let	vysokoškolské	svobodná	II.	I.
R 11	30 let	vysokoškolské	vdaná	III.	II.

5.2.2 Zjišťování informací o porodu rodičkami

Tabulka č. 4 předkládá souhrn dat zjištěných od respondentek týkajících se zjišťování informací o porodu a výsledného působení zjištěných informací na těhotnou. Zda ženy absolvovaly předporodní přípravu, je zde také znázorněno. V tabulce je uvedena gravidita a parita žen. Zdá se být logické, že ženy vícerodičky předporodní kurz nenavštěvovaly. Většina prvorodiček kurz absolvovala. Pouze jedna primipara se nezúčastnila předporodní přípravy a ani nepátrala po informacích, jak porod probíhá. Jako nejkvalitnější a nejpřínosnější informace udávaly ženy poznatky nabyté při návštěvě předporodního kurzu. Všechny tento kurz absolvovaly v KNTB ve Zlíně. Nejužitečnější pro ženy byla samotná návštěva porodního sálu a seznámení s prostředím, což ženy velmi uklidnilo. Některé respondentky čerpaly informace z knih a brožur o těhotenství a porodu. Tento zdroj byl hodnocen pozitivně. Informace získané prostřednictvím internetu vedly ke znepokojení. Příbuzná R 4 je porodní asistentkou a téma porodu spolu probíraly.

R	Grav. /Par	Návštěva předpor. kurzu	Zjišťování inf. o por.	Působení inf.
R 1	I. / I.	ano	ne	uklidnily
R 2	I. / I.	ano	ano	uklidnily
R 3	I. / I.	ano	ano	různě
R 4	I. / I.	ne	ano	uklidnily
R 5	III. / III.	ne	ano	uklidnily
R 6	IV. / III.	ne	ne	-
R 7	I. / I.	ne	ne	-
R 8	II. / I.	ano	ano	uklidnily
R 9	I. / I.	ne	ano	znepokojily
R 10	II. / I.	ano	ano	uklidnily
R 11	III. / I.	ne	ano	znepokojily

tab. 4 – Zjišťování informací o porodu

5.2.3 Vliv zjištěných informací na prožitek porodu

Tabulka č. 5 předkládá přehled informovanosti o porodu a následný možný vliv na jeho prožitek. Téměř všechny respondentky, které byly uklidněny získanými informacemi, prožily porod s kladnými pocity a jen jedna dotazovaná udávala negativní hodnocení porodního zážitku (R2). Respondentka 9 byla negativně ovlivněna informacemi čerpaných z internetových stránek a negativně hodnotila prožitek porodu.

R	Návštěva předpor. kurzu	Zjišťování inf. o por.	Působení inf.	Celkové hodnocení zážitku z por.
R 1	ano	ne	uklidnily	+
R 2	ano	ano	uklidnily	-
R 3	ano	ano	různě	+
R 4	ne	ano	uklidnily	+
R 5	ne	ano	uklidnily	+
R 6	ne	ne	-	-
R 7	ne	ne	-	+
R 8	ano	ano	uklidnily	+
R 9	ne	ano	znepokojily	-
R 10	ano	ano	uklidnily	+
R 11	ne	ano	znepokojily	+

tab. 5 - Hodnocení zážitku z porodu s ohledem na zjištěné inf. o por.

5.2.4 Vnímání těhotenství

Devět respondentek těhotenství plánovalo a všechny udávaly podobné emoce. Pociťovaly především radost, štěstí až euforii. Ženy které prodělaly spontánní potrat (R 8, R 10, R 11) pociťovaly zároveň strach z abortu. Respondetka č. 1, které se nedařilo delší dobu otěhotnět a podstoupila umělé oplodnění, prožívala pocity úlevy, štěstí a radosti.

Těhotenství neplánovaly dvě ženy a obě nenabýly dojmu, že opravdu chtějí být těhotné. Pocity při zjištění gravidity byly popsány jako překvapení, strach, vztek, smutek, zoufalost a beznaděj. Respondetka R7 plánovala otěhotnět, ale smíšeně prožívala zjištění i průběh celého těhotenství.

