



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Hayarpi Hlávková

Prožívání psychických a fyziologických změn během těhotenství u prvorodiček

Experiencing psychical and physiological transitions during primipara pregnancy

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 8. 6. 2016.

HAYARPI HLÁVKOVÁ

.....
Podpis

Identifikační záznam

HLÁVKOVÁ, Hayarpi. *Prožívání psychických a fyziologických změn během těhotenství u prvorodiček. [Experiencing psychical and physical transitions during primipara pregnancy]*. Praha, 2016. 49 s., 5 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

ABSTRAKT

Východiska: Těhotenství je pro prvorodičky jedním ze zlomových období života. Každá žena při něm prožívá příchod psychických a fyziologických změn individuálním způsobem. Prvorodičky se učí přijmout a ztotožnit se s novou rolí matky. Sociální opora je v oblasti podpory těhotných žen důležitým faktorem. Potřebné informace získávají prvorodičky prostřednictvím knih, internetu, těhotenských poraden a předporodních kurzů. V průběhu těhotenství a po porodu se u žen mění vnímání body image.

Cíle: Cílem výzkumu je zachytit zkušenosti prvorodiček s procesem psychických a fyziologických změn v průběhu těhotenství a zjistit, jaké faktory hrají důležitou roli v otázce jeho prožívání. Dílčími cíli bylo zjišťováno, jestli se ženy cítí ztotožněny s rolí matky, jak si zvyšují povědomí o těhotenství, jak vnímají fyzické změny na svém těle, jaká je role sociální opory při zvládání těhotenství a jaké měly ženy od těhotenství očekávání.

Metody: Jedná se o kvalitativní výzkum realizovaný se šesti informantkami z různých oblastí ČR. Pro výběr vzorku byla použita metoda záměrného výběru a metoda sněhové koule. Kritériem bylo, aby se jednalo o prvorodičky v posledním trimestru těhotenství či maximálně rok po porodu. Sběr dat byl uskutečněn na základě polostrukturovaných rozhovorů, které byly následně přepsány a analyzovány metodou otevřeného kódování.

Výsledky: Ačkoli mateřství bylo pro informantky dříve cosi vzdáleného, osobní zkušenost nabyla v životě žen nový rozměr a s rolí matky se ztotožnily poměrně rychle. Dostatečná informovanost vedla u prvorodiček k pozitivnějšímu prožívání těhotenství, protože v nich vyvolávala pocit jistoty a bezpečí. Vnímání body image bylo u žen výrazně ovlivněno tím, k jak velkým hmotnostním změnám došlo během jejich těhotenství a po porodu. Frustrace a snížení sebevědomí nastaly tehdy, když se ženám nedařilo nabýt dřívejších proporcí zpět. Podpora blízkých byla pro ženy faktorem výrazně zlepšujícím prožívání těhotenství a porodu. Informantky byly průběhem těhotenství příjemně překvapeny, měly předtím zpravidla horší očekávání. Výkyvy nálad proběhly jen u některých z nich, stejně tak i výskyt poporodní deprese.

Závěr: Tento výzkum měl sloužit k porozumění žen prožívajících své první těhotenství. Jeho výsledky pomohou lépe pochopit potřeby prvorodiček a mohou být podnětem pro zlepšení úrovně poskytované péče zdravotníky. Výstupem této práce je edukační leták poskytující prvorodičkám stručný přehled důležitých informací týkajících se těhotenství.

klíčová slova: těhotenství, prvorodička, psychosomatika, prožívání, sociální opora

ABSTRACT

Background: Pregnancy is one of the life-changing periods of life for the first-time mothers. Every woman is experiencing psychical and physiological transitions in a different individual way. First-time mothers are learning how to accept and identify themselves with a role of mother. Social support is an important factor for pregnant women's assistance. First-time mothers are using books, internet, pregnancy counselling and prenatal courses as a way how to get needful information. Perception of their body image is changing during pregnancy and after delivery

Objectives: The aim of this study is to capture individual experiences of woman with psychological and physiological transitions during their first pregnancy and to find out which factors are important in experiencing them. Secondary aims were discovering these areas: if women are identifying themselves with a role of mother, how are women getting information about pregnancy, how are women perceiving physical changes of their bodies, how important is the role of social support in managing pregnancy, what kind of expectations did women have about pregnancy.

Methods: The thesis is designed as a qualitative research carried out with six respondents from different parts of Czech Republic. The sample was selected by intentional sampling and a snowball method. Criterion was to be a first-time mother in third trimester of pregnancy or one year after delivery at the most. Data was collected by using half-structured interviews which were analyzed by open coding method.

Results: Maternity was something completely unknown for respondents, however the personal experience brought a new dimension to it and the identification with the role of mother came true quite fast. Sufficient knowledge helped first-time mothers to experience pregnancy in more positive way because knowledge made them feel sure and safe. Perception of women's body image was strongly influenced by their weight changes during pregnancy and after delivery. Frustration and decrease of confidence came after failing in gaining their former proportions back. Support of close relatives signally improved experiencing pregnancy. The most important person for women was partner. Respondents were positively surprised by the course of pregnancy, because they had worse expectations before. Only few of them experienced mood fluctuation as well as postnatal depression.

Conclusion: This study was intended to understand women experiencing their first pregnancy. Its results will help to understand first-time mother's needs and can be an impulse to improve the level of provided health care. Information leaflet providing brief summary of important information about pregnancy is an outcome of this study.

keywords: *pregnancy, primipara, psychosomatics, experience, social support*

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Miluši Kulhavé za odborné vedení mé práce, za její trpělivost, ochotu a vstřícnost. Dále bych ráda poděkovala všem ženám, které se zúčastnily tohoto výzkumu, za sdílení svých zkušeností. Děkuji svému manželovi za podporu po dobu psaní mé práce, také svojí rodině a přátelům.

OBSAH

1	Úvod	8
2	Přehled současného stavu poznání	10
2.1	Pojmy obecné psychologie	10
2.2	Fyziologie těhotenství	12
2.2.1	Průběh trimestrů a vývoj plodu	13
2.2.2	Hormonální procesy	13
2.2.3	Změny v organismu těhotné ženy	14
2.3	Psychologie těhotenství	15
2.3.1	Emoční poruchy v těhotenství	16
2.3.3	Psychoprofylaktická příprava	18
2.3.4	Sociální opora	19
2.3.5	Sebepřijetí – body image	20
3	Metodologie a výsledky výzkumu.....	21
3.1	Cíl práce a výzkumné otázky	21
3.2	Metoda získávání dat	21
3.3	Výběr a popis výzkumného vzorku	22
3.4	Zpracování dat	23
3.5	Etické aspekty	23
3.6	Analýza a interpretace výsledků	24
3.6.1	Příchod prvního těhotenství	24
3.6.2	Přijetí mateřské role	25
3.6.3	Informovanost prvorodiček	27
3.6.4	Tělesné změny a body image	29
3.6.5	Role blízkých	32
3.6.6	Očekávání a emoční pochody	33
4	Diskuse	36
5	Závěr	Error! Bookmark not defined.
6	Seznam použité literatury	40
7	Seznam použitých zkratk	8

Přílohy

1 Úvod

První těhotenství je v životě ženy bezpochyby zlomovým obdobím plným změn. Každá žena zpracovává a prožívá příchod těchto změn individuálním způsobem. V průběhu těhotenství dochází ke změnám psychiky ženy a to jak z důvodu hormonálních změn, tak i z důvodu změn tělesných, kdy se mění pohled ženy na sebe samu. Tyto fyzické změny vznikají na podkladě fyziologických procesů, které vedou ke změně orgánových soustav a k celkové úpravě tělesných proporcí. Z pohledu všeobecné sestry, která přichází s prvorodičkou do styku při poskytování ošetrovatelské péče během těhotenství a v období šestinedělí, je potřebné vědět, jakým způsobem ovlivňuje těhotenství psychiku a prožívání ženy a podle toho zvolit vhodný přístup v péči a podpoře ženy. Toto téma je pro mě zajímavé také z toho důvodu, že se bude v budoucnu bezprostředně týkat i mě samotné.

V České republice se v porodnictví uplatňují dva modely, a to model lékařský a porodně-asistentský neboli sociální. Lékařský model klade důraz na objektivitu a považuje za nutný stálý dohled nad fyziologickým průběhem těhotenství a zásah při známkách patologie. Sociální model je charakteristický holistickým přístupem uplatňujícím respekt k individuálním potřebám rodičky a dítěte. Díky požadavkům rodiček se sice některé přístupy v porodnictví za poslední roky změnily, nicméně v naší zemi stále převažuje přístup lékařský (Zacharová, 2014). Informovanost žen má důležitý význam pro to, jakým způsobem ženy těhotenství prožívají. Znalost informací o tom, co ženy během těhotenství (a příp. i během porodu) čeká totiž přináší pocit bezpečí. Základní edukaci těhotných žen zajišťují těhotenské poradny, nicméně v současné době se zvyšuje zájem žen o předporodní kurzy poskytující psychoprofylaktickou přípravu a standardem se stává přítomnost partnera u porodu. Sociální opora prvorodičky významně pomáhá při zvládání stresu, úzkosti a dává ženě pocit bezpečí. Přijímání podpory ze strany blízkých vede ke zdravějšímu těhotenství, zvyšuje šanci na úspěšné dokončení těhotenství a podle výzkumů dokonce i snižuje výskyt poporodní deprese (Skurzak et al., 2015). Tyto faktory se pro mě staly dalšími zajímavými podněty pro realizaci tohoto výzkumu.

V současné době je ve společnosti věnována velká pozornost otázce těla a zevnějšku. Tento fenomén mě vedl ke zkoumání body image u těhotných žen. Vnímání své tělesné stránky je v dnešní době diskutovanou otázkou především proto, že se stále více setkáváme s určitými nerealistickými „modely krásy“, které jsou nám společností a médií předkládány a v jejich důsledku dochází u mnoha žen k patologického vnímání své tělesnosti, ke snížení sebevědomí a v neposlední řadě také ke vzniku poruch příjmu potravy. Prvorodičky jsou v tomto smyslu rizikovou skupinou lidí, protože jsou během svého života zvyklé vypadat určitým způsobem, ale během těhotenství a porodu se fyzické proporce samozřejmě změní. Ne vždy se ženám daří navrátit svůj fyzický vzhled do stavu, v jakém byl v období před těhotenstvím a ženy tak pocítují diskomfort v tom, jak se cítí.

Výzkum byl proveden kvalitativní metodou. Práce je rozdělena na dvě části. První částí je současný stav poznání, kde jsou popsány jevy z oblasti obecné psychologie související s tématem práce, dále jsou popsány fyziologické změny v těhotenství a největší pozornost

byla pak věnována tématu psychologie těhotenství. Druhá část se věnuje popisu metodologie výzkumu a analýze získaných dat. Cílem mé práce bylo zachytit individuální zkušenosti žen s procesem psychických a fyziologických změn v průběhu jejich prvního těhotenství a zjistit, jaké faktory hrají důležitou roli v otázce jeho prožívání.

Přehled současného stavu poznání

1.1 Pojmy obecné psychologie

Psychika

Základním pojmem, kterým se zabývá psychologie, je psychika neboli mysl. Tento pojem v sobě zahrnuje různé duševní děje, které člověk za život prožívá. Provázanost tělesné a duševní stránky je i po staletí nadále předmětem zkoumání. Mezi psychology panuje názor, že kromě vědomí, které je zjevnou součástí naší psychiky, existuje také oblast nevědomí, kterou lze ale jen obtížně objektivně dokázat. Dále se psychologie zabývá otázkou lidského chování, prožívání, pocitů a reakcí v různých situacích. Naše jednání a prožitky jsou úzce spjaté právě se situacemi, které předcházejí nebo následují. Každý náš projev má tedy nějakou svojí příčinu. Touto otázkou se zabývá psychologický determinismus (Plevová, 2012). Některé výše zmiňované jevy budou blíže popsány v následujících kapitolách.

Psychické jevy

Mezi psychické jevy se řadí jak ty smyslové (např. zrakové, sluchové), tak i různé vize, myšlenky, emoce, vzpomínky, prožitky. Všechny tyto jevy lze shrnout pod pojmem prožívání/ zkušenost. Vysoce subjektivní, ale nenahraditelnou metodou, jak můžeme tyto jevy pozorovat a zkoumat je introspekce (Říčan, 2009). Plevová (2012) poukazuje na významovou podobnost introspekce k reflexi/ sebereflexi.

Říčan (2009) dále uvádí, že se jedná se o náhled do vlastního nitra, do své mysli. Jelikož jde o abstraktní, objektivně neuchopitelné jevy, nelze je pozorovat žádným jiným způsobem. Vazba mezi psychickými a tělesnými jevy je v psychologii neutuchající otázkou a neexistuje pro to jednoduché řešení. Jde v podstatě o dvě strany jedné a též mince, kdy na sebe psychická a fyzická stránka vzájemně působí a tvoří určitou jednotu, ale zároveň je zde nepopíratelný rozdělující fakt – protiklad duše a těla. Psychické jevy ovlivňuje řada faktorů, např.: stav nervové soustavy, stimulace smyslových orgánů, mezilidské vztahy, společnost a kultura, vlastní psychické procesy. Vnějšími projevy psychických jevů jsou: chování a jednání, výkony a výtvoř, fyziologické projevy aj. (Říčan, 2009).

Prožívání a chování

Jak již bylo zmíněno výše, prožívání je souborem několika psychických jevů. Plevová (2012, p. 6) ho definuje jako „...nepřetržitý tok duševních zážitků, který probíhá při různých stupních bdělosti.“ Duševní zážitek dělí na tři složky:

- složku poznávací - kognitivní;
- složku citovou - emoční;
- složku volní - motivační.

Podle situace, ve které se člověk nachází, může některá z těchto složek nad ostatními převažovat. Tento fakt může být ovlivněn také aktuální náladou – psychickým rozpoložením. Plevová (2012, p. 7) dále zdůrazňuje vztahový rozměr prožívání: „...člověk si stále uvědomuje své citové vazby k blízkým lidem i svou začleněnost do sociálních skupin” a také časovost: „...naše psychika má schopnost v jakémkoli okamžiku mít na zřeteli nejen přítomnost, ale i minulost a budoucnost. Jak znáte z vlastního prožívání, často určité záměry sledujete a plánujete ve vztahu k budoucnosti a při tom využíváte i své minulé zkušenosti.”

Říčan (2009) k vysvětlení pojmu prožívání používá jako analogii promítání filmu, kdy psychické jevy popisuje jako momentky – snímky v okénkách filmu. Uvádí, že tyto jevy neexistují izolovaně, ale „*Ve skutečnosti v každém okamžiku zpravidla současně vnímáme, myslíme, cítíme, představujeme si něco, něco chceme atd.*” Říčan (2009, p. 19).

Prožívání je děj, který se uskutečňuje uvnitř člověka, zatímco chování je jeho vnějším projevem. Jedná se o zevně pozorovatelnou tělesnou aktivitu. Chování se obecně dělí na volní a mimovolní a na verbální a neverbální (Plevová, 2012).

