

# Prožívání období po porodu očima matek

Kristýna Jalůvková

---

Bakalářská práce 2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

# Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kristýna Jalůvková**  
Osobní číslo: **H17185**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Prožívání období po porodu očima matek**

### Zásady pro vypracování

Rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblastech zaměřených na fyziologické a patologické šestinedělí.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Realizace výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

JOHNSON, Kimberly Ann. Čtvrtý trimestr: průvodce poporodním obdobím. Praha: Euromedia, 2018. ISBN 978-80-7549-821-2.

NOLL, Richard a Foreword by Leonard GEORGE. The Encyclopedia of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. New York: Facts on File, 2007. ISBN 978-0816064052.

PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 9788024453224.

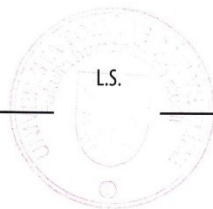
RASTISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Doleželová**

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019  
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

Mgr. Libor Marek, Ph.D.  
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně .....17.5.2020

..

.....

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá průběhem šestinedělí a snaží se zachytit prožívání poporodního období z pohledu žen – matek. Práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou. Teoretická část se zaměřuje nejen na fyziologický průběh šestinedělí a kojení, ale také popisuje některé poporodní komplikace, které mohou u žen v průběhu šestinedělí nastat. Praktická část je tvořena polostrukturovanými rozhovory s ženami, které prochází poporodním obdobím. Cílem této práce je popsat emocionální prožitky žen během období po porodu.

Klíčová slova: šestinedělí, laktace, patologické šestinedělí, péče porodní asistentky, kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor, prožívání poporodního období

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with the course of the puerperium and tries to capture this postpartum period from the women's point of view. The thesis is divided into practical and theoretical part. The theoretical part is focused on the physiological course of the puerperium and breastfeeding, however there are also described the possibilities of postpartum complications that can occur during the postpartum period. The practical part is composed of semi-structured interviews with the women in postpartum period. This study aims to describe emotional experience of the women during the postpartum period.

Keywords: postpartum period, lactation, pathological postpartum, midwifery care, qualitative research, semi-structured interview, experiences of postpartum period

## Poděkování

Děkuji paní Mgr. Janě Doleželové za odborné vedení mé bakalářské práce, za ochotu, cenné rady a připomínky, které mi při zpracování práce velmi pomáhaly. Zvláštní poděkování patří ženám, které se odhodlaly promluvit o svých pocitech a prožitcích. Také děkuji za jejich vstřícnost a čas, který mi věnovaly při poskytování rozhovoru. Bez jejich pomoci by tato práce nemohla vzniknout. Děkuji celé své rodině, příteli a přátelům za pomoc a podporu po celou dobu studia.

*„Ženy by o svých pocitech neměly mlčet. Měly by o nich mluvit a nestydět se za ně“.*

paní J. K.

## **Prohlášení**

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

Kristýna Jalůvková



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 ŠESTINEDĚLÍ</b> .....	<b>12</b>
1.1 FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY POHLAVNÍCH ORGÁNŮ PO PORODU .....	12
1.2 HORMONÁLNÍ ZMĚNY PO PORODU .....	15
1.3 LAKTACE.....	16
<b>2 PATOLOGICKÉ STAVY V ŠESTINEDĚLÍ</b> .....	<b>18</b>
2.1 PUERPERÁLNÍ KRVÁCENÍ.....	18
2.2 PUERPERÁLNÍ INFEKCE .....	20
2.3 PSYCHICKÉ POPORODNÍ KOMPLIKACE .....	22
<b>3 MANAGEMENT ŠESTINEDĚLÍ Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY</b> .....	<b>27</b>
3.1 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S FYZIOLOGICKÝM ŠESTINEDĚLÍM.....	27
3.2 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S PATOLOGICKÝM ŠESTINEDĚLÍM.....	29
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>30</b>
<b>4 METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>31</b>
4.1 CÍL PRÁCE .....	31
4.2 METODIKA VÝZKUMU .....	31
4.3 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	32
4.4 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	32
<b>5 INTERPRETACE A ANALÝZA VÝZKUMU</b> .....	<b>34</b>
5.1 OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ.....	35
5.2 POROD.....	36
5.3 ČASNÉ POPORODNÍ OBDOBÍ .....	39
5.4 KOJENÍ .....	40
5.5 ROLE MATKY.....	42
5.6 OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ .....	44
5.7 OBDOBÍ ŠEST MĚSÍCŮ PO PORODU.....	47
5.8 VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO TĚLA .....	49
<b>6 DISKUZE</b> .....	<b>50</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>52</b>
<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b> .....	<b>54</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>56</b>
<b>SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>61</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>62</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>63</b>

## ÚVOD

Pocity bezradnosti, výčitky, úzkost či bolest. I takto se může cítit žena, která právě přivedla na svět svého potomka. Vedle radostných chvil a pocitů euforie z narozeného dítěte může žena pociťovat obavy, stres nebo také nejistotu z toho, jak bude svou novou roli matky zvládat. Role matky představuje každodenní starostlivost a věnování se svému narozenému dítěti, které vyžaduje veškerou matčinu pozornost a péči. Také probdělé noci mají na psychiku ženy určitý vliv. V této situaci žena opomíjí řešit své potřeby. Zejména to, zda jí něco bolí a jak se cítí.

Současná doba plná moderní komunikace, snadno dostupných médií a populárních sociálních sítí vyvíjí velký společenský tlak na ženu v roli matky. Například určování toho, jak by žena po porodu měla vypadat, oblékat se, jakou kosmetiku pro dítě používat nebo jaký kočárek by měla zvolit. Názory na toto téma se dennodenně objevují v mediích a sdílejí prostřednictvím sociálních sítí a mohou mít na ženu negativní dopad.

Z dostupné literatury se můžeme dozvědět, jak u ženy probíhá fyziologické šestinedělí a jaké změny se odehrávají v jejím těle ihned po porodu, jaké komplikace mohou nastat, jak by žena měla správně kojit a jaké psychické problémy se mohou v poporodním období u ženy vyskytnout. Avšak málokterá kniha popisuje reálné příběhy žen z období po porodu. Nevelké množství publikací o mateřství poskytuje odpovědi na otázky typu jaké měly pocity po porodu, jak vnímaly samy sebe v roli matky, zda u nich převládaly pozitivní či negativní emoce nebo jak dokázaly spojit péči o novorozence s péčí o sebe samu.

Osobní setkání s ženou, která si prožila poporodní deprese, a následné otázky, jak ženy skutečně prožívají šestinedělí a období po porodu, mě přivedly na téma této bakalářské práce. Velmi mě zajímá, jak toto období plné změn prožívají ostatní ženy. Zda se liší prožívání poporodního období u prvorodiček a druhorodiček, a dále také, jaká je úloha porodní asistentky v péči o rodičku v poporodním období.