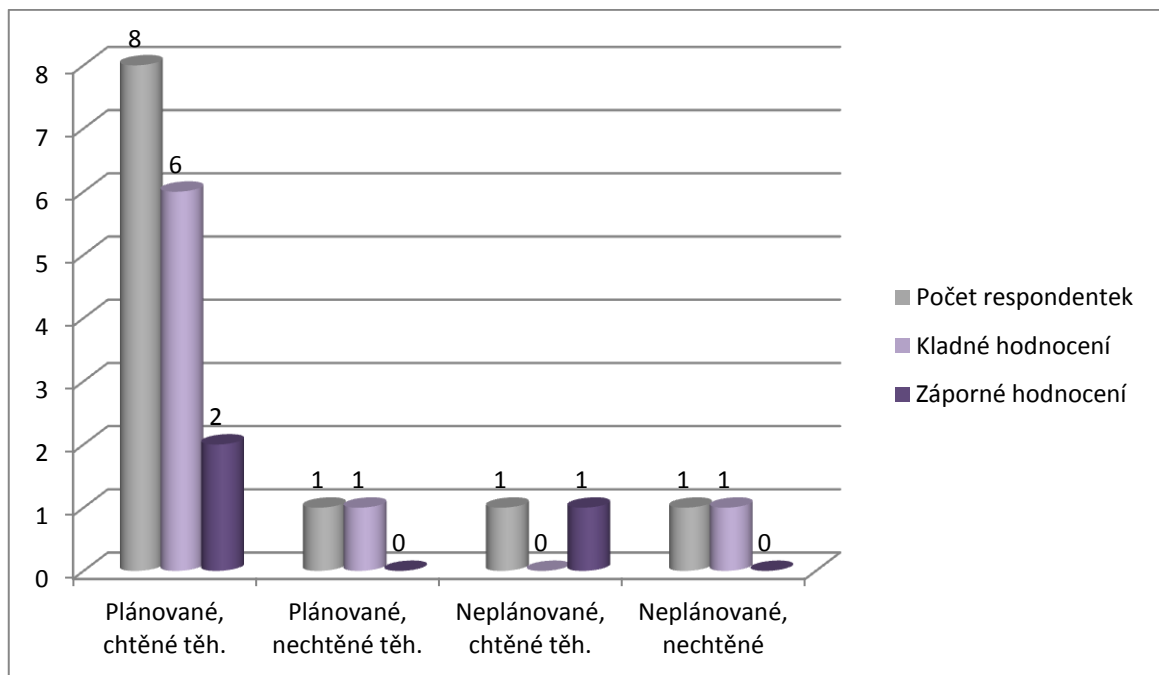
R	Plánované těhotenství	Chtěné těhotenství	Pocity při zjištění grav.
R 1	ano	ano	radost
R 2	ano	ano	radost
R 3	ne	ne	smíšené
R 4	ano	ano	radost
R 5	ano	ano	radost
R 6	ne	ano	překvapení
R 7	ano	ne	smíšené
R 8	ano	ano	radost
R 9	ano	ano	radost
R 10	ano	ano	radost
R 11	ano	ano	radost

tab. 6 – Pocity žen při zjištění gravidity s ohledem na chtěnost a plánovanost těh.

V následující tabulce (tab. 6) je uvedeno celkové hodnocení zážitku z porodu. Respondentky jsme rozdělily na čtyři skupiny podle chtěnosti a plánovanosti těhotenství (Graf 4). Celkový pohled na zážitek z porodu hodnotila kladně většina žen, které těhotenství plánovaly a braly tento stav jako chtěný. Zbývající tři skupiny těhotných (plánované a nechtěné těh., neplánované a chtěné těh., neplánované a nechtěné těh.) zastupuje vždy jen jedna respondentka a z tohoto důvodu není vhodné dělat v tomto směru závěr. Nicméně R3 hodnotila zážitek z porodu kladně, přestože těhotenství neplánovala ani nechtěla. Respondentka 6 uvedla neplánované chtěné těhotenství. Na porod vzpomínala s negativními pocity. To mohlo být způsobeno velmi intenzivními bolestmi a silnými křečemi v průběhu porodu. Respondentka 7 hodnotila celkově prožitek z porodu kladně a je tedy členkou poslední skupiny: plánované, nechtěné těhotenství.