V psychologii dále rozlišujeme několik základních směrů, které nahlízejí na osobnost, její psychiku a chování odlišně. Jde o přístup psychoanalytický, behaviorální, humanistický a kognitivní. Tyto přístupy se liší v tom, které determinanty považují za ty klíčové – jestli jsou to aspekty vnitřního či vnějšího prostředí atd. (Noel-Hoeksema et al., 2012).

Vzhledem k rozsahu této závěrečné práce již nebudou výše zmiňovaná dělení a přístupy detailněji popsány. Následující kapitola pojednává o problematice emocí, která je též velice rozsáhlá, proto se zaměřuji jen na oblasti, které jsou pro účely této závěrečné práce nejdůležitější.

Emoce

Pojmem emoce rozumíme komplexní stav, který v sobě zahrnuje několika složek.

Noel-Hoeksema et al. (2012) uvádí jako nejvýznamnější z nich tyto:

- subjektivní prožitek emoce;
- tělesná reakce;
- doprovodné myšlenky;
- mimika;
- celková reakce na emoci;
- jednání.

Emoce je odpovědí na prožití nějakého zážitku a vzniká spolupůsobením všech zmiňovaných složek - ty se mohou navzájem ovlivňovat. Důležitým prvkem, určujícím jakou emoci prožijeme a jak intenzivní daná emoce bude, je proces hodnocení. Člověk hodnotí situaci, ve které se právě nachází na základě svých zkušeností z minulosti. Vytvoří si úsudek a ten ovlivní emoci, kterou prožíváme. (Noel-Hoeksema et al., 2012)

Říčan (2009, p. 103) poukazuje na rozdíl mezi emocí a citem, kdy emoci hodnotí jako širší pojem: „*Cit je prožitek týkající se především subjektivního stavu osoby, která ho zakouší. Cit lze chápat jako prožitkovou, čistě psychickou stránku (složku) emoce.*“

Plevová (2012) rozlišuje tři aspekty citu a to citové reakce, stavy a vztahy. Liší se délkou trvání – od chvilkové reakce až po dlouhodobou. Tento fakt vychází z charakteru jednotlivých aspektů. Citové reakce jsou náhlými prožitky s určitou intenzitou. Při vysoké intenzitě takových reakcí mluvíme o afektu. Citové stavy jsou jinými slovy naše nálady. Citové vztahy charakterizují osobní vztah k nějaké osobě či předmětu, která má pro nás hodnotu. Obecně je takový vztah známý např. pod pojmem sympatie, antipatie, vášně (pro něco) atd. Všechny zmiňované aspekty jsou úzce spjaté a vzájemně se ovlivňují.

1.2 Fyziologie těhotenství

Fertilizace

Pojmem fertilizace rozumíme oplodnění, tedy splynutí mužské a ženské zárodečné buňky. Spermie představují mužské pohlavní buňky, vznikají v točitých kanálcích varlete. Vajíčka neboli oocyty představují ženské pohlavní buňky a vznikají ve folikulárním aparátu vaječníků. Každá z těchto zárodečných buněk v sobě nosí polovinu genetické výbavy budoucího jedince, jinými slovy mají haploidní počet (23) chromozomů. Při ovulaci dojde k uvolnění vajíčka, které putuje do vejcovodu. Při pohlavním styku se ejakulát dostává do zadní klenby poševní, odkud se během několika minut aktivním pohybem dostávají spermie do vejcovodu, kde dochází k vlastnímu oplození. Pouze nejzdatnější spermie pronikne buněčnou membránou oocytu. Dojde ke stažení zona pellucida oocytu, čímž vajíčko zabráni vstupu dalším spermii. Dále proběhne spojení genetické výbavy obou zárodečných buněk a ze dvou haploidních buněk vzniká jedna diploidní s úplnou chromozomovou výbavou v počtu 46 chromozomů a to 44, XX v případě dívky a 44, XY v případě chlapce. Oplozené vajíčko, ve kterém došlo ke spojení chromozomální výbavy obou pohlavních buněk, se nazývá zygota (Roztočil, 2008). Od okamžiku tohoto spojení začíná proces rýhování – mitotické dělení, během něhož zygota putuje vejcovodem do dělohy. V děloze dochází k implantaci (zanoření) a nidaci (uhnízdění) do sliznice dělohy. Proces dále pokračuje bouřlivým vývojem (Gregora, Velemínský, 2011). Tento vývoj podle Slezákové (2011) probíhá několika směry souběžně. Jde o vývoj plodových obalů, plodu jako takového a změn v organismu matky.

Známky těhotenství

Známky těhotenství se u žen projevují individuálně. Gregora a Velemínský (2011) uvádějí, že zatímco některé ženy o svém těhotenství ví od začátku, tak jiné zase změnu svého stavu poměrně dlouho necítí. Rozlišujeme tři skupiny známek těhotenství – nejisté, pravděpodobné a jisté. Nejisté známky těhotenství, jak už z názvu vyplývá, nejsou spolehlivým ukazatelem jiného stavu, mohou se totiž projevit i u netěhotných žen. Jde např. o náladovost, únavnost, sklon k závratím a mdlobám, ranní nevolnost a zvracení, změna chuti k jídlu, hypersalivace, polakysurie. Mezi pravděpodobné známky těhotenství

řadíme vynechání menstruace, prosáknutí zevního genitálu, zvětšení dělohy, prsů, břicha atd. Jako jisté známky těhotenství se označuje objektivní průkaz plodu či zaznamenání jeho projevů, např. srdeční ozvy, pohyby v břiše. Objektivním průkazem je přítomnost hormonu lidského choriového gonadotropinu (hCG) v moči a krvi těhotné od 8. dne po oplození. Těhotenským testem či biochemickým vyšetřením krve lze tento hormon vyšetřit. Již 3. týden po oplození je možné těhotenství prokázat i použitím ultrazvuku (Gregora a Velemínský, 2011).

1.2.1 Průběh trimestrů a vývoj plodu

Délka těhotenství se určuje od prvního dne poslední menstruace a trvá 40 týdnů. Porod ukončující těhotenství mezi 38. - 42. týdnem je považován za včasný.

Těhotenství se dělí na tři období – trimestry (Slezáková, 2011):

- první trimestr trvá od oplodnění do začátku 12. týdne
- druhý trimestr trvá od 12. týdne do konce 27. týdne
- třetí trimestr probíhá od 28. týdne a je ukončen porodem

Vývoj plodu také členíme na tři období (Slezáková, 2011):

- blastogeneze - jedná se o vývoj zárodku během prvních tří týdnů od oplození;
- embryogeneze - období od 22. dne, označuje se jako organogeneze, protože během ní probíhá vývoj většiny orgánů, končetiny jsou od těla oddělené a obličej nabývá lidské podoby;
- fetogeneze - začíná 9. týdnem a je charakteristická dalším vývojem a funkční diferenciací orgánů, již nemluvíme o embryu, ale plodu (fetus).

Gregora a Velemínský (2011) popisují průběh prvního trimestru jako rychlý a bouřlivý, kdy z mikroskopického zárodku vyroste na konci tohoto období 10 centimetrové embryo s vyvinutými orgány. S postupující graviditou se u těhotné objevují výše zmiňované příznaky těhotenství. Druhý trimestr charakterizují jako nejkrásnější období pro většinu těhotných žen, jak z důvodu ústupu nepříjemných příznaků, tak i proto, že nabývají stavu pohody a často i vzestupu libida. Zlomový bod nastává mezi 18. – 20. týdnem gravidity, kdy žena začne cítit pohyby plodu. V rámci screeningového programu pro včasné odhalení vrozených vývojových vad (VVV) se vyšetřuje krev matky a provádí se ultrazvukové vyšetření. Ve třetím trimestru dochází k dalšímu zlomovému momentu, kdy nastávající matka poprvé slyší srdeční ozvy plodu zachycené kardiokografem. Stupňuje se nervozita z blížícího se porodu a zároveň očekávání z brzkého shledání s miminkem.

1.2.2 Hormonální procesy

Obstová (2012) popisuje těhotenství jako období významných fyziologických změn. K hormonálním změnám dochází vylučováním hormonů hypofýzou, štítnou žlázou, nadledvinami a později se této role ujímá také fetoplacentární jednotka.

A právě nejdůležitější hormony, které při graviditě secernuje placenta, zmiňuje Roztočil (2008) v následujícím přehledu:

Lidský choriový gonadotropin (hCG) - je nejvíce secernován v prvním trimestru, dále jeho hladina klesá na minimum. Ve vrcholu své funkce pomáhá udržovat žluté tělísko, které vylučuje progesteron; stará se o hormonální stimulaci u plodů mužského pohlaví a v neposlední řadě také podněcuje imunitu k odpovědi na infekci.

Lidský placentární laktogen (hPL) – množství tohoto hormonu roste v průběhu prvního a druhého trimestru. Ovlivňuje metabolismus energetických zdrojů pro matku a plod, dále metabolismus cukru v souvislosti se sekrecí inzulínu a mimoto má i laktogenní účinek.

Estradiol – má rozsáhlé působení v oblasti metabolismu, rozložení tělesného tuku aj. Tento hormon také působí krevní a cévní změny a podporuje svým působením tvorbu melaninu, což se projevuje lokální hyperpigmentací na predilekčních místech (bradavky, pupek atd.).

Progesteron – je vylučován žlutým tělískem v prvním trimestru a následně se této funkce ujímá placenta. Je důležitý při zajištění zdroje výživy pro zárodek a jeho implantace do sliznice dělohy by se bez něj také neobešla. Má celou řadu dalších funkcí, např. snížení motility myometria či trávicího traktu, stimuluje sekreční aparát v mléčné žláze.

Dalšími hormony, které nelze opomenout, jsou prolaktin, oxytocin a vasopresin. Všechny tyto hormony jsou secernovány hypofýzou.

Prolaktin – jeho hladina je nevyšší v době kojení, ale stoupá již na konci gravidity. Jeho působením dochází k rozvoji laktace.

Oxytocin – působí během porodu na myometrium tak, že stimuluje děložní kontrakce. Další funkcí tohoto hormonu je puzení mateřského mléka z ductů.

Vasopresin – způsobuje zvýšení krevního tlaku na podkladě vazokonstrikce a má také antidiuretický efekt (Roztočil, 2008).

1.2.3 Změny v organismu těhotné ženy

Problematika změn, které probíhají v těle těhotné ženy je velice rozsáhlá, jedná se jak o změny fyzické/ fyziologické, tak o změny v oblasti psychiky. O procesech psychických bude pojednávat celá následující kapitola.

V této části budou ve stručnosti uvedeny změny týkající se orgánových systémů. Slezáková (2011, p. 22) vysvětluje, že tyto změny „...souvisejí se zajištěním vývoje a výživy plodu, přípravou na porod a kojení.“ K přiblížení tohoto tématu nám dále podává ucelený přehled:

Reprodukční systém – orgány této soustavy jsou překrvené, mění svojí velikost, tvar a barvu díky hyperpigmentaci. Děloha během svého růstu mění své uložení a její hrdlo je uzavřeno hlenovou zátkou. Pochva se vyznačuje zvýšenou sekrecí. Zvětšuje se mléčná žláza a bradavky, zvyšuje se pigmentace dvorce a tvoří se mlezivo (kolostrum).

Kardiovaskulární systém – rostoucí děloha mění polohu srdce, zrychluje se pulz. Při poloze vleže na zádech dochází k útlaku cév, který nazýváme syndrom dolní duté žíly. Kvůli útlaku žilního systému dochází často k otokům dolních končetin a stáza krve ve venózním řečišti přispívá ke vzniku varixů. Výměnu látek mezi matkou a plodem obstarává nově vzniklý uteroplacentární oběh.

Respirační systém – růstem dělohy dochází ke zvýšení bránice. Těhotné ženy mají vyšší spotřebu kyslíku a ve vyšším stupni těhotenství pociťují dušnost.

Krevní systém – výrazně se zvyšuje objem cirkulující krve a díky vysokému podílu krevní plazmy dochází k těhotenské anémii. Stoupá krevní srážlivost a tvorba leukocytů.

Uropoetický systém – v důsledku městnání moči dochází k dilataci močového vývodného systému. Stázu a reflux moči způsobuje rostoucí děloha. Na začátku a na konci těhotenství dochází k polakysurii.

Gastrointestinální trakt – dochází k hypersalivaci a zvýšené náchylnosti ke vzniku zubního kazu. Těhotné v prvním trimestru často trpí nauzeou a zvracením, v pokročilém stádiu gravidity pak pálením žáhy, zácpou, hemoroidy. Někdy mají těhotné ženy chuť na nezvyklé potraviny či látky (pica syndrom).

Pohybový aparát – díky zvětšujícímu se břichu se mění těžiště těla a zvětšuje se zakřivení bederní páteře, což se projevuje bolestmi zad. Výrazně se zvyšuje potřeba vápníku.

Kůže a kožní adnexa – hyperpigmentace postihuje oblast genitálií, prsní dvorce, pupeční linii na bříse a při nedostatečné ochraně před UV zářením také obličej (chloasma gravidarum). V oblastech, kde je růstem kůže napínána vznikají strie. Po porodu dochází ke zvýšenému padání vlasů, pravděpodobně na podkladě hormonálních změn.

Metabolismus, hmotnost – díky vyšší energetické spotřebě stoupá bazální metabolismus. Běžně činí váhový přírůstek 12-15 kg a nejvíce se projevuje ve druhé polovině těhotenství. Na tomto stavu se podílí retence tekutin v těle těhotné ženy. Otázkou hmotnosti se bude dále zabývat kapitola „Sebepřijetí - body image“.

1.3 Psychologie těhotenství

Kromě tělesných změn označuje Roztočil (2008) za významné také změny psychické. Vliv na psychiku má podle něj jak otázka fyzické proměny, tak i socio-ekonomické aspekty. Jedná se o přirozený proces, kterým prochází každá těhotná žena a hloubka jeho prožívání závisí na individualitě ženy a na okolních vlivech, které na ní působí. Haga et al. (2011) uvádí, že těhotenství může být pro ženu na jednu stranu úžasným obdobím, ale na druhou stranu poukazují na fakt, že je to období vysoké zranitelnosti, kdy je žena vystavena zvýšenému riziku duševních poruch, to platí zejména u prvorodiček.

Rastislavová (2008, p. 17) uvádí, že „*I když každá žena prožívá těhotenství individuálně, je možné vysledovat určité základní rysy psychického přizpůsobení.*“

Změny psychiky v těhotenství

Také z psychologického pohledu se těhotenství dělí na trimestry. Rotočil (2008) je popisuje následovně:

První trimestr – pro toto období je charakteristické zaměření na sebe, těhotná žena zkoumá své tělo a ujišťuje se, zda je skutečně těhotná. Hlavním cílem je zde přijetí těhotenství.

Druhý trimestr – je specifický tím, že žena cítí pohyby plodu a uvědomuje si intenzivněji přítomnost plodu ve svém těle – ve svém životě. Má snahu příznivě působit na průběh těhotenství. Podstatou tohoto období je přijetí individuality plodu.

Třetí trimestr – těhotná žena je ve svých pocitech rozpolcená – má obavy z porodu, ale zároveň se na něj těší. Je zahlcena smíšenými pocity a dochází u ní k afektivním reakcím. Zařizuje obydlí a výbavu pro dítě, připravuje se na porod a nového člena rodiny.