*„Matka je nádherná bytost, která, jak někdo řekl, nosí dítě devět měsíců ve svém lůně, dva roky v náručí a celý život v srdci.“* Manuel Fernando Silva

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ŠESTINEDĚLÍ

Šestinedělí, v latině známé jako puerperium, je označení pro období po porodu. Začátek šestinedělí nastává u ženy porodem placenty. Pro ukončování období šestinedělí jsou typické nejen involuční (regresivní) změny v organismu matky, ale také obnovení menstruačního cyklu. Nástup menstruačního cyklu může být u ženy opožděn, a to z důvodu laktace a četnosti kojení. Konec šestinedělí je u každé ženy individuální a závisí na mnoha faktorech. Proto se také uvádí ukončování šestinedělí v časovém horizontu 6. – 12. týdnů po porodu. Avšak většina fyziologických funkcí se v těle ženy ustálí do 6. týdne po porodu. Vyjímkou jsou kardiovaskulární funkce a psychické změny, které se mohou stabilizovat až po několika měsících (Roztočil, 2008, s. 127)

Období šestinedělí můžeme rozdělit na dvě období. První je rané neboli časné, trvající 7 dní po porodu. V této fázi dochází především k hojení poporodního poranění a nástupu laktace. Druhé období je pozdní, které se datuje od 7 dne po porodu a obvykle trvá do 42. dne po porodu. Tato fáze zahrnuje nejen obnovení pánevního dna, ale také involuční změny na pohlavních orgánech ženy. Probíhá zde hojení poporodního poranění (Dušová, 2019, s. 89).

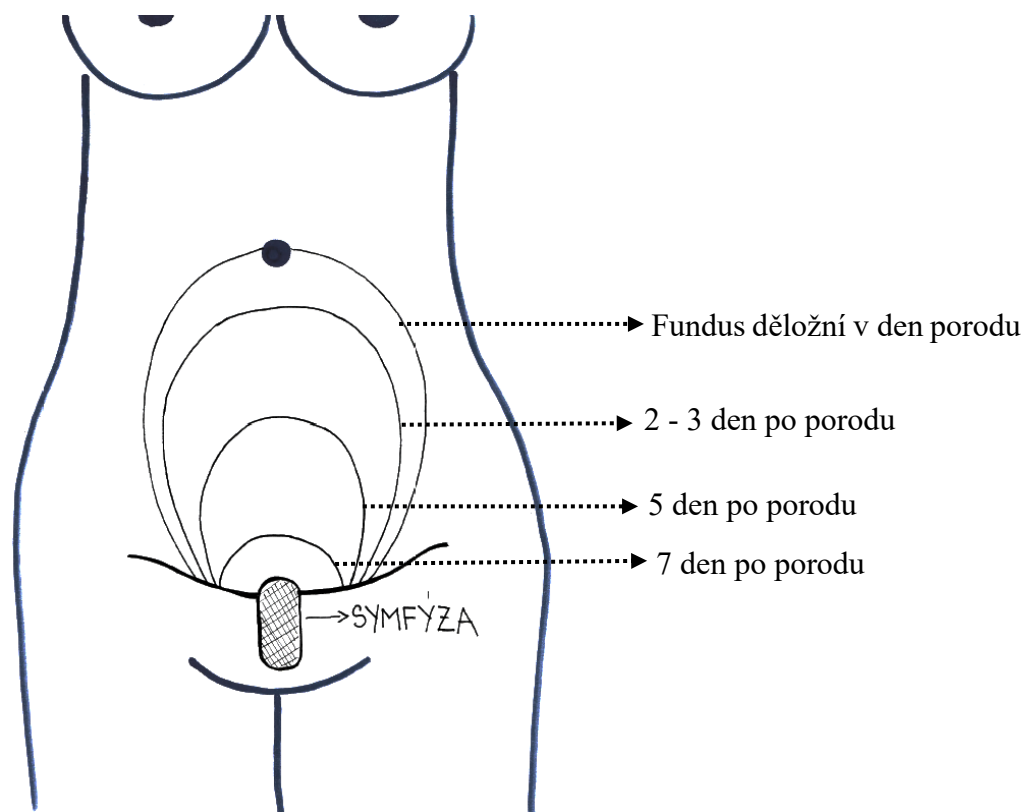
Tato životní etapa je pro většinu žen velmi přirozená, plná lásky, pocitů sounáležitosti k dítěti a různorodých emocí. Nicméně pro ženu, která se právě stala matkou, je zároveň značně náročná, a to nejen fyzicky, ale především psychicky. Psychika ženy je po porodu ovlivněna hlavně hormonálně. Z tohoto důvodu se porodní asistentka zaměřuje nejen na péči fyzickou – poporodní, ale také na péči duševní (Studničková et al., 2018, s. 215).

### 1.1 Fyziologické změny pohlavních orgánů po porodu

**Děloha** (lat. uterus) – k nejvýraznějším (největší) změnám dochází po porodu a následně po celou dobu šestinedělí především u dělohy. Hmotnost dělohy na konci 40. týdne gravidity a ihned po porodu činí přibližně 1000 g (Roztočil, 2008, s. 127). V průběhu šestinedělí dochází k děložní involuci, kdy se pomocí kontrakcí děložní svaly stahují a zmenšují. Při retrakci dělohy dochází k fyziologické anemizaci myometrálních svalových vláken a myometrálních cév, které následně atrofují. Pomocí tohoto děje dochází k zastavení krvácení v místě, kde došlo k odloučení placenty (Fait, 2014, s. 209). Prostřednictvím stahů se děloha zmenšuje a na konci šestinedělí, tj. 42. den po porodu, váží děloha okolo 80 g. Se zavinováním dělohy jsou úzce spjaty i poporodní bolesti. U primipar (prvorodiček) dochází k ustálení

a vymizení bolestí do několika hodin po porodu, kdežto u multipar (vícerodiček) je intenzita bolestí vyšší. Vícerodička vnímá intenzivnější bolest zejména při kojení, kdy novorozenec stimuluje pomocí sání vylučování oxytocinu z hypofýzy (Slezáková, 2017, s. 232–233). Je nutno podotknout, že děloha po ukončení puerperia nenabývá stejných rozměrů a hmotnosti, jako tomu bylo před těhotenstvím, ale je o něco větší (Fait, 2014, s. 209).

**Děložní dno** (lat. fundus) – průběh děložní involuce se sleduje u ženy již záhy po porodu, kdy se pomocí palpace kontroluje výška děložního fundu. Po porodu placenty sahá fundus děložní k pupku nebo i 1 cm nad pupek. Po uplynutí jednoho dne dochází k postupnému sestupování fundu od pupku směrem k symfýze, a to přibližně o 1 cm za den (Leifer, 2004, s. 234). Sedmý den po porodu nacházíme fundus přibližně 2 – 3 cm nad horním okrajem symfýzy (Fait, 2014, s. 209). Během následujících několika dnů, dochází nejen k razantnímu snížení hmotnosti a velikosti dělohy, ale také nadále přetrvávají děložní kontrakce. Ty postupně stahují děložní dno do malé pánve. Přibližně po deseti dnech od uplynutí porodu by měl být děložní fundus situován v malé pánvi, tudíž by neměl být hmatný (Studničková et al., 2018, s. 2015).



Obrázek 1.: Involuce dělohy v období šestinedělí (zdroj: vlastní tvorba)

**Děložní sliznice** – děložní sliznice se vlivem těhotenství mění. Mimo období gravidity se nazývá endometrium, avšak během těhotenství se název mění na decidua (Leifer, 2004, s. 234). V deciduální vrstvě se upíná placenta, která se následně v průběhu III. doby porodní odloučí a porodí. Po porodu se inzerce placenty zmenší přibližně na polovinu původní velikosti, tzn. na 9 cm (Roztočil, 2008, s. 127). „*Místo uložení placenty prochází v postpartálním období sérií změn. Kontrakce arteriálního hladkého svalstva a komprese cév způsobená kontrakcemi myometria těsně po porodu vedou k hemostáze*“ (Studničková et al., 2018, s. 2015–216).