R	Plánované těhotenství	Chtěné těhotenství	Celkové hodnocení zážitku z porodu
R 1	ano	ano	+
R 2	ano	ano	-
R 3	ne	ne	+
R 4	ano	ano	+
R 5	ano	ano	+
R 6	ne	ano	-
R 7	ano	ne	+
R 8	ano	ano	+
R 9	ano	ano	-
R 10	ano	ano	+
R 11	ano	ano	+

tab. 7 – Hodnocení zážitku z porodu s ohledem na plánovanost a chtěnost těh.



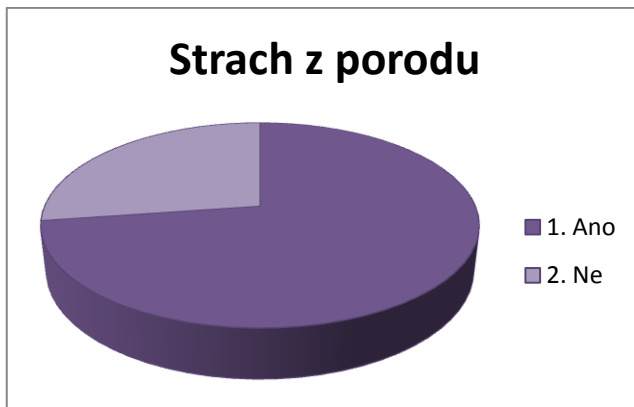
Graf 4 – Hodnocení zážitku z porodu s ohledem na chtěnost a plánovanost těh.

5.2.5 Strach z porodu

Většina žen měla strach z porodu (Graf 5). Respondentky R 10 a R 11 měly strach především o nenarozené dítě, a to kvůli prodělanému spontánnímu abortu. Nejvíce se rodičky obávaly bolesti. Respondentka 3 se obávala neznáma, které je u prvorodiček s porodem spojeno. R 6 se strachovala především o sebe, což bylo zřejmě důsledkem toho, že rodila po třetí. Respondentka 9 měla velký strach z porodu a následkem toho si těhotenství neutila podle svých představ. Tato žena se velmi obávala možných komplikací, které by mohly nastat v důsledku toho, že bude mít tak velký strach a nebude se ovládat a proto nezvládne spolupracovat. Kvůli těmto pocitům měla zároveň vztek sama na sebe. „*Štvalo mě, že se k tak přirozené věci nedokážu postavit čelem a nemám žádnou odvahu*“ svěřila se se svými pocity R9.