Změny psychiky jsou podle Rastislavové (2008) intenzivnější u žen s rizikovým těhotenstvím. Běžná psychická labilita v průběhu gravidity je u těchto žen vystupňovaná díky faktorům jako jsou hospitalizace a ohrožení pocitu jistoty. Tyto faktory působí v ženě zmatek, který se projevuje maladaptivním chováním. Psychické změny se ale netýkají jen těhotné ženy, probíhají i u osob jí nejbližších. Stejně jako u ženy dochází k vývoji mateřské identity, tak i otec přijímá svojí novou roli a mění se také jeho vztah k partnerce (Roztočil, 2008). V následujících kapitolách budou některé aspekty psychických změn popsány blíže.

1.3.1 Emoční poruchy v těhotenství

Proměna psychiky přináší různé emoce, které těhotné ženy prožívají. Dochází u nich k plačtivosti, výkyvům nálad, únavě a poruchám spánku. Některé ženy neprojevují zájem o partnera a může dojít i k takovému stavu, že se na svého potomka ani netěší. (Fuchs, 2005) I ženy s chtěným těhotenstvím postihují rozporuplné pocity. Radost, očekávání a vděčnost střídá strach a nejistota. Dvěma hlavními emočními poruchami jsou úzkost a těhotenská deprese. I těhotenství samotné může představovat zdroj úzkosti. Rastislavová (2008) člení úzkost na tři hladiny:

- hysterická – pocit konkurence vůči své matce a jiným ženám;
- narcistická – úzkost ze ztráty mladistvého vzhledu a fyzické zachovalosti;
- úzkost ovládaná strachem o dítě nebo hrozbou o svůj vlastní život.

Hart a McMahon (2006) vysvětlují nepřímou úměrnost mezi úzkostí prožívanou v těhotenství a následným vztahem matky k dítěti – čím větší je tato úzkost, tím slabší je vazba matky ke svému potomku.

Těhotenská deprese se od úzkosti liší tím, že jí způsobují hlavně biologické faktory. Z psychosociálních aspektů, které mohou mít na depresi také vliv je to např. nechtěné těhotenství, těžké životní situace atd. Zajímavý poznatek přináší výzkum Haga et al. (2011). Vyplývá z něj, že těhotné ženy, které měly během gravidity potřebu „mít věci pod kontrolou“ dosahovaly častěji depresivních stavů, zatímco u žen s otevřenějším přístupem k těhotenství byly prožívané emoce vesměs kladné.

Obecně je důležité, aby těhotná žena prožívala své těhotenství v poklidu. V opačném případě je budoucí potomek vystaven vlivům, které ho mohou v životě nepříjemně poznamenat a znevýhodnit. Pokud žena během gravidity zažívá stres, je mnohem vyšší pravděpodobnost, že její potomek bude postižen poruchou nazývanou ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Jedná se o neurovývojovou poruchu projevující se poruchou pozornosti, impulzivitou a hyperaktivitou. Tento fenomén se v současné době ve vyspělých zemích významně šíří. Proto je důležitá psychologická a sociální podpora těhotných žen vystavených stresu (Grizenko et al., 2015). Bretts et al. (2014) potvrzují, že

předporodní těžké životní situace spojené s prožíváním stresu mají negativní dopad na chování potomka v dětství.

Jak je z uvedených poznatků patrné, emoční poruchy mají poměrně významný vliv v předporodním i poporodním období a to jak na matku, tak i na dítě. Emocionální stránka a psychická pohoda mohou mít dopad na proces přivykání k nové životní roli - matky.

1.3.2 Ztotožnění s rolí matky

Stát se matkou je bezpochyby významným mezníkem v životě ženy. Rastislavová (2008, p. 16) popisuje proces této proměny, kdy nastávající matka „...mění staré modely chování, reorganizuje, doplňuje nové typy chování. Dochází k vývoji mateřské identity, kdy žena začleňuje vlastní já do nové role matky.“

Přijetí této role je provázáno operacemi, jejichž výsledkem je integrace do role matky. Skrze tyto operace se žena vyrovnává s vývojovou krizí, kterou mateřství přináší. Roztočil (2008) tyto operace člení takto:

- imitace – snaha ženy o osvojení role skrze napodobování chování jiných matek;
- hraní rolí – žena vyhledává situace, kdy může pečovat o dítě;
- fantazie – ženiny obavy, přání a sny kolující v jejích myšlenkách;
- introjekce – sledováním a učením se od svého okolí žena vyhodnocuje, jaké chování je dobré – takové akceptuje a naopak neguje přijetí nevhodného chování;
- smutnění – pro přijetí nové role se žena musí vzdát některých aspektů své osobnosti, které nejsou v souladu s úlohou matky.

Wiklund et al. (2009) zkoumali vliv těhotenství na proměnu osobnosti matky. Zjistili, že se u těchto žen významně zvýšila impulzivita a snížila se míra socializace, osobnost jako taková zůstala ale stejná. Hart a McMahon (2006) dodávají, že někdy může ženu postihnout pocit zmatku, úzkosti a stesku po dřívějším stylu života. Žena s příchodem potomka ztrácí ekonomickou nezávislost, zastavuje se její kariérní růst, což může být pro některé typy žen těžko přijatelné, dokonce mohou mít pocit, že se staly jakousi obětí. Jak své mateřství žena přijme, záleží na mnoha faktorech – osobnost, zralost a připravenost matky, socio-ekonomické faktory atd. Čím se u prvorodiček chýlí těhotenství ke konci, zvyšuje se obvykle strach ze zodpovědnosti, kterou s sebou mateřství přináší (Hart a McMahon, 2006).

Důležitý je kulturní kontext mateřství, kdy svoji roli hraje státem podporované plánované rodičovství a přístup ke zdravotní péči. Kultura určuje pohled společnosti na genderové role a na mateřství (Callister, 2013). Indrielle (2013) poukazuje na kulturní tlak, který je kladen na budoucí matky. Být bezchybnou matkou je však nemožné. Sestra může využít svých schopností a zahrnout do ošetrovatelské péče poradenství u žen, které projevují zájem a snahu udělat pro dítě maximum.

Kladné přijetí dítěte má klíčový význam jak před narozením potomka, tak i po narození.

Otázku poporodního tvoření vztahu mezi matkou a dítětem přibližuje tzv. bonding (Rastislavová, 2008). Jedná se o přiložení novorozence na břicho matky bezprostředně po porodu – následně se dítě intuitivně „doplazí“ k prsu matky a přisaje se. Důležitý je tělesný

a oční kontakt, díky kterému dochází ke vzniku oné vazby. Mrowetz et al. (2011) zdůrazňují smysl bondingu jako významného kroku k vytvoření pevného vztahu dítěte a matky od první chvíle po porodu a zároveň ho označují za proces, při němž si žena uvědomí a prožije podstatu mateřství mnohem intenzivněji než když je kontakt s novorozencem záhy ukončen z důvodu rutinních hygienických a zdravotnických úkonů. Poskytuje však moderní porodnictví prostor matkám k uplatnění tohoto procesu? Menší porodnice s důrazem na rodinný přístup se k této otázce staví otevřeně, nicméně větší porodnice jsou charakteristické spíše renomovaností a vysokou úrovní poskytované lékařské péče, zatímco v otázce vyhovění přání matek nejsou častokrát tak vnímaví (Mrowetz et al., 2011). Tento fakt vychází ze dvou modelů, které se v porodnictví uplatňují, a to model lékařský a porodně-asistentský neboli sociální. Lékařský model zdůrazňuje objektivitu a považuje za nutný stálý dohled nad fyziologickým průběhem těhotenství a naopak okamžitý zásah při známkách patologie. Sociální model aplikuje holistický přístup s respektem k individuálním potřebám rodičky a dítěte. Díky požadavkům rodiček se sice některé přístupy v porodnictví za poslední roky změnily, nicméně v naší zemi stále převažuje přístup lékařský (Zacharová, 2014). Matka a otec potřebují pro osvojení svých nových rolí vhodné podmínky. Ochrana a péče o novorozence ze strany rodičů dle Ludwiga (2011) nahrazují bezpečí prenatálního světa a jsou důležité pro jeho přežití. Právě skrze výše uvedenou souhru očního kontaktu, obličejového výrazu, gest a společného vcítění dochází k vzájemnému naladění v rovině rodič – dítě.

1.3.3 Psychoprofylaktická příprava

Díky vyvíjejícím se technologiím a většímu přístupu k informacím, které jsou pro dnešní dobu typické, si mnohé nastávající matky vyhledávají potřebné informace např. na internetových portálech pro matky, v médiích, časopisech, knihách atd. Existují však také předporodní kurzy v rámci systému předporodní přípravy vedené přímo porodními asistentkami, které poskytují lepší přehled o průběhu těhotenství a porodu. Cílem těchto kurzů je připravit nastávající rodiče na změny, které mohou v tomto období očekávat. Gregora a Velemínský (2011, p. 35) uvádějí, že „*Předporodní příprava zároveň také přispívá ke zmírnění či odbourání jejich strachu a negativních emocí souvisejících s porodem, s porodními bolestmi a obavami o dítě.*“ Kurzy připravují rodiče jak teoreticky, tak i prakticky. Teoretická část kurzů se zabývá otázkou těhotenství, porodu a šestinedělí, probírána jsou také specifika péče o novorozence a probíhá při ní návštěva porodnice, díky níž se nastávající rodiče seznámí s prostředím a personálem porodnice. Praktická část kurzů je věnována nácviku správného dýchání, používání a relaxace svalů, nácviku úlevových poloh atd. (Gregora a Velemínský, 2011).

Psychoprofylaktická příprava žen k porodu se obvykle provádí ve třetím trimestru těhotenství. Tato příprava mimo jiné také vede k prohloubení prožitku z porodu a radosti ze spolupráce s manželem (Slezáková, 2011). Gregora a Velemínský (2011, p. 35) k tomu dodávají, že „*Připravené maminky se cítí na porodním sále mnohem jistější, lépe spolupracují a samotný porod si tímto znatelně zkracují.*“ Zacharová (2014) upozorňuje, že pokud rodička není v tělesné a duševní pohodě, hrozí zvýšené riziko hypoxie plodu a

ukončení porodu císařským řezem. Rodičky mají obvykle možnost vyjednat si s personálem porodnice svůj porodní plán. Je to dobrý způsob, jak dosáhnout pocitu důvěry/ jistoty v to, jakým způsobem porod proběhne. Pro rodičku je totiž vysoce důležité vědět, co se s jejím tělem a s dítětem v průběhu porodu a po něm děje. V českém porodnictví je péče o matku a dítě po porodu oddělená. Zacharová (2014) tento postup hodnotí kriticky a doporučuje zavedení modelu one-to-one, který funguje v zahraničí. Kladem tohoto modelu, kdy jeden zdravotník pečuje jak o matku, tak i o novorozence, je přispění k vzájemné důvěře a lepší spolupráci mezi zdravotníky a nastávajícími matkami. Kvalitní komunikace a profesionální přístup zahrnující bio-psycho-sociální přístup jsou důležitými faktory, na kterých my jako zdravotníci musíme pracovat pro zajištění optimální péče (Zacharová, 2014).

1.3.4 Sociální opora

Sociální opora významně pomáhá při zvládání stresu a těžkých životních situací u těhotných žen. Přijímá-li těhotná žena od svých blízkých silnou podporu snižuje se intenzita prožívání negativních pocitů, starostí a podle výzkumů je u podporované skupiny žen dokonce i nižší výskyt poporodní deprese. Lidé z bezprostředního okolí těhotné ženy jako jsou její partner, rodina, přátelé, porodní asistentka a lékař jsou nepostradatelní při čerpání této podpory. Poskytování sociální opory je způsobem interakce, kdy se lidé angažují v pomoci. Projevuje se pečováním, proječováním pochopení, zájmu, empatie, působením pozitivních pocitů a v případě zdravotníků hlavně poskytování informací. To vše pomáhá odbourat pocit úzkosti, strachu a duševního napětí. Dle výzkumů sociální opora přispívá k vyladění psychoprophylaktické péče, vede ke zdravějšímu těhotenství a zvyšuje šanci na úspěšné dokončení těhotenství (Skurzak et al., 2015). Warren (2005) dělí sociální oporu na hodnotnou a informační. Dodává přitom, že hodnotná má silný vliv na sebevědomí rodičky ohledně péče o dítě. Jejím zdrojem je především partner a vlastní matka rodičky. Informační podpora má sice o něco nižší, ale stále významný vliv a jejím zdrojem jsou porodní asistentky a jiné matky.

Samostatnou kapitolou jsou ženy, jejichž partneři je opustí a o ženu ani budoucího potomka neprojevují zájem. Žena se tak cítí sama, opuštěná, odmítnutá a jelikož nemá ani partnerovu finanční podporu, dostává se do nepříznivé a tíživé životní situace. Takto opuštěné ženy se setkávají s vyšší mírou komplikací jakou např. potraty, předčasné porody a porodní obtíže (Pařízek, 2015). Rezsels a Peterson (2014) k tomu dodávají, že nedostatek emocionální podpory ze strany partnera, rodiny nebo přátel přispívá k prožívání pocitu útlaku, izolace, vyloučení a bezmoci. Ženy přitom popisují své partnery jako klíčový zdroj emocionální podpory. Dále byla dle výzkumu Rezsela a Petersona (2014) důležitá podpora ze strany členů rodiny ženského pohlaví, ze strany těhotných žen a přátel, kteří již jsou rodiči. Slezáková (2011) uvádí, že pro těhotnou ženu je důležitý především pocit bezpečí. Např. i u porodu je partner pro rodičku jedinečnou oporu, kterou nemůže nikdo ze zdravotníků nahradit. Mrowetz et al. (2011, p. 69) popisují pocity mužů doprovázejících své partnerky u porodu jako „...*vlnu lásky, hrdosti a úcty k ženě, která porodila.*“ Přestože muži v dnešní době projevují zájem být přítomni při porodu, studie ukazují, že když ten moment nastane, pohlcojí je obavy o zdraví jak partnerky, tak dítěte a také zažívají pocit

bezmoci při pohledu na své trpící partnerky. Často se přitom snaží vypadat silní a nezranitelní, jak se to od nich podle jejich genderové role očekává (Poh et al., 2014). Jak z uvedeného vyplývá, pomoc a podpora nejbližších má nemalý vliv na celý průběh těhotenství a porodu. Mít úplnou a dobře fungující rodinu je tedy velkou výsadou.