V místě inzerce placenty dochází během tří dnů po porodu k regeneraci sliznice a následně je toto místo kolonizováno leukocyty (bílymi krvinkami). Ty vytváří přirozenou ochrannou bariéru před vniknutím infekce. V průběhu těchto dní se dále vytváří endometrium, které se následně diferencuje na dvě vrstvy – vnitřní a vnější. Vnitřní vrstva vytváří základ pro růst nové děložní sliznice. Během šesti týdnů je vytvořena zcela nová vrstva endometria. Vnější (povrchová) vrstva nekrotizuje a odumřelá tkáň odchází z těla ženy ve formě očístků (lat. lochií), (Roztočil, 2008, s. 128). Tento děložní sekret je tvořen nejenom nekrotickou tkání endometria, ale také krevními koaguly, tkáňovým mokem i sekretem z děložního hrdla, pochvy a vulvy.

Charakter lochií se v průběhu šestinedělí mění, a to zejména v převládající složce očístků a barvě. Co se však nemění je pH, které je u očístků zásadité, tzn. dochází k narušování kyselého poševního prostředí. Tímto způsobem narušená vaginální mikroflóra může představovat riziko pro vznik infekcí. V prvních dnech odcházejí z dutiny děložní převážně krvavé očítky (lat. lochia rubra). Takto zbarvená lochia mohou odcházet po dobu tří dnů. Čtvrtý poporodní den se barva mění na hnědou (lat. lochia fusca). Přibližně po deseti dnech může žena pozorovat žlutě zbarvené očítky (lat. lochia flava), které se dále mění na bílé (lat. lochia alba) (Fait, 2014, s. 210). Slezáková (2017, s. 233) uvádí také typ hlenovitý (lat. lochia mucosa), který je charakteristický pro 4. týden po porodu. Vymezení dnů je pouze orientační, jelikož průběh šestinedělí je u každé ženy individuální. Průměrná doba pro odchod očístků je tedy v rozmezí 5. – 7. týdnů po porodu (Studničková et al., 2018, s. 216).

**Děložní hrdlo** (lat. cervix uteri) – po proběhlém vaginálním porodu zůstává cervix ochablý, cervikální sliznice je edematózní s drobnými laceracemi. Během několika dnů po porodu dochází k uzavírání porodních cest. Nejprve se uzavírá zevní branka, která na konci prvního týdne již není volně prostupná pro prst, až poté následuje branka vnitřní (Dušová, 2019, s. 90). Reepitelizace drobných lacerací v hrdle trvá 6. – 12. týdnů. Na konci šestinedělí

by však mělo být hrdlo zcela uzavřeno a zevní branka nabývá tvaru příčné štěrbině (Fait, 2014, s.209–210).

**Vaječníky** (lat. ovaria) a **vejcovody** (lat. tubae uterinae) – po porodu se vaječníky i vejcovody opět vracejí do oblasti malé pánve. Dochází také k jejich zmenšení v důsledku probíhajících poporodních hormonálních procesů v těle ženy (Dušová, 2019, s. 90). Restaurace ovariální činnosti a nástup menstruace je opět velmi individuální. Velmi významnou roli zde hraje kojení. Pokud žena nekojí, může dojít k ovulaci již 27. den po porodu. Průměrná doba nástupu menstruace u nekojících žen je přibližně 12. týdnů. Kojící ženy mají vlivem prolaktinu prodlouženou amenoreu a k ovulaci tedy nedochází. U většiny žen dojde k obnově menstruace nejpozději do 36. týdne po porodu (Studnicková et al., 2018, s. 217).

## 1.2 Hormonální změny po porodu

Po porodu plodu a placenty dochází v těle ženy nejen ke změnám anatomickým, ale také ke změnám hormonálním. Záhy po porodu placenty dochází k rychlému poklesu placentárních hormonů, tj. placentární laktogen (hPl) a lidský choriový gonadotropin (hCG). Během jednoho týdne po porodu dále také klesají hodnoty estrogenů a progesteronu. Naproti tomu dochází ke vzestupu hladiny prolaktinu, avšak hladina tohoto hormonu je závislá na četnosti kojení (Roztočil, 2008, s. 129). Jak již bylo zmíněno výše, prolaktin je úzce spojen s obnovou ovariálního cyklu a následnou menstruací. Tvorba folikulostimulačního hormonu (FSH) a luteinizačního hormonu (LH) je úměrná s tvorbou prolaktinu. Pokud tedy žena nekojí, převládá sekrece hormonů FSH a LH nad tvorbou prolaktinu a k nástupu ovulace dochází již za 3. týdny po porodu (Dušová, 2019, s. 90).

Hormonální změny mají zásadní vliv na psychiku ženy. Žena se ztotožňuje se svou novou rolí matky. Ihned po porodu navazuje vztah se svým dítětem. Začíná si také uvědomovat, že je nyní zodpovědná nejen za sebe, ale také přebírá zodpovědnost za svého potomka. I přes to, že je žena po porodu vyčerpaná, může mít problém s usínáním. V myšlenkách se jí přehrávají nejnovější zážitky spojené s porodem. Stálá pohotovost a péče nejen o sebe samu, ale také o novorozence, vzbuzuje mnohdy u ženy pocit neschopnosti. Přetrvávající negativní pocity často vedou k poporodním psychickým problémům (Rastislavová, 2008, s. 82). O těchto psychických problémech se podrobně zmíníme v kapitole Patologické stavy v šestinedělí – Psychické poporodní komplikace.

### 1.3 Laktace

Již v průběhu těhotenství se organismus ženy připravuje pomocí působení hormonů na kojení. Soubor těchto hormonů můžeme nazvat jako tzv. laktogenní hormonální komplex, který zahrnuje estrogény, progesterony, placentární laktogen, hypofyzární prolaktin, kortizol i inzulin. Estrogény se již v průběhu gravidity podílejí na stimulaci růstu mlékovodů a progesterony se účastní na tvorbě alveolů (Fait, 2014, s. 211). Každý z těchto hormonů má svou důležitost a funkci, avšak základním a nejdůležitějším hormonem pro zahájení kojení je hypofyzární prolaktin. Dalším důležitým hormonem, který se podílí na laktaci, je oxytocin. Ten, nejenom že napomáhá uvolňovat mléko z alveolů do vývodných mléčných cest, ale také způsobuje při kojení děložní kontrakce. Tyto stahy mají významný vliv na involuci dělohy po porodu (Slezáková, 2017, s. 252).

Tekutina, která je uvolňována během prvních dnů po porodu se nazývá mlezivo (lat. colostrum). Toto časné mléko je bohaté na bílkoviny, protilátky (imunoglobuliny A) i minerální látky – zejména hořčík, který podporuje střevní peristaltiku novorozence a urychluje vypuzení smolky. Naopak obsahuje méně tuků a cukrů. Po třech dnech je colostrum nahrazeno plnohodnotným mateřským mlékem, jež obsahuje nejen bílkoviny, laktózu, tuk a vodu, ale také vitamíny i IgA protilátky (Fait, 2014, s. 211).

*„Z původně nepodmíněného reflexu uvolňování oxytocinu se v průběhu šestinedělí stává reflex podmíněný“.* To znamená, že k vyplavení oxytocinu do krevního oběhu matky stačí pouze pohled na dítě, krátké pomyšlení na něj či zaslechnutí dětského pláče. Tento ejekční reflex umožňuje novorozenci sát při kojení i tzv. zadní mléko, které obsahuje vyšší procento tuku a je velmi prospěšné pro jeho přibývání na váze (Slezáková, 2017, s. 252).