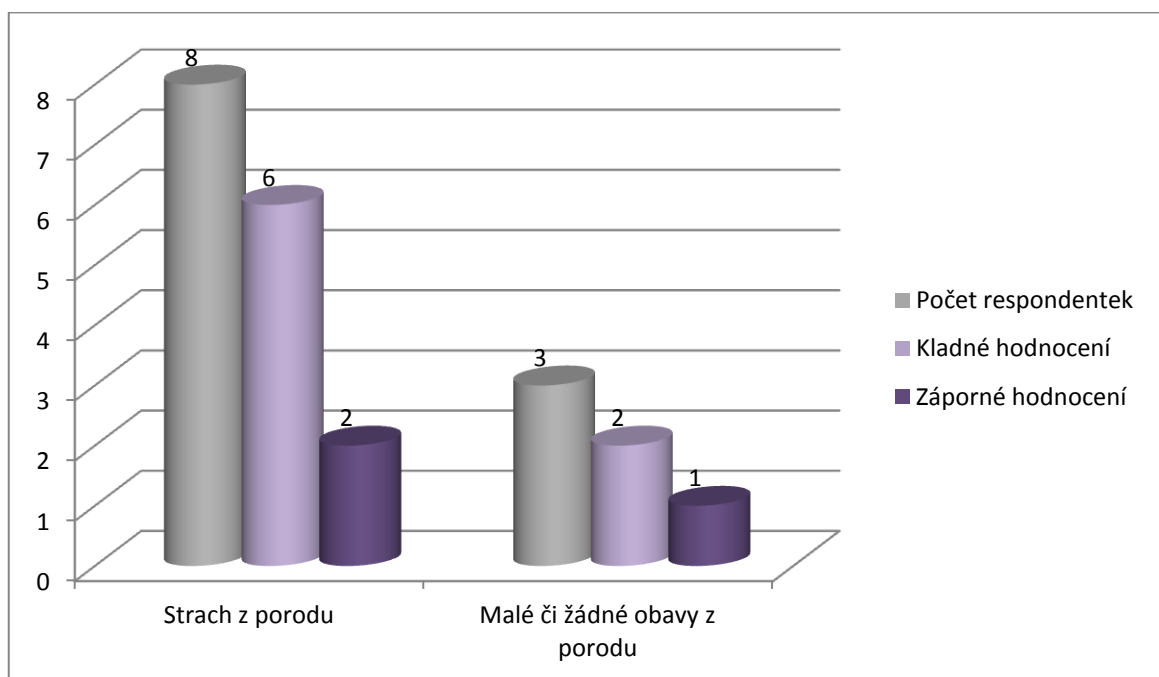
R	Grav. /Par	Strach z porodu	Celkové hodnocení zážitku z porodu
R 1	I. / I.	ano	+
R 2	I. / I.	ne	-
R 3	I. / I.	ano	+
R 4	I. / I.	ano	+
R 5	III. / III.	ne	+
R 6	IV. / III.	ano	-
R 7	I. / I.	ano	+
R 8	II. / I.	ne	+
R 9	I. / I.	ano	-
R 10	II. / I.	ano	+
R 11	III. / I.	ano	+

tab. 8 – Hodnocení zážitku z porodu s ohledem na strach z porodu



Graf 5 – Strach z porodu

Pro větší přehled jsme použily rozdělení žen na skupinu mající obavy z porodu a skupinu žen, která strach neměla. Na grafu (Graf 6) můžeme vidět, jak respondentky hodnotily celkově svůj zážitek z porodu v závislosti na strachu. Strach by mohl mít vliv na prožitek porodu v souvislosti se stresem působícím na fyziologický průběh porodu. Lze předpokládat, že většina osob z našeho výzkumného vzorku uměla celkem dobře zvládat psychickou zátěž. Respondentkám při porodu pomáhaly znalosti naučené na předporodních kurzech např. nácvik dýchání. Úlevu a zároveň snížení stresu působila relaxace ve vaně, aromaterapie, aplikace tepla na záda a podbřišek, či masáž.



Graf 6 – Hodnocení zážitku z porodu v souvislosti se strachem

5.2.6 Přítomnost osob u porodu a vliv na jeho prožitek

Otec u porodu byl přítomen ve všech 11- ti případech. Respondentky tuto zkušenost hodnotily celkem kladně. Pozitivně bylo hodnoceno naslouchání a empatie partnera. Ani jedna respondentka nelituje rozhodnutí mít u porodu otce dítěte. R 9 byla sice ráda za přítomnost svého protějšku, avšak negativně vnímala partnerovo zmatenost. Měla pocit, že musí vše organizovat a věnovala tak partnerovi pozornost, kterou si přála zaměřit na sebe. V tomto směru jí to „*lezlo na nervy a ubíralo sil*“. Jako fyzickou oporu v závěru druhé doby porodní si však jeho pomoc nemohla vynachválit. Další rodička uvedla, že nesnesla dotek partnera, který se ji snažil tímto způsobem komunikace podpořit. Z výpovědí respondentek lze tedy usoudit, že partner může zkvalitnit prožívání porodu. Zvláště když jsou partneři shodně naladěni, důvěřují si a žena ví, že se na svého partnera či manžela může spolehnout. Přínosem bylo, když budoucí tatínek navštěvoval předporodní kurz společně s těhotnou a dokázal pak lépe odhadnout potřeby a přání rodičky.