1.3.5 Sebeříjení – body image

V současné době je ve společnosti věnována velká pozornost otázce těla a zevnějšku. V populaci lidí, žijících ve vyspělých částech světa se na jedné straně stala obezita a nezdravý životní styl velkým problémem a na straně druhé jsou zde také tendence k přechodu ke zdravé stravě, počítání každé kalorie, korekce těla a přehnané sebeříjení. Naš zevnějšek o nás může vypovídat mnohé, např. dává obraz o našem sociálním postavení, původu, náladě nebo sexuální přitažlivosti. Ideál krásy se přitom liší jak po stránce kulturně-demografické, tak po stránce historické. (Fialová, 2006)

Slabá (2014) uvádí, že pro výraz body image existují různé definice, podle toho v jakém oboru je použit. Můžeme pozorovat jeho použití napříč různými oblastmi jako jsou psychologie, sport či genderové studie. Např. v psychologii se tímto výrazem rozumí mentální reprezentace vlastního těla – jinými slovy představa o vzhledu těla a vztah k němu. Fialová (2006) definuje body image jako výraz vyjadřující vnímání našeho těla, jak by měl náš zevnějšek dle našeho názoru či názoru společnosti vypadat. Dále poukazuje na fakt, že zatímco se v dřívějších dobách na ženách preferovaly výrazné sekundární pohlavní znaky – tedy oblejší tvary, dnes je tomu jinak. Společenským nátlakem dnešní doby, prezentovaným především médií, je mít štíhlou a pevnou postavu. Mnoho žen přitom, v honbě za tímto ideálem krásy, upadá do nezdravých forem štíhlosti až k anorexii.

Většina žen nepřijímá tělesné změny v těhotenství kladně. Vnímavější jsou v této otázce ženy, které již dříve nebyly se svojí postavou spokojené. Ve vyšším stupni těhotenství je často napadají myšlenky o ztrátě atraktivity (Rastislavová, 2008). Vnímání našeho vzhledu se přitom může značně lišit od toho, jak jej vnímá naše okolí. Naše body image bývá ovlivněna kulturním kontextem a jelikož dnešní doba vyzdvihuje štíhlost, mnoho žen se snaží hubnout, aniž by to potřebovaly (Slabá, 2014).

Pařízek (2015) vysvětluje, že ideální váhu pro těhotenství zjistíme pomocí výpočtu BMI (Body Mass Index). Doporučuje mít hodnotu BMI v rozsahu 20-25. Pařízek (2015) také nepovažuje za vhodné srovnávat svojí hmotnost a postavu s modelkami, jejichž proporce nejsou pro těhotenství ideální.

Jak již bylo v kapitole pojednávající o fyziologických změnách v těhotenství zmíněno, běžný váhový přírůstek činí 12-15 kg. Ne vždy se ženám po porodu podaří přebytečnou váhu úplně eliminovat, což může vést k pocitu frustrace. Henriques et al. (2013) uvádějí, že spokojenost se svojí body image před těhotenstvím hraje roli v poporodní váze ženy. Doporučují stanovení si realistických cílů v otázce snížení tělesné hmotnosti – to totiž zvyšuje motivaci a přispívá k vyšší úspěšnosti v jeho dosažení.

2 Metodologie a výsledky výzkumu

2.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je zachytit individuální zkušenosti žen s procesem psychických a fyziologických změn v průběhu jejich prvního těhotenství a zjistit, jaké faktory hrají důležitou roli v otázce jeho prožívání.

Dílčí cíle práce jsou:

- 1) Zjistit, do jaké míry se prvorodičky cítí ztotožněny s rolí matky?
- 2) Zjistit, jak si prvorodičky zvyšují povědomí o těhotenství?
- 3) Zjistit, jak vnímají prvorodičky fyzické změny na svém těle – otázka sebepřijetí?
- 4) Zjistit, jaká je role sociální opory při zvládání těhotenství (a porodu)?
- 5) Zjistit, jaké očekávání měly prvorodičky od těhotenství?

Hlavní výzkumnou otázkou je, jak prožívají prvorodičky těhotenství a jaké faktory ovlivňují jeho prožívání.

Díličními výzkumnými otázkami je zkoumáno:

- 1) Jaký je pohled prvorodiček na mateřství?
- 2) Jakou roli hraje informovanost prvorodiček v prožívání těhotenství?
- 3) Jaké je u prvorodiček vnímání body image v souvislosti s tělesnými změnami v těhotenství?
- 4) Jaký význam má sociální opora pro prvorodičku při zvládání těhotenství (a porodu)?
- 5) S jakými očekáváními do těhotenství vstupují?

2.2 Metoda získávání dat

Jako výzkumnou strategii pro tuto práci jsem zvolila kvalitativní přístup, který poskytuje hlubší náhled do aspektů prožívání. Miovský (2006, p.18) uvádí, že pro psychologicky zaměřený výzkum je tento přístup vhodný, protože využívá „...*principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání.*“

Pro výzkum jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda pomáhá výzkumníkovi držet se určitého závazného schématu, ale zároveň dává prostor pro kladení doplňujících otázek, které by mohly být pro účely výzkumu relevantní. Schéma rozhovoru bylo postaveno na 46 otázkách, z nichž první okruh otázek byl zaměřen na získání demografických údajů o informantkách a dalších šest okruhů bylo vytvořeno na základě výzkumných cílů této práce. Druhý okruh otázek přibližuje okolnosti prvního těhotenství ženy. Otázky zjišťovaly, zda se jednalo o plánované těhotenství, zda k němu došlo spontánně či po umělém oplodnění, zkoumaly reakce při zjištění pozitivitu těhotenství apod. Třetí okruh otázek se zaměřil na oblast identifikace s rolí matky, pohled na mateřství jako takový a přístup a angažovanost partnera v otázce péče o těhotnou partnerku. Čtvrtý

okruh se soustřeďuje na otázku zvyšování povědomí prvorodiček o těhotenství. Otázky zkoumají informovanost žen o průběhu těhotenství, porodu a péči o nastávajícího potomka a také rozsah a kvalitu informací získaných edukační činností zdravotníků. Pátý okruh zjišťoval, jaký dopad mají fyzické změny u gravidní ženy na její psychiku, na vnímání sebe sama a svého těla. Další okruh se zabývá otázkou role sociální opory v prožívání těhotenství a vztah blízkých k prvorodičce. Poslední okruh zkoumal pocity, nálady, očekávání a prožívání informantek během jejich gravidity. Na úplný závěr jsem přidala dvě doplňující otázky týkající se porodu a poporodních zdravotních potíží, kterým prvorodičky čelily.

Všechny rozhovory s informantkami proběhly v rámci jednorázového osobního setkání, při němž byl obsah rozhovorů po předchozím souhlasu informantek nahráván na diktafon. Jedna z prvorodiček byla v době rozhovoru již blízko termínu porodu, proto jsem se jí s odstupem času po porodu dodatečně zeptala na zbylé doplňující otázky prostřednictvím telefonického rozhovoru. Všechny ostatní prvorodičky již byly po porodu. Délka rozhovorů s informantkami se pohybovala v rozsahu 45 minut (nejkratší) až 1 hodina 20 minut (nejdelší). Rozhovory probíhaly v rozmezí od 29.1. 2016 do 7.5. 2016 v místě jejich bydliště, tzn. Praha, Ostrava, Havířov, Český Těšín a Komorní Lhotka.

2.3 Výběr a popis výzkumného vzorku

Základním kritériem pro výběr vzorku bylo, aby informantkami byly prvorodičky a to buď v závěru těhotenství nebo maximálně rok po porodu. Mým záměrem bylo, aby vzorek informantek byl co nejpestřejší a aby se výzkum dotýkal i žen v krizových životních situacích a žen na okraji společnosti, proto jsem oslovila vedení Dětského centra při Thomayerově nemocnici s žádostí o umožnění výzkumu prostřednictvím rozhovorů s matkami, které své potomky do dětského centra odložily. Část matek své děti v tomto ústavu totiž navštěvuje nebo mají možnost (a zájem) s nimi v centru přímo bydlet. Většina těchto matek je uživatelkami návykových látek. Výzkum na tomto pracovišti mi však nebyl umožněn.

Pro výběr vzorku jsem použila metodu záměrného výběru v kombinaci s metodou sněhové koule. Oslovila jsem vedoucí předporodní přípravy a kurzů pro nastávající matky v Moravskoslezském kraji, která mi následně zprostředkovala kontakty na dvě prvorodičky, které tímto kurzem prošly. Tyto ženy s předáním kontaktu předem souhlasily a byly již obeznámeny s tím, za jakým účelem je oslovím. Jako další informantku jsem oslovila ženu z mého blízkého okolí, která odpovídala kritériím pro tento výzkum a na jejíž doporučení jsem získala kontakt na další prvorodičku. Takto se metodou sněhové koule stala součástí výzkumu i další informantka. Poslední informatkou byla žena, se kterou jsem se setkala v rámci studia ve stejném studijním programu – tato prvorodička mi spolupráci na výzkumu sama nabídla a jelikož se u ní jednalo o otěhotnění pomocí asistované reprodukce, neváhala jsem tuto nabídku přijmout.

Rozhovory byly uskutečněny se šesti informantkami. Pouze jedna z nich je po umělém oplodnění – IVF (in vitro fertilizace), ostatní otěhotněly spontánně. Těhotenství všech informantek byla plánovaná. Tabulka č. 1 popisuje základní demografické údaje o informantkách. Pro zachování anonymity je vzorek informantek popsán číselně.

Tabulka č. 1 Přehled demografických údajů o informantkách

	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Povolání	Stav	Bydliště
Informantka č.1	35	Středoškolské	Zdravotnický asistent	Ve vztahu	Praha
Informantka č.2	29	Vysokoškolské - Bakalář	Pedagog	Vdaná	Ostrava
Informantka č.3	29	Středoškolské	Farmaceutický asistent	Vdaná	Ostrava
Informantka č.4	26	Vysokoškolské - Bakalář	Sociální pracovnice	Vdaná	Komorní Lhotka
Informantka č.5	28	Vysokoškolské - Bakalář	Misijní pracovník	Vdaná	Český Těšín
Informantka č.6	31	Vysokoškolské - Bakalář	Sociální a humanitární pracovnice	Ve vztahu	Havířov

Zdroj: *Hlávková, 2016*

2.4 Zpracování dat

Nahrávky získané při rozhovorech s informantkami jsem přepsala v programu MS Word. Při rozhovorech nebyl na informantky kladen tlak v otázce držení se exaktních otázek, ale spontánně docházelo k odpovědím na otázky, které teprve měly následovat a ke kladení doplňujících otázek z mé strany. Jelikož měly informantky výraznou tendenci se rozpovídat a převyprávět děje, které prožily, došlo tedy i k dosažení narativního přístupu. Přepsané rozhovory byly v rozsahu 9-11 stran s celkovým počtem 55 stran. Získaná data, která nebyla pro výzkum relevantní byla zredukována s cílem zaměřit se na odpovědi týkající se výzkumných otázek. Zpracování dat proběhlo metodou otevřeného kódování. Vzniklé kategorie jsou doplněny o autentické reakce informantek za použití přímých citací.

2.5 Etické aspekty

Informantky si byly vědomy toho, že jejich účast na výzkumu je dobrovolná, že mohou z výzkumu kdykoli odstoupit a že bude plně respektována jejich anonymita. Souhlas s poskytnutím informací pro účely mého výzkumu daly informantky jak předem písemně – prostřednictvím e-mailové komunikace, tak i ústně při samotném nahrávání. V případě zájmu měly informantky možnost se předem seznámit s otázkami, které během rozhovoru měly zaznít. Této možnosti využila jedna informantka.

2.6 Analýza a interpretace výsledků

Interpretace dat je realizována na základě výzkumných otázek vycházejících ze struktury rozhovorů. Jednotlivé tématické celky jsou analyzovány a vykresleny vybranými citacemi z rozhovorů uskutečněných s informantkami. Konkrétní citace jsou vybrány na základě toho, jakou mají vypovídající hodnotu. První tématický celek nazvaný ‚Příchod prvního těhotenství‘ nevychází z žádné výzkumné otázky, ale slouží jako úvodní seznámení se s příběhy informantek a vykresluje pozadí jejich prvního těhotenství.

2.6.1 Příchod prvního těhotenství

Těhotenství všech informantek byla plánovaná, nicméně každé z nich mělo specifické pozadí. Některé prvorodičky se spolu s partnery potýkali s obtížemi souvisejícími s početím, u jiných byl přítomný nějaký rizikový faktor ohrožující úspěšné otěhotnění či dokonce neplodnost ze strany jednoho z partnerů (informantka č. 1, 2, 5). U těchto párů s problematickým početím byla radost a nadšení z potvrzeného těhotenství větší než u párů, kterým se podařilo otěhotnět téměř hned.

„Tak první početí se povedlo hned, ale to byl spontánní potrat asi v 6. týdnu, druhé potom bylo bezplodové těhotenství, takže druhý byl – ne že potrat, ale musela jsem jít na nějaký zákrok odstranění... Pak musela být nějaká delší pauza, aby se tělo zregenerovalo a potom se to povedlo napotřetí.” (Informantka č. 2)

„Mě zjistili v 11 letech, že mám obrovský nádor v dutině břišní... všechny vstupní testy potvrdily, že je to zhoubné... až při operaci zjistili, že je to z vaječníku, takže mi to odstranili i s ním. Pak jsem každý rok docházela na nějaká vyšetření no a teď už vlastně vůbec. Žádné nějaké komplikace nemám nebo tak, ale člověk si říká, když nemám polovinu toho, co bych měla mít, tak možná to bude složitější vůbec jako zapadnout.” (Informantka č. 5)

„Povedlo se – nepovedlo, nějak jsme se tím nestresovali, jenomže po těch třech letech snažení už nám to přišlo divné a potom partner byl nemocný a oni přišli na to, že je to endokrinní onemocnění, takže šel na spermioqram a tam zjistili, že ty spermie nefungují.” (Informantka č. 1)

První těhotenství je nová zkušenost, u níž prvorodičky často neví, co mohou čekat. Polovina informantek se tak dozvěděla o svém těhotenství až v důsledku zpožděné menstruace a následného provedení těhotenského testu, aniž by pociťovala na svém těle cokoli neobvyklého. Druhá polovina informantek po otěhotnění opravdu cítila, že se s jejich tělem děje cosi zvláštního, případně tušily, že by se mohlo jednat o těhotenství.

„Nějak jsem to prostě cítila, že vevnitř se děje něco jinak... A začala jsem mít takové nějaké mini příznaky, že jsem měla větší prsa, víc mě to bolelo, nějak jsem se prostě jinak cítila a pořád jsem to manželovi říkala, že ‚Co když jsem těhotná?‘ ale přesto jsme šli třeba na tenis... V noci jsem se probouzela, břicho mě bolelo a tak, takže potom jsem si za pár dnů udělala test a byl pozitivní.” (Informantka č. 5)

„Udělal jsem si těhotenský test po tom, co jsem zpozorovala zpoždění a taky když jsem cvičila, posilovala a dělala kliky – nebylo mi jasné, proč už u desátého kliku nemůžu. (smích)“ (Informantka č. 4)

Radost vycházející z úspěšného početí byla doprovázena jakýmsi vystřízlivěním – smíšenými myšlenkami a obavami nad osudem těhotenství, potomka, pochybnostmi týkajícími se zvládnutí rodičovské role či vhodného načasování. Prvorodičky se po prvotním nadšení mírnily v očekávání a vyčkávaly na úspěšný průběh prvních několika týdnů těhotenství.