Kojení je velmi intimní a důležitá chvíle ve vztahu matky a dítěte. Vytváří a navazuje se interpersonální vztah mezi těmito blízkými osobami (Střádalová, 2015). Jedná se o nejjednodušší a nejpřirozenější způsob výživy novorozence (Rastislavová, 2008, s. 84). Při tomto okamžiku dochází ke vzájemné interakci a navozování důvěry, zejména ze strany novorozence. Důvěru dítěte získá matka především při pravidelném kojení. Pravidelný řád navozuje u dítěte také pocit bezpečí a jistoty. Pokud se dítě u matky cítí v bezpečí, nedochází k odmítání mléka a k následným problémům s kojením (Střádalová, 2015). Vzájemný kontakt a blízkost při kojení napomáhá matkám poznávat své dítě, rozpoznávat jeho signály a porozumět jim (Sears, 2018, s. 98–99).



Pro novorozence je prs matky „bránou“ do jejího nevědomí. Skrze prs dítě vnímá matčiny emoce a prožitky, které při kojení pociťuje (Koucká, 2014). Důležitým faktorem pro nástup laktace a následný proces kojení je tedy především psychická pohoda ženy. Pokud žena není s kojením ztotožněná, z důvodu změny vzhledu prsou, nebo si již v podvědomí vytváří negativní myšlenky spojené s kojením (např. bolest při kojení, nedostatek mléka pro dítě), přenáší tyto negativní myšlenky i na novorozence. Takto vypjatá a stresová situace může být příčinou pozdějších komplikací (Bobelová, 2014).

*„Kojení není nutnost ani povinnost a psychické překážky kojení jsou stejně závažné jako ty fyzické. Pokud se však kojení daří, je to velká výhoda“ (Koucká, 2014).*

Pokud má žena určité pochybnosti a obavy z kojení, je velmi důležité, aby věděla, na koho se v případně nejistoty obrátit. V tomto ohledu je významná především časná edukace ze strany porodní asistentky. Tato edukace může být pro ženu významná již v prenatálním období, kdy žena dochází na předporodní kurzy. V čase, kdy je žena umístěna na oddělení šestinedělí, by jí měla být k dispozici nejen porodní asistentka či novorozenecká sestra, ale také laktační poradkyně (Dušová, 2019, s. 100–102). Ta by měla ženu nejen podporovat, ale především také respektovat a přistupovat ke každé matce individuálně, podle jejich potřeb. Porodní asistentka, laktační poradkyně či kdokoliv jiný by neměl ženu do ničeho nutit. Není vhodná necitlivá propagace kojení, jakožto jediného správného a přirozeného prostředku pro výživu novorozence. Pokud žena není s kojením ztotožněná, je na místě jí vysvětlit výhody i nevýhody jejího rozhodnutí a navrhnout řešení jiné (Slezáková, 2017, s. 234).

Z důvodu nárůstu podpory přirozeného procesu kojení dochází v posledních letech k výrazné modernizaci. Tato modernizace přispěla k vytvoření systému rooming-in, který standardně funguje již ve všech porodnicích. Tento systém klade důraz nejen na kojení, ale také na úzké soužití matky s dítětem po dobu 24 hodin denně (Dušová, 2019, s. 102). Do zmíněného systému zapadá i brzký kontakt novorozence s matkou záhy po porodu, tzv. metoda „skin to skin“ (kůže na kůži). Mezi osvědčené metody patří také přiložení novorozence k prsu matky již na porodním sále, a to nejlépe do 1 hodiny po porodu. Všechna tato opatření přispívají především ke včasnému navázání citového vztahu a upevnění pouta mezi matkou a dítětem (Rastislavová, 2008, s. 84).

## 2 PATOLOGICKÉ STAVY V ŠESTINEDĚLÍ

Za patologický stav v puerperiu je považován takový průběh šestinedělí, který se svými specifickými odchylkami a různými komplikacemi u ženy liší od fyziologického nekomplikovaného šestinedělí. Tyto komplikace zdravotního stavu mají značný vliv na následný průběh a prožívání puerperia. Závažnější patologické stavy, například puerperální krvácení, mohou šestinedělku ohrozit na zdraví. Proto je důležité, aby porodní asistentka dokázala tyto patologické situace včas rozpoznat, a tím předcházet vzniku dalších komplikací.

### 2.1 Puerperální krvácení

*„Postpartální hemoragie je definována jako excesivní krevní ztráta v průběhu nebo po ukončení třetí doby porodní.“* Za fyziologickou krevní ztrátu považujeme množství krve okolo 500 ml po spontánním vaginálním porodu a po císařském řezu do 1000 ml. Krvácení v období šestinedělí můžeme rozdělit na časné poporodní krvácení a pozdní poporodní krvácení. Za časnou poporodní hemoragii považujeme krvácení vzniklé do 1 dne po porodu. Pozdní hemoragie se objevuje po uplynutí 7 dnů po porodu a dále se může projevit kdykoliv v období šestinedělí do 42. dne po porodu (Studničková et al., 2018, s. 222).

K nejčastějším možným příčinám pro vznik časného postpartálního krvácení patří děložní hypotonie, děložní atonie, postpartální rezidua plodových obalů či placenty, děložní ruptura, subinvoluce dělohy, placenta accreta, poranění porodních cest, koagulopatie nebo také hematom v paracolpiu. Mezi příčiny pozdního poporodního krvácení můžeme zařadit infekce s následným vznikem zánětu endometria, postpartální rezidua s retencí kotyledonu, koagulopatie, placentární polypy či deciduální polypy. Dále zde patří choriokarcinom a karcinom děložního čípku (Slezáková, 2017, s. 237). Záhy po porodu se můžeme také u ženy setkat se vznikajícím bezprostředním poporodním krvácením. Dle Roztočila (2017, s. 514) známe deset rizikových faktorů, které se mohou podílet na vzniku tohoto bezprostředního krvácení. Mezi tyto rizikové faktory patří:

- porod makrosomického plodu (plod vážící nad 4000 g), nebo vícečetná gravidita
- klešťový porod (lat. partus per forcipem) a Kristellerova exprese
- porod plodu přes neúplně zašlou branku
- nitroděložní výkony (obraty vnitřními hmaty)

- vedení porodu vaginálně po předešlém císařském řezu
- anestezie a analgezie vyvolávající kontrakce myometria
- sekundárně slabé děložní kontrakce
- aplikace uterotonik
- multiparita
- výskyt poporodního krvácení v anaméze

**Subinvoluce dělohy** – představuje zpomalenou děložní retrakci (pomalé zavínování dělohy). Vyznačuje se především masivním odchodem očístků a krvácením z neuzavřeného děložního hrdla, zejména při pohybu nebo při zapojení břišního lisu (Moderní babictví, 2006, s. 46). Při bimanuálním palpačním vyšetření se děložní fundus nachází vysoko nad symfýzou, děloha je na pohmat měkká, avšak nebolestivá a nejeví známky kontrakce. Příčinou značného krvácení je neúplný uzávěr uteroplacentárních artérií po porodu.

Děložní subinvoluce se častěji vyskytuje u multipar, po vícečetném porodu, po porodu makrosomického plodu, po polyhydramniu (nadměrném množství plodové vody), po předchozím operativním porodu, po protražovaném porodu s vyčerpáním myometria. Diagnostika spočívá v již zmíněném palpačním vyšetření děložního fundu. Dalším diagnostickým vyšetřením je prohlédnutí ženy pomocí gynekologických zrcadel s možnou ultrazvukovou kontrolou (Slezáková, 2017, s. 236). Výsledkem ultrazvukového vyšetření je možný obraz lochiometry, která způsobuje dilataci dutiny děložní (Moderní babictví, 2006, s. 46). Následná terapie spočívá v zevní masáži dělohy či podáváním uterotonik (Slezáková, 2017, s. 236). S poruchou retrakce dělohy a poporodním krvácením úzce souvisí následující stavy, které se označují jako hypotonie a atonie dělohy.