Respondentkám nevadila přítomnost více osob u porodu. Většina žen téměř nevnímala větší počet lidí na rodičím boxu, a to zpravidla kvůli bolestivým kontrakcím. Rodičky cenily, když se porodní asistentka chovala přívětivě. R 3 byla nejraději, když s ní byla porodní asistentka v boxu, neboť ji vnímala jako velkou oporu. Většina žen z výzkumného vzorku uvedla, že se spíše soustředily samy na sebe než na dění okolo sebe.

6 DISKUSE

Na základě rešerše odborných informačních zdrojů vypracované v Knihovně Tomáše Bati ve Zlíně byly nalezeny zdroje podobného tématu. Pro srovnání dat z výzkumného šetření byla vybrána diplomová práce s názvem *Emoce ženy v průběhu porodu* (Symonová, 2014).

Výzkumná otázka č. 1 (Existuje vztah mezi úrovní temperamentové dimenze extraverte a postoji k těhotenství a porodu u osob ženského pohlaví?) byla zodpovězena pomocí kvantitativního výzkumu. Náš výzkumný vzorek se skládal z 59 žen. Nejvíce žen patřilo do věkové skupiny 20- 25 let, a to 51 respondentek. Tři ženy spadaly mezi věkovou hranici 26- 30 let a pět respondentek bylo ve věku 31- 40 let. V práci ke srovnání byl nejvíce zastoupen věk 28 let. Výzkum diplomové práce se nezabýval mírou extroverze u žen a z tohoto důvodu zde není uvedeno srovnání. Z našeho výzkumu nicméně vyplývá následující; ženy lišící se mírou extraverte prožívají těhotenství a porod odlišně. Očekávaný stav po porodu vnímají extra/introvertky podobně. Na první otázku můžeme odpovědět tedy následovně: ano, mezi úrovní temperamentové dimenze extraverte a postoji k těhotenství a porodu u osob ženského pohlaví existuje určitý vztah.

Výzkumná otázka č. 2, jaké determinanty mají u žen zásadní vliv na prožití porodu, byla zodpovězena z osobních zkušeností respondentek. Ke srovnání výsledků výzkumu byla vybrána již jmenovaná diplomová práce (Symonová, 2014) a soubor respondentek se skládal z 30 ti primipar a 30 ti multipar. Do našeho výzkumu bylo zahrnuto devět prvorodiček a dvě víceroďičky. Vybraná práce byla zvolena kvůli výběru žen po spontánním porodu- do výzkumů nebyla řazeny ženy po operativním způsobu porodu. Výzkumné šetření se uskutečnilo na oddělení šestinedělí, avšak v našem případě v KNTB ve Zlíně, autorka diplomové práce prováděla šetření v nejmenované středočeské porodnici. Symonová (2014, s. 76) soudí, že multipary prožívají více pozitivních reakcí v průběhu porodu než primipary. Náš výzkumný vzorek se skládal z devíti primipar a dvou multipar. Nízký počet respondentek brání generaci výsledků. Je možné tvrdit, že prodělaný spontánní abort může mít vliv na emoce ženy a prožitek z porodu. Výsledky korespondují s údaji, které jsou uvedeny ve vybrané diplomové práci. Absolvování předporodní přípravy vede k nižšímu vnímání bolesti- primipary, které absolvovaly kurz, hodnotily porod jako méně bolestivý (Symonová, 2014, s. 75). Z kvalitativního výzkumu vyplývá, že na prožívání porodu může mít vliv to, jak těhotná přistupuje k těhotenství z pohledu plánovaného otěhotnění a chtění. Pokud žena plánovala těhotenství a zároveň si opravdu přeje být matkou, může prožít porod jako kladný a naplňující zážitek.