„Tak já jsem se zaradovala že jo, ale pak si vzápětí člověk řekne ‚Ještě se neraduj, je to na začátku.‘ Jsem měla v hlavě, že by se měl člověk radovat až za nějakých těch 12 týdnů.“ (Informantka č. 6)

„Z jedné strany se člověk strašně těšil, z druhé strany si říkáš tak a je to tu prostě, už začal nějaký proces, který nemůžeš odvolat a taky... ty obavy, stres z toho, jak to bude, jestli je to opravdu ta vhodná chvíle, jestli jsme opravdu schopni to všechno zvládnout, jestli já opravdu jsem schopná donosit to těhotenství, jestli zdravotně budu v pořádku a to všechno. Je to takový strašný výbuch emocí všeho druhu no.“ (Informantka č. 5)

2.6.2 Přijetí mateřské role

U otázky, zda-li se informantky cítily být připravené na těhotenství a na roli matky se odpovědi rozbíhaly do tří rovin. Nejčastěji se opakujícím názorem bylo, že se na to připravit nelze. Přijímání mateřské role je pro tuto skupinu informanek procesem učení - při setkávání se s novými situacemi se člověk postupně učí, jak jednat a tyto děje přirozeně vedou ke sžití se s touto novou rolí. Pouze dvě informantky uvedly, že se na mateřství cítily připravené a jedna uvedla, že dosud neví, jak svojí připravenost na mateřství hodnotit.

„To asi nejde. jakože přece jen je to nějaká zodpovědnost - něco nového, cizího, do čeho jde, takže člověk se na to asi... nejde se na to připravit. Ale všechno přijde samo.“ (Informantka č. 2)

„I kdyby člověk tvrdil, že je připravený a je ta vhodná chvíle, tak vždycky život je plný překvapení a vždycky tě překvapí něco jiného.“ (Informantka č. 5)

„Ano, v tu dobu už ano, kdy jsme se snažili o miminko. Jsme k tomu dospěli časem, ale kdybyste se mě zeptala tak půl roku zpátky – před těhotenstvím, tak bych řekla ještě, že ne. (smích)“ (Informantka č. 3)

„Jako na těhotenství jo, ale na roli matky – nad tím přemýšlím doted'... spíš člověk pochybuje nad sebou, jestli bude dobrý rodič, aby tomu malému bylo potom dobře na tom světě.“ (Informantka č. 6)

Z rozhovorů vyplývá, že mateřství pro většinu informantek před samotným těhotenstvím bylo cosi vzdáleného a cizího a interakce s dětmi v nich nevyvolávala žádné hlubší emoce. Některé ženy si dokonce nebyly jisté, jestli se v nich nějaké mateřské pudy vůbec někdy probudí. Změna přichází až při osobní zkušenosti s mateřstvím. Vše se najednou obrací a mateřství nabývá v životě žen nový neočekávaný rozměr. Pouze informantka č. 2 měla před početím blízký vztah k dětem, což vzhledem k její profesi učitelky nebylo překvapující.

„Pohled na to mateřství se u mě změnil až po porodu. Já jsem byla vždycky ten typ, který nebyl moc mateřský, jako cizí miminka a tak mě vůbec nebraly, vůbec. Já vlastně ani doteď nevím, jak jednat s cizíma dětma... ale mám radost, když je vidím a že tak pookřeju - to je až fakt po porodu.” (Informantka č. 3)

„Trošku jsem měla obavy zpočátku. Já jsem nikdy nebyla ten typ, že bych běhala za dětma, chtěla si s nima hrát... vždycky jsem měla takový odstup. Takže jsem si říkala, jestli vůbec budu mít nějaké mateřské pudy nebo instinkty, ale jakmile jsem vešla do té role... až potom v šestinedělí jsem si zvykla na to mateřství.” (Informantka č. 5)

„Určitě jsem chtěla vždycky děti, ale měla jsem z toho takový respekt, že jsem se na to necítila vůbec, že jsem si nikdy moc nerozuměla moc s malými dětmi... Ale potom to přišlo samo, tak postupně.” (Informantka č. 4)

„Vždycky jsem si říkala, že jako ten sociální pracovník se dokážu vžít do spousty situací, tak do pocitu matky nebo rodiče – to mi nikdy nešlo. Nedokázala jsem si představit, jaká je láska k dítěti nebo jaké to je mít dítě. Vím, že do 28 let jsem si říkala, že děti mít nebudu, že to není smysl každého z nás v životě. Pak se to nějak překlikne.” (Informantka č. 6)

Zajímalo mě, jaký postoj zaujímají prvorodičky v otázce seberealizace - zda-li v dnešní době dávají ženy přednost svojí práci a možnému profesnímu růstu či svůj potenciál raději vkládají do mateřství a budování vztahu s potomkem. Informantky se většinou shodly v názoru, že práce pro ně důležitá je, ale kromě aspektu seberealizace v ní vidí také zdroj budoucího finančního zajištění potomka. Pokud jde o mateřství, tak jde kariéra stranou a je pro ženy důležité se soustředit na aktuální roli matky a naplňovat jí co možná nejlépe. Dle informantky č. 5 je nejvhodnějším řešením nalezení rovnováhy v obou oblastech.

„... studovala jsem tu humanitárku, tak jsem si myslela, že budu ještě jezdit po světě. Věděla jsem, že nejde skloubit obojí, že bych nedokázala mít dítě a potom třeba na půl roku někam odjet... teď je to pro mě všechno a proto to dítě mám, abych mu teď už věnovala tolik, aby z něho vyrostl dobrý člověk, spokojený člověk a byl šťastný” (Informantka č. 6)

„Já jsem spíše ten typ, který potřebuje mít nejdřív školu, potom praxi – kariéra pro mě byla důležitá proto, abych se pak měla kde vrátit a co nabídnout, protože... co si budu povídat, bez praxe vás nikdo nechce.” (Informantka č. 3)

„Já bych nedávala mateřství úplně na první místo. Já to беру jako součást. Takže když nebudeš chodit do práce, nebudeš mít peníze, nebudeš mít tomu dítěti co dát.“ (Informantka č. 1)

„No jako já myslím, že v životě by měl být balanc všeho. Když jsi jenom matka a jenom máš hlavu ponořenou v mateřství, tak tě to strašně omezuje zas v jiných oblastech životních. Když zas jenom buduješ kariéru, tak zas totálně nejsi naplněna v tom, co je naše vložka jako žen, že jsme matky... ale vzala jsem to od počátku jako takovou moji primární roli teď.“ (Informantka č. 5)

2.6.3 Informovanost prvorodiček

Touha poznat, jak se dítě v břiše matky vyvíjí vedla prvorodičky k hledání informací o prenatalním růstu plodu. Vzhledem k tomu, že se jednalo o novou životní etapu, o které neměly příliš mnoho poznatků, snažily se tuto oblast prozkoumat.

„To jsme si s manželem dělali takovou hezkou chvilku vždycky, když byl nový týden malého, tak jsme si přečetli právě daný týden, co všechno se tam děje, co by se v tom týdnu mělo vyvíjet, rozvíjet, co by měl umět, jak je veliký...“ (Informantka č. 2)

„Jo, to jsem na internetu brouzdala po těch všech různých stránkách – co, kdy, v kterém týdnu se děje... a při rozhovorech se sestrou – ta mi předávala čerstvé informace. Chodila na kurzy pro maminky a byla v těhotenství ode mě o čtyři měsíce napřed. Vždycky mi říkala, co mě čeká. (smích)“ (Informantka č. 4)

Dostatečná informovanost vedla u prvorodiček k pocitu klidu a ujištění, že ví, co je čeká. Proto celá polovina informantek navštěvovala také předporodní kurzy, jedna o účasti na kurzu uvažovala a výše citovaná informantka č. 4 měla informace z kurzů zprostředkované svojí sestrou. Tyto kurzy hodnotily prvorodičky velice kladně.

„... já čím víc toho vím, tím víc jsem klidnější. Já bych měla strach spíš z toho, že nevím, do čeho jdu. Ty kurzy u dule byly skvělé, to se mě líbilo moc... Ale i takhle mimo ty kurzy jsem si hodně věcí nastudovala a udělala jsem si svoji představu, jak bych to chtěla nebo nechtěla.“ (Informantka č. 3)

„Navštěvovala jsem ten předporodní kurz... abych se připravila na tu porodnici, seznámila se tam s tím prostředím a vůbec... ještě to bylo i s plaváním. Sama jsem tam byla pět lekcí a na šestou byl i manžel - byli s námi i na tom plavání. Dozvěděly jsme se tam i o kojení nějaké detaily, co a jak... takže já si myslím, že to bylo super.“ (Informantka č. 2)

Ne každá žena ovšem přísun velkého množství informací vnímá pozitivně. Např. rodička, která se až do porodu zabývala jen otázkou dokončení studia a ke zjišťování informací se uchýlila až po porodu své pocity popisovala takto:

„No právě potom to na mě všechno spadlo, všechny nějaké články, co mi dali v nemocnici, nějaké stránky, co mi někdo doporučil, strašně to byly neznámé vody pro mě. Hodně těch názorů v péči o to malé miminko se liší, každý ti řekne něco jiného, každé stránky jsou jiným směrem vedeny, takže to bylo pro mě asi nejvíc frustrující... nevěděla jsem, odkud začít, čeho se chytit, takže jsem to vlastně ani nechtěla číst, protože mě to akorát víc frustrovalo, že je tolik toho, co nevím.“ (Informantka č. 5)

Výpovědi prvorodiček popisují, že informace získané u gynekologa byly zpravidla srozumitelné a dostatečné. Informantky většinou neměly potřebu se na další věci doptávat, buď je otázky nenapadaly nebo se již vše potřebné dozvěděly z předchozího hledání informací z jiných zdrojů.

„Jo já mám právě strašně skvělou doktorku... vždycky se zeptala, jestli máme ještě nějaký dotaz, jestli mě něco trápí nebo tak, prostě super.“ (Informantka č. 2)

„Asi jo. Já nikdy nevím, na co se mám ptát, takže mi stačí to, o čem mě poinformuje.“ (Informantka č. 4)

„Ano, my jsme to nikdy nějak moc nerozebírali, protože já jsem zrovna byla ta nastávající matka, která všechno věděla. Takže to potom bylo takové humorné – já jsem přišla, odešla a nic jsem nepotřebovala.“ (Informantka č. 3)

Chování zdravotníků bylo až na dvě výjimky korektní. Nepříjemnou zkušenost s neprofesionálním přístupem měla informantka č. 1, která je sama profesí zdravotník. Problém nastal tehdy, když u ní došlo k předčasné tvorbě mateřského mléka – tato situace informantku překvapila a hledala u své ošetřující lékařky odpověď na otázku, zda je takový jev obvyklý či nikoli. Setkala se však s neočekávanou reakcí.

„Na to, že jsem ve zdravotnictví, tak jsem byla z některých věcí i dosti šokovaná... Prostě stalo se to, že se mi dva měsíce před termínem porodu spustila laktace, on je to výjimečný stav... byla jsem si jistá, že už to není mlezivo, ale prostě mlíko. Zeptala jsem se, jestli je to normální, že jsem z toho trošku vedle. Místo toho, aby mě uklidnila, tak mě poslala k psychiatrovi a ještě se mě zeptala, jestli nemám sebevražedné sklony. Já tam fakt šla. Už mě brala ta psychiatricka tak, že jsem blázen. Předepsala mi antidepressiva. Dala mi to do papírového sáčku, kde napsala Neurol 0,5 g, vydloubaných pět tabletek, takže mi nedala ani blistr - audit na ně. Takže to už prostě vůbec.“ (Informantka č. 1)

S jinou nepříjemnou zkušeností se setkala informantka č. 6. Svým přístupem se snažila o co nejpřirozenější průběh těhotenství s minimálním zásahem farmak, hormonů apod. Informantka neabsolvovala zdravotní testy odhalující gestační diabetes a od té doby se přístup zdravotníků k ní značně změnil. Lékaři postup prvorodičky vnímali jako zásah do jejich práce. Důvěra mezi prvorodičkou a zdravotníky byla touto situací narušena.

„Ona mi to ta doktorka dala celkem sežrat. To sice není povinné, ale berou to tak jako, že seš teda hrozná matka a ubližuješ svému dítěti, když na tu cukrovku nejdeš... Pak jiný doktor vlastně věděl, že se rok snažíme a když zjistil, že jsem těhotná, tak mi chtěl dát nějaké ty udržovací hormony – zeptala jsem se ho, jestli je to nutné... On byl na mě ještě stylem, že jestli já jsem doktor nebo on. Takže se na mě dívali blbě, že jsem ta ‚biomatka‘... je to takové nepříjemné, že člověk musí s tadytím bojovat, když se trošku vymyká.” (Informantka č. 6)

2.6.4 Tělesné změny a body image

Vnímání svého těla bylo u informantek výrazně ovlivněno tím, k jak velkým (především hmotnostním) změnám během jejich těhotenství, případně i po porodu, na jejich těle došlo. Např. informantky 1, 3 a 6 měly ze všech žen nejmenší váhový přírůstek a tělesné změny nijak zásadně nevnímaly.

„Já jsem se s ním sžila s tím bříškem a já už ho nechci ani dát. Asi jak není tak velké... já jsem přibrala 8 kg, takže mě to tak nějak nepříjde. Já jsem se bála přibrat víc za prvé, abych to neshazovala potom, protože to těžce shazuješ. A hlavní můj důvod byl, jak mám ty záda, tak každé kilko jsem zezачátku cítila. Takže jsem se držela, abych se nerozežrala.” (Informantka č. 1)

„Měla jsem bříško, prsa mi narostly, což já jsem byla ráda že (smích), jinak jsem se moc nezměnila. Já jsem přibrala 9 kg, ale všechno to bylo asi tak v tom pupku... už šestý den po porodu mi tam nějaká paní říkala ‚Kde jste to dítě nosila?!‘ tak jsem si připadala až blbě před těma maminkama, co vypadaly jako těhotné s dvojčatama...” (Informantka č. 6)

„Ty změny byly fajn, já jsem přibrala málo, takže jsem měla navíc jen to břicho... neměla jsem strach, že potom budu mít nějaké problémy s postavou po porodu. Furt jím dá se říct stejně, tak jsem se nebála výkyvů.” (Informantka č. 3)

Všechny prvorodičky zmínily změnu pružnosti těla a vnímaly potřebu tělo cvičením zpevnit, především v oblasti břicha. Informantka č. 4, která měla vzhledem ke své původní váze největší přírůstek hmotnosti (18 kg), přijímala tělesné změny dobře jen do určité fáze těhotenství, kdy už se změny projevíly markantněji.