**Hypotonie/atonie dělohy** – patří k nejčastějším příčinám časného poporodního krvácení. Hypotonie představuje sníženou retrakci uteru, kdy jsou děložní svaly ochablé a nedochází k vasokonstrikci cév v místě odloučení placenty (Hourová a Galambošová, 2015, s. 45). Neléčená hypotonie přechází ve vážnější, život ohrožující děložní atonii. K příznakům poporodní atonie řadíme nadměrné poporodní krvácení s četnými krevními koaguly a palpačně špatně hmatnou dělohu. Pokud dělohu nahmatáme, je měkká a relaxovaná. Děložní fundus se v tomto případě obvykle nachází nad pupkem. Při naplněném močovém měchýři můžeme dělohu nahmatat vysoko nad pupkem u pravého nebo levého podžebří (Leifer, 2004, s. 276–278). Farmakologická léčba atonie spočívá v podávání uterotonik. Mezi nejčastěji používaná uterotonika řadíme Oxytocin a Methylergometrin. Další možností léčby je

aplikace prostaglandinů. V případě neúspěchu konzervativní léčby, tzn. že nenastala děložní retrakce a krvácení nadále přetrvává, se následně volí léčba chirurgická. Jedním z chirurgických výkonů je intrauterinní zavedení Bakriho katetru pod ultrazvukovou kontrolou. Dále je chirurgicky prováděna B-Lynchova sutura dělohy nebo také ligace děložních tepen (a. uterina, a. hypogastrica). Pokud dojde k selhání všech provedených opatření a žena je nadále ohrožena na životě, je přistoupeno k hysterektomii (Prabhcharan, Anjali a Van Hook, 2019). Zvýšené riziko vzniku hypotonie/atonie dělohy hrozí u multipar, protrahovaných porodů, u porodů vedených císařským řezem v celkové anestezii, překotných porodů, při naplněném močovém měchýři, u vrozených vývojových vad dělohy či po tokolytické léčbě (Koucký, 2014).

**Lochiometra** – vzniká nahromaděním očístků a krve v děložní dutině. Tento stav je zapříčiněn zpomalenou děložní involucí, kdy nedochází k vypuzení zbytků lochií a krevních koagul ven z dělohy (Rokytová a Fait, 2006, s. 364). Městnání očístků v děložní dutině může být způsobeno uzavřením či spasmem vnitřní branky, zejména při porodu císařským řezem nebo jako následek endometritidy. Mezi příznaky řadíme palpačně zvětšenou dělohu, bolest v podbřišku, febrilie a celkové známky zánětu, došlo-li ke vzniku infekce lochiometry (Slezáková, 2017, s. 237). Ke stanovení diagnózy slouží ultrazvukové vyšetření děložní dutiny (Hourová a Galambošová, 2015, s. 39). Při zahájení léčby se ženám aplikují uterotonika (Oxytocin). Poté se provádí dilatace děložní branky s následným odstraněním lochiometry (Slezáková, 2017, 237).

## 2.2 Puerperální infekce

Jedná se o infekce, které vznikly v souvislosti s porodem a následně po porodu. Porodnická poranění, tzn. děloha s drobnými laceracemi po porodu plodu, otevřená rána ve stěně uteru po odloučení placenty a zcela neuzavřené hrdlo, představují riziko pro vstup infekce. Také odcházející očítky vytváří živnou půdu pro bakterie (Fait, 2014, s. 446). Podkladem pro rozvoj puerperální infekce může být dále nedostatečná asepse zdravotnického personálu, porod mimo nemocniční zařízení, předčasný odtok plodové vody, porod císařským řezem, protrahovaný porod, který trvá déle než 24 hodin, vznik hematomů, manuální lýza placenty a nedostatečná hygiena perinea (Studničková et al., 2018, s. 223). Rizikovými faktory, které u ženy způsobují možnost rozvoje poporodní infekce jsou obezita, anemie, časté vaginální infekce a chronické onemocnění (Slezáková, 2017, s. 238).

**Zánět děložní sliznice** (lat. endometritis) – zánět děložní sliznice patří k nejčastějším puerperálním infekcím. Tato infekce se častěji vyskytuje u žen po císařském řezu (Harding, 2017). Onemocnění je způsobeno průnikem patogenních mikroorganismů – především streptokoky, bakterie, chlamydie a mykoplazmata, do děložní dutiny (Fait, 2014, s. 446). Zde dojde také k infikaci lochií, které při odchodu z rodidel výrazně zapáchají. Dalšími příznaky endometritidy jsou teploty přesahující 38 °C, tachykardie (zrychlený srdeční tep), citlivý a bolestivý děložní fundus, který vyšetřujeme pomocí palpace (Studničková et al., 2018, s. 224). Diagnostika endometritidy spočívá v provedení ultrazvukového vyšetření, kde je patrná dilatace děložní dutiny (Fait, 2014, s. 446). Zánět děložní sliznice se léčí pomocí antibiotik (Harding, 2017). Profylaktická aplikace antibiotik u akutních císařských řezů vede ke snížení incidence postpartálních endometritid u žen (Studničková et al., 2018, s. 225). Komplikace mohou nastat při rozšíření patogenních mikroorganismů do dalších vrstev dělohy a na přilehlé orgány. Poté dochází ke vzniku zánětu děložní svaloviny (lat. myometri-tida), zánětu pojivové tkáně a děložních vazů (lat. parametritida). V krajním případě vzniká peritoneální zánět (lat. peritonitida) (Fait, 2014, s. 446).

**Zánět prsní žlázy** (lat. mastitis puerperalis) – infekce v období šestinedělí nepostihují pouze pohlavní orgány ženy. Zánět se může vytvořit i v prsní žláze, poté hovoříme o mastitidě. Tuto komplikaci zapříčiní proniknutí infekce ze zevního prostředí. Často dochází k proniknutí infektu skrze poraněnou bradavku (intersticiální forma), a to přenesením mikrobu z nosohltanu novorozence nebo z důvodu nedostatečné hygieny. Projevy zánětu prsní žlázy můžeme rozdělit na projevy místní a celkové. Mezi místní projevy mastitidy řadíme bolestivost, zejména při kojení, zarudnutí a zduření prsu s následnou retencí mléka. Žena může pociťovat zvýšené napětí v prsu. Při palpačním vyšetření jsou hmatné zduřelé a bolestivé axilární uzliny. Celkové známky zánětu se manifestují horečkou, schváceností, zimnicí, únavou či třesavkou. Obvykle se tyto příznaky objevují kolem 10. – 14. dne po porodu a ve většině případů zánět zasáhne pouze jeden prs (Binder, 2011, s. 243–244). Za nejčastějšího infekčního původce je považován *Stafylococcus aureus*, méně častými činiteli jsou například *Candida albicans* nebo bakterie *E. Coli*. Terapie mastitis zahrnuje podávání antibiotik nebo antimykotik. Při horečce jsou indikovány antipyretika.