Z údajů srovnávaného výzkumu vyplývá skutečnost, že rodičky nejvíce čerpají informace z internetu a od kamarádek. V diplomové práci je malé zastoupení žen, které navštívily předporodní kurz- 8 primipar a 3 multipary z celkového počtu 60 žen (Symonová, 2014, s. 80). Dle našeho výzkumu navštěvovala polovina prvorodiček kurz. Je důležité na tomto místě zmínit, že druhá polovina předporodní přípravu neabsolvovala vůbec. V našem výzkumu předporodní kurz absolvovalo pět primipar z devíti a žádná multipara. Na prožitek porodu mohou mít vliv zjištěné informace. Pokud ženy pátrají na internetu či internetových diskuzích po tom, jak porod probíhá, často jsou znepokojeny. Důsledkem je velký strach, který může mít za následek zhoršený průběh a následně negativní prožitek porodu. Vhodné je absolvování předporodního kurzu. Přínosem je, pokud kurz probíhá v prostorách, kde si žena přeje родit a je namístě zařadit prohlídku porodního sálu. Kladem bývá, pokud se kurzu účastní i otec nenarozeného dítěte. Otec u porodu byl přítomen ve všech jedenácti případech. Ve výzkumu diplomové práce je uvedeno procentuální zastoupení otce u porodu 76,7 %. Výpověď rodiček z našeho výzkumného vzorku koresponduje s názorem šestinedělek z výzkumu diplomové práce. Většina žen hodnotí přítomnost otce u porodu kladně, partner je pro ně oporou. Ženy, které těhotenství plánovaly, hodnotily zážitek z porodu většinou kladně. Analýza této skutečnosti je ve shodě s výzkumem diplomové práce, jež udává zažívání méně negativních skutečností během porodu ženami plánujících těhotenství (Symonová, 2015, s. 77). Několik autorů (Odent 2011, Marek, 2002) zdůrazňuje důležitost prostředí a dalších vnějších činitelů, které mohou ovlivnit prožívání porodu. V našem výzkumu většině žen v celém průběhu porodu nevadil případný větší počet osob. Jedné respondentce dokonce vadilo přítomí, což je v rozporu s Odentovým (Odent, 2011) tvrzením. S autory Odentem i Markem si dovoluujeme souhlasit v následujícím směru- je důležité, aby porodní asistentka měla kladný vztah s rodičkou. Zdravotnický personál může pomoci ženě zmírnit strach, úzkosti a poradit se zvládnutím individuálních částí porodu.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na téma Determinace prožívání porodu. Je rozčleněna do tří kapitol (těhotenství a porod, determinanty průběhu porodu, osobnost). Pro vypracování teoretické části bakalářské práce bylo využito tří základních zdrojů- odborná literatura, internetové zdroje a odborné časopisy.

Cílem této práce bylo vyhledat a utřídit informace týkající se determinantů prožívání porodu a vytvořit edukační materiál pro zdravotnický personál pracující v oblasti porodnictví. Cíl byl splněn. Edukační materiál je přílohou bakalářské práce.

K dosažení cíle bakalářské práce byly stanoveny dvě výzkumné otázky (Existuje vztah mezi úrovní temperamentové dimenze extraverte a postoji k těhotenství a porodu u osob ženského pohlaví? Jaké determinanty mají u žen zásadní vliv na prožití porodu?) Byly zvoleny dva typy výzkumu: kvalitativní a kvantitativní. Kvantitativní výzkum byl uskutečněn pomocí strukturovaného dotazníku a sémantického diferenciálu. Zkoumaným vzorkem byly matky po porodu a studentky. Celkový počet pro toto výzkumné šetření bylo 59 osob ženského pohlaví. Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo 11 respondentek. Tyto klientky rodily přirozenou- vaginální cestou. Dotazy polostrukturovaného rozhovoru byly sestaveny tak, aby bylo možné vyhodnotit stanovené výzkumné otázky.