„V těhotenství to bylo fajn, že jsem nemusela schovávat břicho. (smích) Jak se mě lidé ptali, jestli jsem těhotná, tak jsem mohla říct, že jo. A potom až na konci 8.-9. měsíce mi popraskalo celé břicho, tak to už jsem nevnímala tak pozitivně.” (Informantka č. 4)

Jiných tělesných změn, které nesouvisely s vahou, zmínily informantky celou řadu. Jedná se o běžné zdravotní potíže, které těhotenství obvykle provázejí jako např. změny na kůži - strie, otoky, bolesti zad a prsou, nauzea, pálení žáhy či změny chuti k jídlu. Např. informantka č. 1, 2 a 5 o svých chutích uvádí:

„Měla jsem strašnou chuť na ovoce, na broskev – pořád jsem chtěla broskvový džus.“ (Informantka č. 5)

„Zezačátku jsem měla chuť na ‚éčka‘, vyloženě polívky z pytlíku, strašně... úplně hroznou chuť na čísnkou polívku... a gumové medvídky (smích), takže takové nezdravé věci.“ (Informantka č. 2)

„Zjistila jsem, že miň jím sladké. Nemám ani na to chuť.“ (Informantka č. 1)

Z výše uvedených zdravotních potíží se ke konci těhotenství všechny ženy potýkaly s bolestmi zad, poruchou spánku a všechny také popisovaly jako nepříjemnou poporodní zkušenost výrazné padání vlasů. Informantky č. 2 a 6 uvedly také otoky nohou a pálení žáhy. Ojedinele se vyskytovaly mdloby.

„Jako padání vlasů po porodu, to bylo hrozné, toho bylo strašně moc. Ted' mi dorůstají, mám všude takové chvostky. (smích)“ (Informantka č. 4)

„... po dvou měsících začaly padat vlasy tak masivně, že jsem z toho byla na nervy... padalo mi to po pramínkách, takže jsem začala chodit okamžitě k paní doktorce na B dvanáctky... po porodu - ve chvíli, kdy se ta situace uklidnila, ty nervy povolily a začla jsem mít strašné bolesti páteře... chodím i k fyzioterapeutce, pomalu mě dává dohromady, protože jsem kvůli tomu nemohla ani spát... to byly muka, strašné napětí.“ (Informantka č. 3)

„... mě strašně natekly nohy, brutálně. To bylo šílené, protože jsem se nevešla pomalu ani do nějakých žabek... ty prsa se mi nalily úplně strašně, takže asi o dvě tři čísla, takže to taky bolelo... Co mě trápilo hodně bylo pálení žáhy... fakt mi to dalo zabrat, od třetího měsíce jsem spala v polosedě a vždycky jsem šla spát se sklenicí vody, abych hasila, opravdu hasila...“ (Informantka č. 2)

„... mě strašně chytají ty záda – bolesti zad, ty mám pořád.“ (Informantka č. 1)

„... ke konci jak bylo břicho větší, tak to pálení žáhy, jsem na to nebyla zvyklá a to fakt páliło... když jsme byli už na té prohlídce a třeba jsem hodinu stála, tak to jo, to jsem měla otoky nohou a nebylo to příjemné... padají mi vlasy, to začlo nějak čtvrtý měsíc.“ (Informantka č. 6)

„Bolesti zad, to jo, jak už jsem měla to velké břicho, tak jo... měla jsem takové mdloby, že jsem omdlívala, tak to bylo jediné takové, čeho jsem se obávala...“ (Informantka č. 5)

Dvě ženy pozorovaly zlepšení kvality pleti – informantka č. 3 a 5., dále zlepšení kvality vlasů během těhotenství pozorovaly informantky č. 1, 2, 3, 5.

„... měla jsem strašně hebkou kůži, neměla jsem vůbec mastné vlasy, měla jsem tvář úplně, že ani make-up jsem nemusela používat – strašně jsem se tím dobře cítila...“ (Informantka č. 5)

„Měla jsem nádherné vlasy, ta kvalita vlasů byla úplně perfektní a neměla jsem ani akné, takže i ta pleť byla krásná...” (Informantka č. 3)

Dalším zkoumaným faktorem byla spokojenost žen se svojí aktuální postavou. Polovina informantek je se svojí postavou nyní spokojená, jedná se o ženy, které v porovnání s ostatními informantkami nepřibraly během těhotenství příliš výrazně. Druhá polovina žen by si přála návrat k původní váze před těhotenstvím, nicméně dlouhodobě se jim realizace tohoto přání nedaří ať už z důvodu únavy, nedostatku vůle či času vzhledem k intenzivní péči o dítě. Míru spokojenosti či nespokojenosti se svojí postavou prezentují následující odpovědi žen.

„Vůbec, to je hrůza, já jsem nikdy neměla nějakou pevnou vůli a vždycky mi strašně chutnalo. A právě proto, že jsem nic moc nejedla a bylo to špatně, tak jsem pak naopak začala jíst moc a neřešit to... Cítím se jako dost blbě.” (Informantka č. 2)

„Vůbec, protože jsem byla zvyklá, že vždycky když už jsem přibrala, tak jsem přibrala jinak... teď to mám všechno na tom břiše a i boky, zadek a je to takové blbě no... nemůžu nosit moje oblíbené věci, co jsem měla... no nevím, to jsou geny, ani posilovna čtyři krát týdně nezabrala.” (Informantka č. 4)

„Ono je to plus mínus jako před těhotenstvím, takže nemám problém. S tou jízvou se nestydím, když jdu mezi lidi, mě je jedno, co si lidi o mě myslí nebo jak na mě koukají.” (Informantka č. 3)

„Tak mohla bych se zpevnit. (smích) Ale jo, kdyby mě slyšela nějaká maminka, co přibrala 20 kg a furt jí to zůstalo... nestěžuji si.” (Informantka č. 6)

Otázky také zjišťovaly současný stav fyzické kondice žen v porovnání s kondicí před těhotenstvím. Kromě informantky č. 1 se necítily ženy po porodu v dobré fyzické kondici, nicméně časem se tento jev upravil a nastalo zlepšení či dokonce plný návrat k původním aktivitám. Pouze respondentka č. 5 udává přetrvávající zhoršený stav.

„... teďka se cítím velmi špatně. Jsem pořád unavená, ač někdy mi připadá, že nemám ani z čeho. Jsem strašně taková bez energie, bez chuti do věcí...” (Informantka č. 5)

„Dobrý, hned po porodu mě nechali hodinu ležet a pak do sprchy.” (Informantka č. 1)

„To mě překvapilo, jak moc jsou povolené ty svaly na břiše. Jsem dlouho nebyla schopná udělat ani jednu sklapovačku. Takže jsem měla zhoršený fyzický stav. Asi po čtyřech měsících, co jsem začala cvičit, jsem relativně zvládla cvičit tolik jako před porodem.” (Informantka č. 4)

„Unavenější než předtím z důvodu toho spánku, že spím méně. A určitě nemám takovou fyzickou zdatnost jako předtím, tu kondičku jsem ještě nenahnala zpátky. Jinak se cítím dobře.” (Informantka č. 6)

„Ted'ka už je to ve fázi, kdy můžu dělat normální běžné věci, sporty – mám ráda kolo, lyže, plavání, na to všechno už se cítím.” (Informantka č. 3)

2.6.5 Role blízkých

Podpora a péče blízkých byla pro všechny prvorodičky důležitá. Některé ženy starost a péči blízkých ocenily více než-li jiné, nicméně většina se jich svým stavem necítila nijak zvlášť hendikepovaná a péči blízkých vnímala spíše jako příjemný bonus navíc. Osobami, které byly prvorodičkám během těhotenství největší oporou, byly především partner/manžel a rodina, případně i kamarádka. U informantky č. 3 a 6 se blízkou osobou během těhotenství stala také dula, která je připravovala na předporodním kurzu.

„Manžel, ségra, rodiče... Při porodu byl manžel, to jsem ocenila moc. Během těhotenství jsem neměla žádné krize, až potom po porodu to začalo lítat ty hormony.” (Informantka č. 4)

„Hodně, nevím, jak to mám popsat. Byl pro mě velkou oporou, ale určitě bych to zvládla i bez něj – natolik se cítím, že bych to zvládla, ale je to bonus mít kolem sebe lidi, kteří při vás stojí, pomáhají vám a jsou tady pro vás.” (Informantka č. 3)

„Tak určitě partner a s kamarádkou jsme to sdílely, ona byla o měsíc napřed... a mamka že jo, starostlivá, ta je super doted'. To je určitě důležité, že na to člověk není sám, že může někomu říct, že se cítí tak nebo tak. Ty hormony taky jak jedou. (smích) Člověku se chce brečet nad věcma, nad kterýma by normálně nebrečel.” (Informantka č. 6)

„Manžel, všichni byli – já mám fakt skvělou rodinu... vůbec si nedokážu představit, jaké to je být svobodná matka s nějakou disfunkční rodinou, která ti není schopná pomoci a nějak se sama o sebe starat.” (Informantka č. 4)

Partner byl pro prvorodičky v oblasti podpory nejdůležitější osobou. Ženy oceňovaly především ohleduplnost a péči z jejich strany. Velmi důležitá pro ně byla také partnerova přítomnost u porodu – tu si přály všechny rodičky. Informantky č. 4 a 6 popsaly, že partneři si plně neuvědomovali ženino těhotenství, dokud jim „nenarostlo břicho”. Přístup partnera k ženě popisují následující odpovědi informantek.

„... bylo vidět, že ze začátku, když není to břicho, tak mu to unikalo trochu, to si chlapi tak neuvědomují. Ale jo, zajímal se, jestli zdravě jím, co jím... pak začal kontrolovat takové ty ‚éčka’.” (Informantka č. 6)

„Moc hezky. Hodně mě pomáhal, ale to je takové - on mi hodně pomáhá pořád... Ta láska a podpora se mi dostává pořád, což je skvělé no.” (Informantka č. 3)

„To je něco, do čeho bych se vrátila hned. To bylo strašně hezké opravdu, jeho péče, jeho zájem. Hodně jsem si vážila té jeho asistence v tom. Obrovský zájem fakt, podpora, že jsem věděla, že se na něj můžu spolehnout, že udělal ze své strany to maximum, co mohl...” (Informantka č. 5)

„Partner... Já bych řekla každý den, prostě ve všem. Už jenom to, že je nablízku.” (Informantka č. 1)

Analýza rozhovorů dále ukázala, že vztah blízkých k prvorodičkám v souvislosti s těhotenstvím se v polovině případů výrazněji nezměnil a v druhé polovině případů blízcí projevovali větší ohled a zájem o rodičku. Informantka č. 1 se svojí matkou neměla dobrý vztah a ani těhotenství na tomto faktu nic nezměnilo. Informantka č. 2 zase popisuje prohloubení svého vztahu se sestrou.

„Je pravda, že jsem si více rozvinula vztah se sestrou, jsme si začaly víc volat a tak probírat právě nějaké ty těhotenské záležitosti. Je dobré mít někoho, kdo už tím prošel a nejlépe ještě čerstvě prošel.” (Informantka č. 2)

„... moje matka mě teď brala jako nádobu pro dítě, pro její vnouče. Takže já jsem se s ní i pohádala... žádná nádoba pro její vnouče nejsem, tak ať se neptá jenom na miminko, ale taky ať se začne zajímat i o mě.” (Informantka č. 1)

„... byli strašně nápomocní, ptali se mě často, jak se cítím, takový ten zájem... to jediné příjemné by se dalo říct na tom těhotenství byl takový ten enormní zájem lidí...” (Informantka č. 5)

„Jako naši byli šťastní... už se nemohli dočkat, já jsem jedináček, první vnouče... Ale myslím si, že se to nějak nezměnilo, nepřestali mě brát jako dítě, pořád se ke mně jako k dítěti chovají, což je někdy šílené. Změnil se třeba vztah v práci, každý byl shovívavější, až si někdy člověk připadá jak nemocný.” (Informantka č. 6)

2.6.6 Očekávání a emoční pochody

V tomto tématickém celku je zkoumáno, zda-li těhotenství splnilo očekávání prvorodiček či jestli měly jinou představu o tom, jak bude jejich první těhotenství probíhat. Pohled prvorodiček se různil podle toho, jaké informace čerpaly o těhotenství od jiných matek v okruhu rodiny a známých a k vytvoření názoru jim také posloužily internetové diskuze, kde různé matky sdílely své zkušenosti. Svůj vliv měla také povaha rodičky, kde např. informantka č. 3 je klidná, vyrovnaná a pozitivní povahy, zatímco informantka č. 4 mohem snadněji podléhá stresu a negativitním myšlenkám. Polovina prvorodiček uvedla, že čekaly

horší průběh těhotenství – byly příjemně překvapeny a u další poloviny žen došlo ke splnění očekávání, které od těhotenství měly.

„Asi jak jsem si myslela, tak to bylo, v pohodě. Já jsem si ani nepřipouštěla, že by to mohlo být horší. Mě jen tak něco nerozhodí.” (Informantka č. 3)

„Čekala jsem, že to bude úplně jiné, že budu mít šílené nálady – a těch nálad jsem se strašně bála, že to bude něco, co nebudu schopna kontrolovat a třeba mi to bude potom líto, že já nevím, budu nějaká hysterická vůči manželovi... Bála jsem se toho, že nebudu zvládat normální věci, protože budu příliš unavená a vůbec to tak nebylo.” (Informantka č. 5)

„Já jsem to čekala určitě horší, mě to příjemně překvapilo a těším se na to období zase... i když to pálení žáhy bylo opravdu hodně nepříjemné, tak to bylo krásné období, strašně krásné. Takové opravdu specifické. Takový ten pocit, že ho začneš cítit, jak se tma pohybuje, to též bylo strašně takové zlomové...” (Informantka š. 2)

Rodičky dále popisovaly, co naopak nečekaly, čím byly během těhotenství, příp. porodu zaskočený. Většina rodiček zde zmínila intenzivní bolest při porodu, informantka č. 1 a 6 byly překvapeny přístupem nejbližších, dále zde ženy zmínily některé tělesné změny, které u nich nastaly.

„Docela mě překvapil přístup partnera při tom porodu – to jsem ani nečekala, že je takový statečný. Jako ono to je celé překvapující to těhotenství, protože je to nová situace, kterou člověk ještě nezažil.” (Informantka č. 6)

„Během porodu, že to fakt tak děsně bolí a překvapilo mě i to, že to šití bolí víc než porod. Sice se stříká nějaké umrtvení, ale... šli mě přes půl hodiny, tak jsem si užila.” (Informantka č. 4)

„Ta velká prsa (smích), pálení žáhy a při tom porodu – asi se opravdu člověk nemůže připravit na tu bolest. Prostě to je něco tak silného, že to asi nejde přirovnat k ničemu jinému v životě.” (Informantka č. 2)

Prožívání těhotenství bylo u informantek č. 1, 2 a 6 spojeno s výkyvy nálad, zatímco zbytek žen náladovost neuváděl. Emoční rozpoložení žen nám přibližují následující odpovědi informantek.

„Neměnilo se mi to vůbec ty nálady, až teďka, tak jsem si taky zabřečela, nebudu říkat, že ne.” (Informantka č. 1)

„Jojo, to rozhodně. Určitě výkyvy byly. Od té doby jsem začala být strašná jako – rozbřečím se každou chvíli, hrozně mě to změnilo.” (Informantka č. 2)

„Vím, že jsem výkyvy měla, asi jsem byla někdy i hysterická... některé věci jsem intenzivněji řešila nebo nějak víc prožívala.” (Informantka č. 6)

„Během těhotenství jsem měla strašnou pohodu, všechno bylo takové fajn. My jsme byli takoví furt vysmátí, taková pohodička no.“ (Informantka č. 4)

Několik prvorodiček se potýkalo dokonce se stavy úzkostí či depresí. U informantky č. 3 došlo k rozvoji poporodní deprese, kvůli které vyhledala lékařskou pomoc půl roku po porodu. Nyní již svůj stav hodnotí kladně.