Ošetrovatelská péče ze strany porodní asistentky zahrnuje přikládání studených obkladů či chladivých gelů na postižené místo. Porodní asistentka provádí edukaci ženy o dodržování přísné hygieny, zejména mytí rukou po výměně osobního prádla či vložek. Dále ženu poučuje o dostatečném přísunu tekutin a pomáhá jí se správnou technikou kojení. Je

důležité, aby byl prs nadále vyprazdňován a žena nepřestávala s kojením, i přes přetrvávající bolest a obtíže (Koudelková, 2013, s. 98–99). V případě, že nedojde k včasné léčbě, může zánět proniknout až k prsnímu svalu, kde dojde k tvorbě abscesu. Poté hovoříme o mastitis retromammaris. Při této absedující formě je nutné provést incizi abscesu, evakuaci nahromaděného hnisu s následnou drenáží prsu (Slezáková, 2017, s. 257–258).

### 2.3 Psychické poporodní komplikace

O psychických problémech (komplikacích), které mohou být součástí puerperálního období, se příliš často nemluví. Většina žen se již v těhotenství připravuje nejen fyzicky, ale také psychicky na porod. Dříve, než se potomek narodí, pro něj matka připravuje a vytváří ideální prostředí a prostor ve svém životě. Avšak při tomto plánování zapomíná na to, jak rapidně se po porodu změní její tělo i identita. Zejména pro primiparu je puerperium novou životní zkušeností obsahující dosud nepoznané pocity. Nedokáže si zcela přesně představit, co nového ji čeká, a jak moc ji tyto nové prožitky spojené s mateřstvím mohou nejen fyzicky, ale také psychicky vyčerpat (Johnson, 2018, s. 49–50).

Jak již zmiňuje kapitola o hormonálních změnách, v poporodním období se psychika ženy mění. V prvních dnech po porodu dochází u matky ke vzestupu pozitivní a radostné nálady, převládá u ženy pocit sebevědomí a stav uvolnění. V tomto případě se však jedná o pouhé přechodné období, které je vystřídáno úzkostmi, strachem a emocionální labilitou. Mezi projevy emocionální lability patří např. plačtivost, poruchy spánku, nesoustředěnost či smutek (Slezáková, 2017, s. 234). Mezi rizikové faktory, které mohou přispět ke vzniku psychických poporodních komplikací patří vztahové problémy, věk rodičky, výskyt či sklon k depresím již v průběhu těhotenství, anamnéza premenstruálního syndromu nebo nedostatečná podpora ze strany partnera či blízkého okolí (Roztočil, 2014, s. 396).

Z psychologického hlediska se na poporodních depresích podílejí především negativní prožitky ze strany ženy. Zde můžeme zařadit bezmoc, která bývá spojena s prožitým porodem, spánkový deficit, neschopnost postarat se o jinou osobu nebo nevhodná (necitlivá) propagace kojení ze strany personálu (Slezáková, 2017, s. 234). Je velmi důležité, abychom si stále připomínali, že je každá žena individuální, tudíž i šestinedělí, jak po stránce fyzické, tak i psychické, probíhá u každé ženy rozdílně. Některé matky mohou po porodu prožívat jen mírné výkyvy nálad, které se postupem času stabilizují, kdežto u jiných může vzniknout vážná poporodní deprese (Dušová, 2019, s. 120).

*„Maminkou se žena nerodí, ale stává. Vzájemný vztah matky a dítěte se vyvíjí a prohlubuje postupně“ (Kalafutová, 2013).*

Podle průběhu a závažnosti psychických obtíží můžeme poporodní psychické poruchy rozdělit do třech stádií. Roztočil udává (Roztočil, 2008, s. 361), že se jedná o behaviorální syndromy, které jsou spojené s poruchami psychickými i somatickými. Na vzniku poporodních psychických komplikací se významně podílí také osobnost ženy, zejména její schopnost zvládat emocionálně složitější situace. Dále pak její sociální a ekonomický stav, životospráva či případná závislost ženy na některé návykové látce. Mezi preventivní opatření, která mohou zmírnit emoční prožívání šestinedělí u ženy, můžeme zařadit především stabilní partnerský vztah či důslednou přípravu na rodičovství. V neposlední řadě zde hraje významnou roli také podpora ze strany rodiny (Ošetřovatelství a porodní asistence, 2010, s. 122). První stádium, které se vyskytuje u většiny žen v postnatálním období, se nazývá poporodní blues.

**Poporodní blues** – neboli také baby blues či poporodní smutek. Jedná se o fyziologickou poporodní reakci na nově vzniklé životní období u matky. Tato reakce se vyznačuje psychickou labilitou vyskytující se v časném období šestinedělí (Dušová, 2019, s. 120). Typickými příznaky jsou plačtivost, úzkost, podrážděnost, pocit osamělosti, únava či komunikační nepřístupnost u ženy (Roztočil, 2017, s. 218). Obvykle dochází k častému střídání stavu euforie a pláče. Stává se, že žena nedokáže přesně specifikovat důvod, který jí k pláči přivedl. Spolu s těmito obtížemi může žena udávat bolesti hlavy, zad, problémy se spánkem nebo sníženou chuť k jídlu (Rastislavová, 2008, s. 82). Tyto příznaky psychické lability se nejčastěji objevují kolem 3. – 4. dne po porodu (Dušová, 2019, s. 120). Ve většině případů se jedná o přechodný stav psychické nerovnováhy, který odezní do 10. dne po porodu.

Přesná příčina vzniku poporodního blues není zcela zřejmá. Můžeme pouze odhadovat, které související faktory napomáhají ke vzniku poporodního smutku. Přesto, že se jedná o dočasnou psychickou indispozici nevyžadující terapii, je důležité, aby porodní asistentka vhodně edukovala ženu i jejího partnera již v předporodních kurzech a následně také na oddělení šestinedělí. Po porodu je důležitá především psychická podpora a empatické zacházení s ženou, která se učí novým zkušenostem v péči o novorozence. Při propuštění ženy do domácího prostředí je důležité ji poučit o možnosti přetrvávání negativních prožitků. Podstatou je dostatečná informovanost ženy o tom, že pokud nežádoucí pocity neodezní do 14. dnů po porodu, je nutné vyhledat odbornou pomoc psychologa či psychiatra (Rastislavová,

2008, s. 82). Dlouhodobý stav frustrace může vést ke vzniku vážnější poporodní deprese (Dušová, 2019, s. 121).

**Poporodní deprese** – tato psychická porucha se může u ženy vyvinout kdykoliv po porodu. Některé zdroje uvádějí vznik do jednoho roku po porodu. Procentuální zastoupení žen s těmito potížemi je okolo 10 %. Podle Roztočila (2014, s. 396) se první příznaky poporodní deprese projevují kolem 6. – 12. dne po porodu. Mezi nejčastější projevy patří úzkostné stavy doplněné emocionální labilitou, podrážděnost, uzavřenost vůči okolí, nadměrná únava až vyčerpanost a pocity neschopnosti a nejistoty v oblasti péče o dítě (Dušová, 2019, s. 121). V pokročilém stádiu deprese můžou u ženy vznikat obsese, kompulze a panické ataky, které mohou vést až k sebevražedným myšlenkám. Poporodní depresí mohou trpět nejen ženy, které rodily v termínu či předčasně, ale také ženy po spontánním nebo umělém potratu, tzv. postaborční syndrom. Nebezpečí vzniku depresí hrozí i u diagnostikovaného mimoděložního těhotenství (Roztočil, 2017, s. 218).