Porod je pro ženu přirozená, avšak náročná situace po fyzické i psychické stránce. Každá klientka prožívá těhotenství a porod individuálně. Postoj k těhotenství a porodu může být rozdílný i podle toho, jaká je ženina míra extraverte. Mezi zásadní determinanty, které působí kladně na prožívání porodu, patří informace z kvalitních zdrojů, nepřítomnost předchozí negativní zkušenosti (abortu, komplikovaného porodu), přítomnost otce u porodu, redukovaný strach a harmonický vztah rodičky s porodní asistentkou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BINDER, Tomáš, 2011. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1907-1.
2. BLATNÝ, Marek a kol, 2010. *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-3434-7.
3. ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ, 2004. *Speciální psychologie*. IV. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-386-4.
4. GASKIN, Ina May, 2010. *Zázrak porodu*. Doubice: One Woman Press. ISBN 978-80-86356-48-8.
5. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 229s. ISBN 978-80-247-3081-3.
6. KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*, 2013. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.
7. LÖHKEN, Sylvia, 2013. *Síla introvertů: jak uspět ve světě, který přeje extrovertům*. 1. české vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4735-4.
8. MATĚJČEK, Zdeněk, 2004. *Psychologické eseje*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0892-8.
9. MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH, 1994. *Děti, rodina a stres: vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-06-x.
10. MONGAN, Marie, 2010. *Hypnoporod*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-364-6.
11. NAKONEČNÝ, Milan, 2009. *Psychologie osobnosti*. II. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1680-5.
12. ODENT, Michel, 2011. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo. ISBN 80-85794-69-1.
13. RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, ISBN 978-80-254-2186-4.
14. ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 978-80-247-1941-2.
15. RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, ISBN 978-80-254-2186-4.

16. ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT, Petr WEISS, 2011. *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. S. 34, ISBN 978-80-7345-238-4.
17. TAKÁCS, Lea a Jitka SEIDLEROVÁ, 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: Kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7308-431-8.
18. TAKÁCS, L. a E. KODYŠOVÁ, 2011. Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie*, roč. 76, č. 3, s. 199- 204.
19. TAKÁCS, L., E. KODYŠOVÁ a J. SEIDLEROVÁ, 2012. Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zákroky a zdravotními komplikacemi v průběhu porodu. *Česká gynekologie*, roč. 77, č. 3, s. 195-204.
20. VONKOMER, J., MIGLIERINI, B., 1979, Eysenckov osobnostný dotazník. Bratislava

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. BRYANTON, Janet et al., 2008. Women's Perceptions Of The Childbirth Experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [online]. Vol. 2008, issue 37, s. 24-34 [cit. 2015-01-10]. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x/full>
2. CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2012. Eysenckova dimenzionální klasifikace temperamentu. In: *E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc* [online]. [cit. 2014-12-19]. Dostupné z: <http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki/?p=1459>
3. KUŽELOVÁ, Monika, 2003. Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babičtvi* [online]. Zari 2003, c. 2, s. 1-5 [cit. 2014-12-19]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2003-2/?pdf=159>
4. SYMONOVÁ, Kristýna. 2014. *Emoce ženy v průběhu porodu* [online]. Olomouc [cit. 2015-05-08]. Dostupné z: http://theses.cz/id/tmwfkr/SymonovaK_Emoce_eny_v_prbhhu_porodu_KH_2014.pdf
f. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

+	Kladné
Grav.	Gravidita
Inf.	Informace
Par.	Parita
Předpor.	Předporodní
R	Respondentka
-	Záporné

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obr. 1- Klasifikace temperamentu	37
Graf 1 - Věk respondentek	42
Graf 2 - Rozdělení extraverze	44
Graf 3 - D koeficient	46
Graf 4 – Hodnocení zážitku z porodu s ohledem na chtěnost a plánovanost těh.	54
Graf 5 – Strach z porodu	56
Graf 6 – Hodnocení zážitku z porodu v souvislosti se strachem	56