„Já jsem fungovala normálně, ale emočně jsem neměla radost ze života, nesmála jsem se, všechno bylo jenom takové, že musím... pak jsem měla takové ataky jednou za měsíc, jednou za dva týdny, jednou za týden, třikrát za týden. Braly mě stavy zoufalství a vzteku. Jeden den byl zlomový, to už trvalo celý den, byla jsem zhroucená, celý den jsem plakala, manžel z toho byl celý špatný a druhý den jsem šla k lékaři. Užívám teďka antidepressiva.“ (Informantka č. 3)

Informantky č. 1 a 2 měly lehkou poporodní depresi, která ale brzy odezněla. Informantka č. 4 se po porodu potýkala s úzkostí, která na ní doléhala vždy po setmění, tento stav měl týdenní trvání.

„... vždycky večer, když se setmělo, tak to na mě padlo a začala jsem brečet, úplně jako... ‚Já nevím, proč brečím.‘, ale potom asi za týden po porodu to bylo lepší, pak jsem se tomu i sama smála.“ (Informantka č. 4)

3 Diskuse a závěr

Těhotenství je specifickým obdobím plným změn. Každá žena zpracovává příchod těchto změn individuálním způsobem podle toho, v jaké životní situaci se právě nachází. Dalším faktorem, ovlivňujícím prožívání těhotenství je způsob, jak k němu žena přistupuje, jaké povahové vlastnosti ženu charakterizují a jak velké podpory se jí dostává ze strany nejbližších. Pro prvorodičky je těhotenství zcela novou zkušeností, proto se tento výzkum zaměřil právě na tuto skupinu žen. Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zachytit individuální zkušenosti žen s procesem psychických a fyziologických změn v průběhu jejich prvního těhotenství a zjistit, jaké faktory hrály důležitou roli v otázce jeho prožívání. Výzkum byl uskutečněn kvalitativní metodou a účastnilo se ho šest prvorodiček. Průměrný věk informantek byl 30 let, což odpovídá výsledkům dotazníkového šetření (n=155) bakalářské práce Pavlína Zapletalové (2015), kde se uvádí, že průměrný věk prvorodiček se v současné době pohybuje mezi 25 – 35 lety. Ze zmiňované práce vyplývá i poznatek, že prvorodičky byly většinou v manželském svazku a dosáhly vysokoškolského stupně vzdělání, jedná se tedy o další shodující se demografické parametry s tímto výzkumem.

Z analýzy výsledků vyplývá, že mateřství bylo pro většinu informantek před samotným těhotenstvím cosi vzdáleného a neznámého. Až na jednu výjimku nepociťovaly předtím informantky k dětem žádnou hlubší vazbu. Změna ve vnímání mateřství přišla až s osobní zkušeností s touto rolí, kdy mateřství nabylo v životě žen nový rozměr. Přijímání této role většina informantek popsala jako proces učení, kdy se při setkávání s novými situacemi postupně učily, jak jednat a tyto děje přirozeně vedly ke sžití se s touto novou rolí. Pouze dvě informantky uvedly, že se na mateřství již cítily být připravené – jednalo se o prvorodičky ve věku 29 a 35 let. Z postoje prvorodiček v otázce potřeby profesní seberealizace vychází, že kariéra pro ně důležitá je, ale kromě aspektu seberealizace v ní vidí také zdroj budoucího finančního zabezpečení potomka. S příchodem mateřství však ženy soustřeďují svůj potenciál do péče o dítě a být matkou se pro ně stává primární rolí.

Vzhledem k tomu, že bylo těhotenství pro informantky novou životní etapou, o které neměly příliš mnoho poznatků, snažily se tuto oblast prozkoumat. Dostatečná informovanost vedla u prvorodiček k pocitu klidu a ujištění, že ví, co je čeká. Proto celá polovina informantek navštěvovala také předporodní kurzy, jedna o účasti na kurzu uvažovala a další měla informace z kurzů zprostředkované jinou osobou. Tyto kurzy hodnotily prvorodičky velice kladně. Tématikou edukační potřeby těhotných žen se zabývá bakalářská práce Terezy Špačkové (2010), z jejíhož výzkumu (n=95) vychází podobné výsledky o užitečnosti absolvování předporodní přípravy v oblasti informovanosti rodiček. Tato práce dále uvádí, že lépe informované byly ženy s vysokoškolským stupněm vzdělání, ale např. vliv parity na informovanosti žen nebyl prokázán.

Důležitou roli v otázce edukace těhotných žen hraje také zdravotnický personál. Výpovědi prvorodiček popisují, že informace získané u gynekologa byly zpravidla srozumitelné a dostatečné. Informantky většinou neměly potřebu se na další věci doptávat, buď je otázky nenapadaly nebo se již vše potřebné dozvěděly z jiných zdrojů. Ačkoli bylo chování

zdravotnického personálu většinou hodnoceno kladně, překvapující byl fakt, že se dvě informantky setkaly s neprofesionálním přístupem ze strany ošetřujících gynekologů. Jednalo se o aroganci, neadekvátní jednání a absenci poskytování informací. Jedna informantka např. pociťovala výrazný diskomfort v tom, že na ní bylo nahlíženo podřadně jako na „biomatku“, protože si přála co nejpřirozenější průběh těhotenství bez výrazných hormonálních, farmakologických a jiných zásahů. Kateřina Čáslavová (2015) ve své diplomové práci zabývající se tématem „Role těhotenství v životě ženy“ uvádí, že si medicínský diskurz udržuje výsadní postavení, z něhož vychází hierarchický vztah mezi ošetřujícím gynekologem a těhotnou ženou. Zdůrazňuje, že hlavní slovo v rozhodování o průběhu těhotenství je právě v rukou lékařů, kteří jsou nadřazenými subjekty a těhotné ženy jsou jen pasivními spoluúčastnicemi. Dle výsledků výzkumu Čáslavové (2015) dostávají informantky sice možnost pro sebevyjádření, nicméně reakce lékařů na jejich dotazy je silně usměrňující. Výsledky mého výzkumu však neukazují, že by tato situace byla natolik vyhrocená, jak je to popisované ve zmiňovaném výzkumu Čáslavové (2015) aplikovaném také na malé počtu informantek (7). Prvorodičky v mém výzkumu měly většinou důvěru v odborné vedení průběhu těhotenství gynekologem a s navrhovaným postupem lékaře souhlasily. K narušení důvěry ve vztahu rodička-lékař došlo v této oblasti jen v případě jedné výše zmiňované informantky, která nenalezla pochopení ani po změně ošetřujícího lékaře.

Další výzkumná otázka byla zaměřená na fyzické změny a body image u těhotných žen. Vnímání svého těla bylo u informantek výrazně ovlivněno tím, k jak velkým hmotnostním změnám během jejich těhotenství, případně i dále po porodu, došlo. Jak již bylo v teoretické části práce zmíněno běžný váhový přírůstek v průběhu těhotenství činí 12-15 kg. Dvě informantky nedosáhly ani spodní hranice tohoto rozsahu (8 a 9 kg), jedna se dostala na jeho spodní hranici (12 kg), další dvě informantky měly přírůstek hmotnosti v mezích normy a jedna přibrala více než je obvyklý rozsah (18 kg). Z analýzy rozhovorů vyplývá, že čím menší byl váhový přírůstek, tím lépe se informantky během těhotenství cítily a tím méně zdravotních obtíží je potkaly. Z rozsáhlé studie (n=3612) Henriquese et al. (2013) vyplývá, že ženy, které před otěhotněním měly BMI v normě, měly ještě čtyři roky po porodu stále nízkou pravděpodobnost dosáhnout nadváhy než ženy, které se už před těhotenstvím cítily „velké“ – ty měly větší sklon k dosažení obezity. Informantky v mém výzkumu, kterým se nedařilo váhový přírůstek po porodu eliminovat do původní váhy před těhotenstvím se cítily tímto faktem frustrované a neměly ke cvičení energii, čas, či motivaci. Jedna respondentka uvedla, že i přes intenzivní cvičení se její tělesné proporce dlouhodobě neměnily, což ji demotivovalo ve snaze s cvičením pokračovat. Henriques et al. (2013) uvádějí, že spokojenost se svojí body image před těhotenstvím hraje roli v poporodní váze ženy a za klíč k úspěchu považují stanovení si realistických cílů v otázce snížení tělesné hmotnosti – to totiž zvyšuje motivaci a přispívá k vyšší úspěšnosti v jeho dosažení. U informantek, jejichž váhový přírůstek byl větší, se z důvodu větší zátěže pro jejich tělo objevovaly častěji nepříjemné projevy jako jsou: strie, otoky, bolesti zad, prsou, pálení žáhy, nevolnost, poruchy spánku aj. Míra padání vlasů po porodu byla u některých informantek tak vysoká, že vedla až ke snížení jejich sebevědomí. Jako pozitivní změny v těhotenství hodnotí několik informantek výrazné zlepšení kvality pleti a vlasů.

S výjimkou jedné ženy popisovaly prvorodičky zhoršení fyzického stavu ve srovnání s kondicí, kterou měly před těhotenstvím. Kondice se však u většiny prvorodiček během několika měsíců upravila na přijatelnou úroveň nebo v jednom případě i plně navrátila do původního stavu.

Podpora blízkých byla pro ženy faktorem výrazně zlepšujícím prožívání těhotenství a porodu. Některé ženy starost a péči blízkých ocenily více než-li jiné, nicméně většina se jich svým stavem necítila nijak zvlášť hendikepovaná a péči blízkých vnímala spíše jako příjemný bonus navíc. Osobami, které byly prvorodičkám během těhotenství největší oporou, byly především partner a rodina, případně i kamarádka a dula. Partner byl pro prvorodičky v oblasti podpory nejdůležitější osobou. Ženy oceňovaly především ohleduplnost a péči z jejich strany. Velmi důležitá pro ně byla také partnerova přítomnost u porodu – tu si přály všechny rodičky. Ačkoli se tento výzkum nezaměřuje na porod, tak informantky nejvíce zmiňovaly potřebu blízkosti a psychické podpory právě u porodu.

Vztah blízkých k prvorodičkám v souvislosti s těhotenstvím se v polovině případů výrazněji nezměnil a v druhé polovině případů blízcí projevovali větší ohled a zájem o rodičku. U jedné informantky došlo k prohloubení vzájemného vztahu se sestrou díky souběžně probíhajícímu těhotenství u obou žen. Review vztahující se na téma sociální opory těhotných žen od Skurzak et al. (2015) uvádí tvrzení shodující se s výsledky mého výzkumu. Přijímá-li těhotná žena od svých blízkých silnou podporu snižuje se intenzita prožívání negativních pocitů, starostí a podle výzkumů je u podporované skupiny žen dokonce i nižší výskyt poporodní deprese. Sociální opora tedy ženě pomáhá odbourat pocit úzkosti, strachu a duševního napětí.

Poslední část výzkumu se již soustředila na samotný proces prožívání jako takový, na očekávání žen od těhotenství a emoční výkyvy, kterými ženy procházely. Z výpovědí respondentek se ukázalo, že jejich očekávání od těhotenství bylo výrazně ovlivněno informacemi, které doposud o těhotenství získaly a to především ze svého okolí. Polovina prvorodiček uvedla, že čekaly horší průběh těhotenství – byly příjemně překvapeny a u další poloviny žen došlo ke splnění očekávání, které od těhotenství měly. Rodičky dále popisovaly i to, čím byly naopak zaskočeny. Většina rodiček zde zmínila intenzivní bolest při porodu, dvě informantky byly překvapeny přístupem nejbližších, dále byly pro ženy překvapením i některé tělesné změny, které u nich nastaly. Prožívání těhotenství bylo u poloviny prvorodiček spojeno s výkyvy nálad, zatímco zbytek žen náladovost neuváděl. Jedna informatka uvedla týden trvající stavy úzkosti, které nastaly po porodu a které taky samy odezněly. U jedné informantky došlo k rozvoji dlouhotrvající poporodní deprese, kvůli které vyhledala lékařskou pomoc půl roku po porodu. Další dvě informantky prožily lehkou poporodní depresi, kterou zvládly bez nutnosti lékařského zásahu. Jednalo se např. o uvědomění, že věci již nebudou nikdy jako dřív a že žena přišla s příchodem dítěte o možnost dělat své oblíbené aktivity. Tento jev vysledovali ve svém výzkumu (n=53) Hart a McMahon (2006), z jejichž studie vyplývá, že někdy může ženu postihnout pocit zmatku, úzkosti a stesku po dřívějším stylu života.

Tento výzkum měl sloužit k porozumění žen prožívajících své první těhotenství a měl pomoci nahlédnout především do sféry jejich psychických a emocionálních potřeb.

Za hlavní limit této práce považuji malý rozsah vzorku informantek a také fakt, že u všech žen se jednalo o chtěné těhotenství. Dalším limitem je, že všechny informantky měly partnery, se kterými prožívaly stabilní a fungující vztah. Jak jsem již uvedla v metodologii výzkumu, mým cílem bylo dosáhnout pestrého vzorku informantek, což se díky výše zmíněným limitům na jednu stranu nepodařilo, na druhou stranu jistě pestrosti mezi informantkami dosaženo bylo např. díky tomu, že je téměř každá informantka z jiné oblasti ČR a že měly za sebou jak poklidné, tak i komplikované pozadí těhotenství. Získat ke spolupráci důvěru informantek, které jsou svobodnými opuštěnými matkami, které zažívají nechtěné těhotenství či těžkou sociální situaci a pomoci jim sdílet svoji zkušenosti není pro výzkumníka snadným úkolem. Tyto ženy však vzhledem ke své situaci potřebují porozumnění a podporu nejvíce, proto by bylo do budoucna zajímavé aplikovat podobný výzkum se zaměřením na okruh žen jakkoli znevýhodněných.

Během tohoto výzkumu jsem narazila na pozoruhodnou review od autorů Poh et al. (2014), která se zabývá otázkou prožívání těhotenství a porodu z pohledu mužů – otců. Domnívám se, že by výzkum zaměřující se i na otce mohl přinést zajímavé poznatky a mohl by pomoci rozšířit edukační pole v oblasti psychoprofylaktické péče i v rámci mužské části populace.

Vzhledem k charakteru výzkumné strategie není vzorek informantek v této práci reprezentativní, nicméně tento typ výzkumu byl zvolen s ohledem na jedinečnou zkušenost každé z prvorodiček. V oblasti zkoumání psychologických jevů je kvalitativní metoda vhodnou strategií pro realizaci výzkumu. Věřím, že i přes uvedené limity byl cíl tohoto výzkumu naplněn, že jeho výsledky pomohou lépe pochopit potřeby prvorodiček a mohou být podnětem pro zlepšení úrovně poskytované péče zdravotníky. Výstupem této práce je edukační leták poskytující prvorodičkám stručný přehled důležitých informací o těhotenství.