Do rizikové skupiny pro vznik poporodní deprese patří svobodné ženy a prvorodičky, obecně ženy ve věku 21 – 29 let (Dušová, 2019, s. 121). Související faktory, které se mohou podílet na vzniku této poruchy, jsou například rodinné či partnerské vztahy, sociální a ekonomické zázemí ženy a také dosavadní psychický stav neděvky (Roztočil, 2008, s. 361). Terapie poporodních depresí zahrnuje několikaměsíční léčbu pomocí antidepresiv. Tato medikamentózní léčba by měla být doplněna psychoterapií. V tomto nelehkém životním období je pro ženu důležitá především podpora, a to nejen ze strany personálu, ale také ze strany partnera nebo rodiny, kteří by měli být ženě po propuštění do domácího prostředí nablízku (Mohr, 2015, s. 79–80).

K včasné detekci a zachycení poporodní deprese u ženy v období šestinedělí slouží nejčastěji využívaný dotazník, který je znám pod názvem Edinburské skóre, zkratka EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Jedná se o speciálně vytvořený sebehodnotící dotazník, který vznikl na klinice v Livingstonu a Edinburghu (Mydlilová, 2019). Obsahuje 10 otázek a při vyplňování dotazníku žena zvýrazní jednu ze čtyř možných odpovědí. Zvýrazněné tvrzení by mělo odpovídat tomu, jak se žena cítí během posledního týdne. Je důležité podotknout, že EPDS je pouze screeningový nástroj a neurčuje konečnou diagnózu. K potvrzení diagnózy a stanovení léčebného plánu je nutné pečlivé klinické hodnocení zdravotnickým pracovníkem (Cox, Holden a Henshaw, 2014, s. 68–70).



**Poporodní psychóza** – dříve známá také pod pojmem laktační psychóza. Jedná se o nejzávažnější stupeň psychické poruchy, která vzniká v puerperálním období u ženy. Toto psychické onemocnění se vyskytuje ojediněle, pouze u 0,1 % žen. K nástupu psychických obtíží dochází v rozmezí několika dnů po porodu. Pokud dojde k rozvoji poporodní psychózy, jedná se většinou o náhlý a rychle se rozvíjející stav, při kterém je ohrožen jak život matky, tak i novorozence. U ženy můžeme pozorovat atypické chování, např. pocity euforie, snížení potřeby spánku, dezorientace, bezmoc, neschopnost pečovat o dítě, plačtivost či paranoia. Za velmi nebezpečné se považují bludy a halucinace, a to zejména halucinace sluchové, tzv. imperativní hlasy, které u ženy mohou vyvolat agresivní chování vůči novorozenci. Tento velmi vážný stav může vést až k usmrcení novorozence či k pokusu o sebevraždu, tzv. suicidiu (Moderní babictví, 2008, s. 29–30).

Léčba poporodní psychózy vyžaduje hospitalizaci a odbornou pomoc psychiatrů. Zástava laktace není nutná. K zástavě kojení dochází pouze v situaci, kdy užívané léky přestupují do mateřského mléka. V tomto případě hrozí intoxikace dítěte psychofarmaky (Dušová, 2019, s. 121). Do rizikové skupiny spadají ženy s pozitivní rodinnou či osobní anamnézou u kterých se vyskytují těžké deprese. Jedná se zejména o manické a bipolární deprese (Cox, Holden a Henshaw, 2014, s. 40).

**Poporodní obsedantně-kompulzivní porucha** – název tohoto onemocnění je znám také pod zkratkou OCD (Obsessive-Compulsive Disorder) a patří mezi neurotické (úzkostné) poruchy. Úzkostné poruchy se mohou vyskytovat nejen u žen v období těhotenství, ale také u matek v puerperálním období (Talová et al., 2014, s. 31–32). Velmi často probíhají skrytě, a to z toho důvodu, že se ženy bojí o této problematice mluvit nebo se někomu svěřit, jelikož mají obavy z odebrání dítěte z jejich péče (Carberg, 2019). Pokud však není zahájena léčba je velmi pravděpodobné, že v budoucnu dojde k negativním životním důsledkům. Tyto důsledky mají značný dopad jak na ženu, tak na jejího potomka (Talová et al., 2014, s. 30).

Poporodní OCD postihuje přibližně 3 – 5 % matek a je charakterizováno přítomností nutkavých myšlenek, tzv. obsesí. Obsese se v tomto případě týkají především tématu ublížení dítěti. Tyto negativní myšlenky se proti vůli dotyčné opakovaně vtírají do její mysli a způsobují tak neklid, úzkost a tíseň. Jedny z nejčastějších obsesí, které matky zažívají jsou nechtěné představy o ublížení potomkovi – dušení dítěte, pád nebo hození dítěte na zem či znepokojující myšlenky na možné sexuální zneužívání dítěte. Mírnou úlevu od této tísně přináší určité nutkavé chování, tzv. kompulze nebo rituály. Tyto kompulze představují např.

časté mytí rukou, předmětů, neustálá kontrola dítěte, zda dýchá apod. Některé matky přestanou své dítě kojit z pocitu, že by jej mohly otrávit. Jsou známy případy, kdy se příznaky poporodní OCD objevovaly nejen u matky dítěte, ale také u otce. (Carberg, 2019).

Dle výsledků průzkumu, které ve svém článku uvádí Talová (2014, s. 32), spadaly do rizikové skupiny matky s anamnézou psychického onemocnění v době před otěhotněním a matky s tělesným onemocněním. Dále také ženy s komplikacemi již v průběhu těhotenství, při samotném porodu či po porodu. Léčba této úzkostné poruchy spočívá především ve vyhledání odborné pomoci lékaře, který určí konečnou diagnózu s následnou terapií. Tato terapie zahrnuje nejen léčbu lékovou, ale také psychoterapeutickou pod odborným vedením psychologů a psychiatrů. Důležitou součástí je řádná psychická podpora ženy a jejího partnera (Mind, 2016).

### 3 MANAGEMENT ŠESTINEDĚLÍ Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY

Péče porodní asistentky je nezastupitelná ve všech dobách porodních, kdy se zcela věnuje ženě a pomáhá jí zvládnout porod. Avšak péče porodní asistentky porodem nekončí. Časná poporodní péče o ženu probíhá obvykle za hospitalizace, zprvu na porodním sále, poté na oddělení šestinedělí. Po vaginálním porodu zůstávají ženy v porodnici nejčastěji 3 dny a po porodu císařským řezem 5 dní. Některé rodičky využijí možnost tzv. ambulantního porodu. V tomto případě žena odchází spolu s novorozencem do domácího prostředí několik hodin po porodu. Jednou z podmínek pro propuštění do domácího prostředí je stabilní zdravotní stav matky i dítěte (Studničková et al., 2018, s. 221).

#### 3.1 Péče porodní asistentky o ženu s fyziologickým šestinedělím

Během hospitalizace na oddělení šestinedělí, ale i při návštěvách ženy v domácím prostředí, sleduje porodní asistentka celkový fyzický a psychický stav matky po porodu. Důraz je kladen na kontrolu porodního poranění, včetně krvácení a charakteru lochií, zavínování dělohy, stav prsů a laktace, možné známky infekce, vyprazdňování moče i stolice, a také sledování fyziologických funkcí – tlak, puls a teplota. Součástí poporodní péče je neméně důležitá edukace ženy, zejména o vhodné životosprávu s ohledem na kojení, péči o dítě, dodržování hygienických návyků a pohybové aktivitě (Dušová, 2019, s. 123). „*Rutinní praxe zahrnuje vyšetření krevní skupiny dítěte u RhD negativních matek a případnou aplikaci anti-D imunoglobulinu RhD negativním matkám po porodu RhD pozitivního dítěte*“ (Studničková et al., 2018, s. 221).