SEZNAM TABULEK

tab. 1 – Výpočet koeficientu D	45
tab. 2 – Hodnoty D koeficientu posuzovaných pojmů u skupiny extravertovaných a introvertovaných žen	46
tab. 3- Demografické údaje respondentek	49
tab. 4 – Zjišťování informací o porodu	50
tab. 5 - Hodnocení zážitku z porodu s ohledem na zjištěné inf. o por.	51
tab. 6 – Pocity žen při zjištění gravidity s ohledem na chtěnost a plánovanost těh.	52
tab. 7 – Hodnocení zážitku z porodu s ohledem na plánovanost a chtěnost těh.	53
tab. 8 – Hodnocení zážitku z porodu s ohledem na strach z porodu.....	55

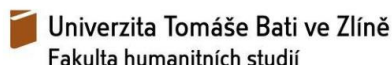
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Polostrukturovaný rozhovor pro ženy po porodu	68
Příloha 2 - Edukační materiál	69

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Polostrukturovaný rozhovor pro ženy po porodu

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jste svobodná nebo vdaná?
4. Kolikrát jste byla těhotná?
5. Po kolikáté jste rodila?
6. Navštěvovala jste předporodní kurz?
7. Zjišťovala jste si, jak porod probíhá? Kde- knihy, časopisy, internet? Od koho?
8. Uklidnily Vás získané informace, či spíše znepokojily?
9. Plánovala jste těhotenství?
10. Jak jste vnímala zjištění, že jste těhotná?
11. Měla jste strach z porodu? Proč?
12. Vzpomínáte na Váš porod spíše kladně či záporně?
13. Byl přítomný otec dítěte u porodu či jiný doprovod?
14. Jak na Vás působil personál? Vnímala jste počet osob u porodu?
15. Změnila byste něco na Vašem porodu, aby byl prožit příjemněji?
Např. možnost více rozhodovat o vedení porodu, méně osob, více klidu, vstřícnější personál.



Determinace prožívání porodu

Edukační materiál, který vznikl jako výsledek bakalářské práce, obsahuje vyhodnocení výzkumu a základní informace o možných vlivech na prožitek porodu

Cíl:

Tento materiál byl vytvořen pro zaměstnance pracující v oblasti porodnictví. Stručný a přehledný výčet by měl obohatit o základní, ale nové, informace související s prožívání porodu ženami. Uvedené základní informace vychází z realizace vlastního výzkumu, jehož výsledky jsou zde prezentovány.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, na oddělení šestinedělí a na půdě Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Byly zvoleny dva typy výzkumu: kvalitativní a kvantitativní. Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí strukturovaného dotazníku a sémantického diferenciálu. Zkoumaným vzorkem byly matky po porodu a studentky. Celkový počet pro toto výzkumné šetření bylo 59 osob ženského pohlaví. Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo 11 respondentek, které rodily přirozenou- vaginální cestou.

Výsledek kvantitativního výzkumu:

- ženy lišící se mírou extravertnosti prožívají těhotenství a porod odlišně.
- očekávaný stav po porodu vnímají extra/introvertky podobně

Výsledek kvalitativního výzkumu:

Kladně působí na prožitek z porodu:

- informace z kvalitních zdrojů
- nepřítomnost předchozí negativní zkušenosti (abortu, komplikovaného porodu)
- přítomnost otce u porodu
- redukovaný strach
- harmonický vztah rodičky s porodní asistentkou

Porod je pro ženu přirozená, avšak náročná situace po fyzické i psychické stránce. Každá klientka prožívá těhotenství a porod individuálně. Postoj k těhotenství a porodu může být rozdílný i podle toho, jaká je ženina míra extravertnosti.

**Bakalářská práce „Determinace prožívání porodu“
Kateřina Zárubová, 2015**