4 Seznam použité literatury

- 1) BETTS, Kim S. et al. Exposure to stressful life events during pregnancy predicts psychotic experiences via behaviour problems in childhood. *Journal of Psychiatric Research* [online]. 2014, 59, 132-139 [cit. 2016-05-12]. DOI:10.1016/j.jpsychires.2014.08.001. ISSN 00223956.
- 2) Body Mass Index. In: Zdravá dieta [online]. © 2016 Zdravá dieta. [vid. 15.5.2016]. Dostupné z: <http://zdrava-dieta.eu/bmi-vypocet/>
- 3) CALLISTER, Linn Clark. Culture Counts and Cultural Competency Matters!. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2013, 27(1) 3-4, ISSN 07123428.
- 4) Developing human fetus. In: Explore Biology [online]. © 2003-2016 Explore Biology. [vid. 10.5.2016]. Dostupné z: <http://explorebiology.com/documents/LE/Lab27FetalDevelopment2009.pdf>
- 5) INDRIELLE, Tereza. Prenatální psychologie. *Sestra*, 2013, 23(7-8) 48-49. ISSN 1210-0404.
- 6) FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1350-0.
- 7) FUCHS, Vladimír. Obavy v těhotenství: Změny psychiky po porodu. *Moje zdraví*, 2005(4) 34. ISSN 1214-3871.
- 8) GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.
- 9) GRIZENKO, Natalie et al. The Effect of Maternal Stress during Pregnancy on IQ and ADHD Symptomatology. *Journal of the Canadian Academy of Child* [online]. 2015, 24(2), 92-99 [cit. 2016-05-17]. ISSN 17198429. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=109189889&scope=site>
- 10) HAGA, Silje M., Anita LYNNE, Kari SLINNING a Pål KRAFT. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*[online]. 2012, 26(3), 458-466 [cit. 2016-05-17]. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x. ISSN 02839318.
- 11) HART, R. a C. A. MCMAHON. Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2006, 9(6), 329-337 [cit. 2016-05-12]. DOI: 10.1007/s00737-006-0141-0. ISSN 14341816.

- 12) HENRIQUES, Ana, Elisabete ALVES, Henrique BARROS a Ana AZEVEDO. Women's Satisfaction with Body Image before Pregnancy and Body Mass Index 4 Years after Delivery in the Mothers of Generation XXI. *PLoS ONE* [online]. 2013, 8(7), 1-7 [cit. 2016-05-20]. DOI: 10.1371/journal.pone.0070230. ISSN 19326203.
- 13) LUDWIG, Janus. Prenatal period of life as a matrix for our lives and our societies – a cultural-psychological speculation. *Journal of nursing, social studies and public health*, 2011, 2(3-4) 155-164. ISSN 1804-1868.
- 14) MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- 15) MROWETZ, M., G. CHRASTILOVÁ a I. ANTALOVÁ. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN 9780-80- 7436-014-5.
- 16) NOEL-HOEKSEMA, S., L.B. FREDERICKSON a W.A. WAGENAAR. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3. vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.
- 17) OBSTOVÁ, Iva. Kožní změny a choroby v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2012, 21(3) 324-331. ISSN 1211-1058.
- 18) PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-214-5.
- 19) PLEVOVÁ Irena a Alena PETROVÁ. *Obecná psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3247-2.
- 20) POH, H.L. et al. An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *International Nursing Review* [online]. 2014, 61(4), 543-554 [cit. 2016-05-12]. DOI: 10.1111/inr.12137. ISSN 00208132.
- 21) RASTISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Area, 2008. ISBN 9780-80-254-2186-4.
- 22) RESZEL, Jessica, Wendy E. PETERSON a Denise MOREAU. Young Women's Experiences of Expected Health Behaviors During Pregnancy: The Importance of Emotional Support. *Journal of Community Health Nursing* [online]. 2014, 31(4), 198-211 [cit. 2016-05-12]. DOI: 10.1080/07370016.2014.958395. ISSN 07370016.
- 23) ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
- 24) ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-560-8.

- 25) SKURZAK, Agnieszka et al. Social support for pregnant women. *Polish Journal of Public Health* [online]. 2015,125(3), 169-172 [cit. 2016-05-19]. DOI: 10.1515/pjph-2015-0048. ISSN 00442011.
- 26) SLABÁ, Šárka a Eva KRAVAROVÁ. Obezita a body image. *Obezitologie a bariatric 2014: celostátní konference s mezinárodní účastí, 16.-18. 10. 2014, Olomouc* [online]. Praha: Česká obezitologická společnost, 2014. [vid. 16. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/MED00185611>
- 27) SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
- 28) TRLÍK a kol. Aspekty pozitivního prožívání těhotenství. *Česká gynekologie*, 2004, 69(3) 178-181. ISSN 1210-7832.
- 29) WARREN, Patricia Leahy. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2005, 50(5), 479-488 [cit. 2015-12-12]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x. ISSN 03092402.
- 30) WIKLUND, Ingela et al. First-time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2009, 65(8), 1636-1644 [cit. 2016-05-12]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05018.x. ISSN 03092402.
- 31) ZACHAROVÁ, Eva. Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2014 (19) 5-6. ISSN 2336-2987. [vid. 18. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc1501580>

5 Seznam použitých zkratk

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder

BMI – Body Mass Index

hCG – lidský choriový gonadotropin

hPL – lidský placentární laktogen

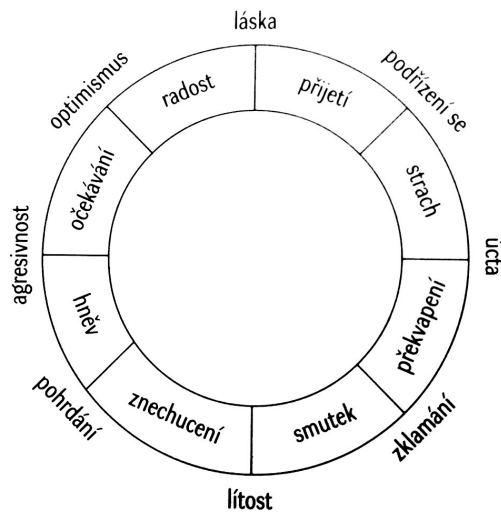
IVF – in vitro fertilizace

UV – ultrafialové (záření)

VVV – vrozené vývojové vady

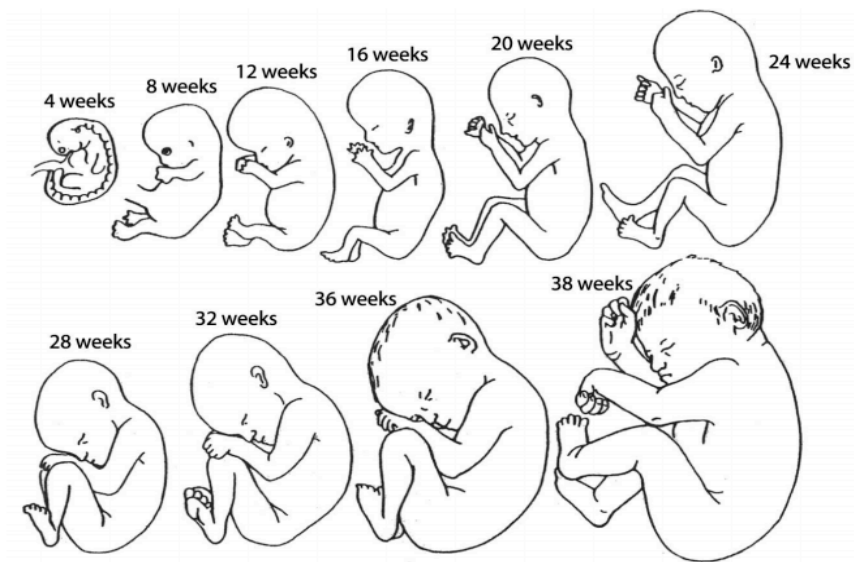
Přílohy:

Příloha A: Plutchikův okruh osmi základních citů



Zdroj: Říčan, 2009, p.106

Příloha B: Prenatální vývoj novorozence



Zdroj: Foglia, 2010. In: Explore Biology [online] © 2003 -2016 Explore Biology [vid. 10.5.2016]. Dostupné z:

<http://explorebiology.com/documents/LE/Lab27FetalDevelopment2009.pdf>.

Příloha C: Vzorec pro výpočet BMI

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$$

Zdroj: *Zdravá dieta, 2010*. In: Zdravá dieta [online]. © 2016 Zdravá dieta. [vid. 15.5.2016]. Dostupné z: <http://zdrava-dieta.eu/bmi-vypocet/>

Příloha D: Otázky k rozhovoru s informantkami

Otázky k rozhovoru

- 1) Kolik je vám let?
- 2) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jaké je vaše povolání?
- 4) Bydlíte ve městě či na vesnici?
- 5) Váš stav: svobodná, ve vztahu, vdaná, rozvedená..?
- 6) Bylo vaše těhotenství plánované?
- 7) Pokud ano, jak dlouho trvala vaše snaha o početí?
- 8) Otěhotněla jste spontánně nebo jste po umělém oplodnění?
- 9) Jak jste zjistila, že jste v jiném stavu?
- 10) Jaká byla vaše reakce/ pocity při zjištění, že jste těhotná? (+ reakce partnera?)
- 11) Došlo u vás někdy předtím k umělému přerušení těhotenství?
- 12) Cítíla jste se připravená na těhotenství/ na roli matky?
- 13) Jaký jste měla pohled na mateřství před početím, příp. změnil se během těhotenství či po porodu?
- 14) Kolik dětí byste si přála/přáli s partnerem mít?
- 15) Jak váš partner přistupuje/přistupoval k těhotenství?
- 16) Hraje pro vás mateřství v životě důležitou roli nebo upřednostňujete spíše jiný životní styl – práce (kariéra), svoboda, fyzická 'zachovalost'?
- 17) Zjišťovala jste si v době těhotenství nějaké informace o těhotenství, porodu, příp. péči o novorozence?
- 18) Pokud ano, kde jste tyto informace vyhledávala?
- 19) Navštívila jste v průběhu těhotenství nějaké kurzy pro maminky?
- 20) Pokud ano, jak byste je zhodnotila?
- 21) Myslíte, že zvládnete/zvládáte péči o své dítě?
- 22) Navštěvovala jste během těhotenství pravidelně svého gynekologa?
- 23) Byly pro vás informace získané u gynekologa srozumitelné a dostatečné?
- 24) Bylo vám vysvětleno, jaké úkony a proč se provádí během porodu? (epidurální anestezie, nástřih hráze, možnost volby polohy při porodu, atd.)
- 25) Jaká kritéria pro vás byla důležitá při výběru porodnice?
- 26) Jak jste vnímala fyzické změny na vašem těle?
- 27) Pripada jste si s těhotenským břichem dobře/ příjemně nebo vás tato změna spíše obtěžovala?
- 28) Jaké pro vás bylo přijmout fakt, že přiberete na váze?
- 29) Kolik jste během vašeho těhotenství přibrala a jaký byl naopak úbytek váhy po porodu?

- 30) Došlo během vašeho těhotenství k nějakým změnám na těle, které jste nečekala nebo které vás obzvláště zaujaly? (např. změna kvality pleti- přecitlivělost či zlepšení; kůže-strie; změna kvality vlasů či jejich padání; kvalita zubů-pevnost, kazivost; nehty-třepivost; nohy-otoky; prsa-zvětšení, naplnění; záda-bolesti; změna chuti k jídlu, atd.)
- 31) Jak byste zhodnotila váš fyzický stav po porodu v porovnání s obdobím před těhotenstvím?
- 32) Jste se svojí postavou nyní spokojená?
- 33) Kdo byl pro vás v době těhotenství oporou?
- 34) Jak velkou roli pro vás podpora blízkých znamenala?
- 35) V jakých chvílích jste jejich podporu ocenila nejvíce?
- 36) Přála jste si přítomnost partnera nebo někoho z blízkých u porodu?
- 37) Pokud ano, bylo vám porodnicí umožněno vaše přání uskutečnit?
- 38) Měla jste pocit, že se vztah vašich blízkých k vám během těhotenství nějak změnil nebo jste rozdíl nepocitovala?
- 39) Splnilo těhotenství vaše očekávání (nebo jste myslela, že to bude jiné)?
- 40) Co vás během těhotenství/porodu nejvíce zaskočilo?
- 41) Měla jste nějaké obavy ohledně těhotenství či porodu, které vás tížily?
- 42) Jaké jste prožívala pocity – nálady během těhotenství?
- 43) Máte/měla jste z porodu strach nebo jste se spíše těšila?
- 44) Přejete/přála jste si родit přirozeně nebo císařským řezem? (příp. co vás k tomu vedlo?)

Pokud je respondentka již po porodu:

- 45) Jak porod probíhal?
- 46) Měla jste po porodu nějaké zdravotní potíže? (únik moče, komplikace spojené s císařským řezem či nástřihem hráze, zánět prsů, potíže se spánkem, úzkost, atd.)

Moje první těhotenství...

Jak se prokáže?

těhotenský test

- ultrazvuk

- vyšetření krve

nebo moče

Vhodná výživa

- vyvážená, pravidelná strava

- vitamíny, minerály, vláknina

- kyselina listová

- min. 2 l tekutin denně

Nevhodná výživa

- nadměrné množství tuku a cukrů

- pláňové sýry, sýrové maso a vajíčka

- káva, černý čaj, syčené limonády

- pozor na některé druhy bylinek

Rizikové faktory

- kouření, alkohol, drogy

- omezení v užívání léků

- infekce: toxoplazmóza, zarděnky

- rentgenové záření

- nevhodnost saunování

Fyzická aktivita

- vhodná chůze

a plavání

- posilování

pánvevního dna

- sexuální aktivity

při odřezávání

dostatečně hygieny

Prenatální péče

- 1. návštěva poradeny do 12.-13. týdne těhotenství

- další návštěvy každé 4 týdny

- od 37. týdne docházení každý týden

- sleduje se hmotnost, krevní tlak,

hladina cukru a bílkovin v moči

Vyšetření

- 16. týden - triple test, screening

vrozených vývojových vad

- 18.-22. t. - 1. ultrazvukový screening

- 24.-28. t. - oGTT, test odhalující

těhotenskou cukrovku

- 30.-32. t. - 2. ultrazvukový screening

- 36.-37. t. - bakteriální vyšetření střeva

- od 36. t. pravidelné natáčení srdce dítěte

ozev dítěte kardiotokografem

Hygiena

- vhodné - nepřítelňavý bavlněný

oděv, sprchování vlažnou vodou,

použití hypoalergenických mydel

- nevhodné - příliš teplá voda, koupel

Prevence a řešení případných...

Otoků: škodlivé je dlouhé stání a sezení

přetnívá je vodorovná či zvýšená

poloha nohou a kompresní punčochy

Srů: masírování a mazání výživného krému

na natahující se oblasti kůže

Pátelní záhy: antacidá určená pro těhotné

Zápky: vhodná strava a dostatek tekutin

Hemoroidy: používání obléhacích ubrousků

matk, čípky, sedací koupele

v dušné kůře

Bolesti zad: masáže, plavání, posilování

zádožých svalů, vypořožení zad

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]