U žen po vaginálním porodu se velmi často vyskytují otoky perinea, především z důvodů lacerací v introitu nebo po provedení epiziotomie. Péče o poporodní poranění zahrnuje pravidelnou kontrolu poranění, přikládání chladivých obkladů na oteklé místo. Dále provádí edukaci ženy o časté výměně vložek a nošení porodnických kalhotek, tak, aby bylo porodní poranění v suchu a nedocházelo k vytváření vlhkého a neprodyšného prostředí (Koudelková, 2013, s. 31–32). Porodní asistentka pečuje také o operační ránu po císařském řezu. Na hojící se ránu se stehy nejsou aplikovány žádné masti ani krémy. Sutura by měla být vždy čistá a suchá. Po odstranění či vstřebání stehů provádí porodní asistentka edukaci týkající se následné péče o jizvu. Ženě je doporučováno každodenní promazávání jizvy krémy či oleji,

nebo také provádění tlakové masáže. Ta zvyšuje prokrvení v místě jizvy a zabraňuje vzniku srůstů tkání v místě sutury (Dušová, 2019, s. 94).

Ošetrovatelská péče o ženu s fyziologickým šestinedělím zahrnuje:

- sledování celkového fyzického i psychického stavu, kontrola fyziologických funkcí
- plnění ordinací lékaře, příprava ženy na vyšetření, odběry biologického materiálu
- pravidelnou kontrolu děložního fundu, poporodního poranění a odchod očístků
- sledování vyprazdňování – žena by se měla vymočit do 6 hodin po porodu
- u ženy po císařském řezu: kontrola operační rány, průchodnost žilních vstupů, kontrola množství a vzhledu moče ve sběrném sáčku při zavedeném permanentním močovém katetru, ukázka tlakové masáže a péče o jizvu
- edukaci ženy o dodržování hygienických zásad – zejména častá výměna vložek a osobního prádla, udržování porodního poranění v suchu a čistotě, hygienické mytí rukou před kojením či manipulací s dítětem
- edukaci o dodržování pitného režimu a vhodném stravování, vzhledem ke kojení, doporučení vhodných a nevhodných nápojů či potravin
- nácvik správné techniky kojení, dopomoc při kojení a používání kojících pomůcek
- edukaci v oblasti péče o prsy a bradavky, případné doporučení vhodných preparátů na poraněné a bolestivé bradavky
- edukaci ženy o vhodnosti cvičení v období šestinedělí, případná ukázka cviků pro posílení pánevního dna, břišních a zádočných svalů
- při propuštění do domácího prostředí: poučení o zahájení sexuálního života, případná doporučení o vhodnosti antikoncepce během kojení, poučení o návštěvě gynekologa po ukončení šestinedělí, možnostech využití služeb terénní porodní asistentky, doporučení, kam a na koho se může žena v případě komplikací obrátit
- porodní asistentka přistupuje k ženě vždy empaticky a trpělivě, je jí oporou v nových životních situacích, podporuje ženu ve všech oblastech péče o novo-

rozence a sebe samu, dává ženě dostatečný prostor pro kladení otázek a poskytuje ženě doplňující informace (Slezáková, 2017, s. 242–244, Česká gynekologie, 2013, s. 51).

### 3.2 Péče porodní asistentky o ženu s patologickým šestineděním

Porodní asistentka pečlivě sleduje celkový stav a průběh puerperia u šestinedělky. Pokud dojde k nečekaným komplikacím a zhoršení zdravotního stavu ženy, hlásí tyto změny lékaři. Při rozvíjejících se známkách poporodního krvácení provede porodní asistentka palpační vyšetření děložního fundu. Zde si všímá výšky fundu, bolestivosti, tvaru a uložení dělohy. Následně monitoruje fyziologické funkce a informuje lékaře o zdravotním stavu klientky (Moravcová a Petržílková, 2018, s. 78). Dle ordinace lékaře zavádí porodní asistentka intravenózní kanylu pro případné podávání krevních derivátů či infuzních roztoků. Dále zavádí permanentní katetr do močového měchýře, odebírá krev pro laboratorní vyšetření, podává naordinovanou medikaci podle rozpisu lékaře a nadále sleduje krvácení. K vyloučení retence blan či placenty v dutině děložní provede lékař ultrazvukové vyšetření. Pokud lékař shledá poporodní rezidua v dutině děložní, je nutné provést u ženy revizi dutiny děložní v celkové anestezii (Koudelková, 2013, s. 89–91).

Péče o ženu se vznikajícím nebo již vzniklým puerperálním zánětem je obdobná jako u poporodního krvácení. Porodní asistentka hodnotí celkový stav klientky, kontroluje fyziologické funkce a sleduje rozvíjející se známky zánětu (zarudnutí, otok v místě zánětu, množství, vzhled a zápach očístků, známky krvácení, uložení a bolestivost děložního fundu, apod.). Dle ordinace lékaře provádí odběry biologického materiálu, přikládá na postižené místo chladivé obklady, zavádí i.v. kanylu, podává naordinovanou medikaci – nejčastěji antibiotika, analgetika či antipyretika, sleduje a zaznamenává výsledky vyšetření do dokumentace. V případě výskytu komplikací ihned informuje lékaře (Koudelková, 2013, s. 123–125).

Porodní asistentka sleduje také psychické rozpoložení ženy. Je nutné, aby došlo k včasnému rozpoznání a zahájení terapie v případně vznikajících poporodních psychických komplikacích. Při odchodu ženy s dítětem do domácího prostředí by měla být šestinedělka dostatečně připravena a edukována ve všech důležitých oblastech s možností kdykoliv se obrátit na primární porodní asistentku, porodní asistentku v komunitní péči, laktačního poradce či gynekologa (Moderní babičtví, 2008, s. 30).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA PRÁCE

Tato kapitola obsahuje informace o praktické části bakalářské práce. Zahrnuje popis metodiky polostrukturovaného rozhovoru, který byl pro tento výzkum zvolen. Dále zde popisuje a stanovuje cíl výzkumu, organizace výzkumu a zpracování dat.

### 4.1 Cíl práce

Cílem práce je popsat emocionální prožitky žen po porodu a v průběhu šestinedělí.

Hlavní výzkumná otázka zní:

*Jak ženy prožívají období po porodu a období šestinedělí?*

### 4.2 Metodika výzkumu

Pro účely této bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Tento typ výzkumu zahrnuje mnoho rozdílných metodologií, které však vycházejí z obdobného filozofického základu a analogických výzkumných postupů. Při vytváření kvalitativního výzkumu existují různé přístupy, které si můžeme k výzkumu zvolit. Jedná se např. o přístup fenomenologický, zakotvenou teorii, etnografii nebo případovou studii (Knechtová et al., 2019). V našem případě byl zvolen přístup fenomenologický. Tento typ se zaměřuje především na prožité zkušenosti skrze dialogy vedené s jednou či více osobami, které mají zkušenost se zkoumaným jevem. Pro shromažďování údajů byl vybrán postup tzv. polostrukturovaného rozhovoru, který spadá pod specifické fenomenologické metody analýzy.

**Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)** - „*Interpretativní fenomenologická analýza vychází z prožité zkušenosti, která je kognitivně zpracována a její význam je vytvářen na základě individuálních i kolektivně vytvářených zkušeností. Ke sběru dat je využíván např. polostrukturovaný rozhovor. Interpretativní fenomenologická analýza je využívána ve výzkumech, kdy je důležité porozumět hloubce zkušenosti a jejímu významu pro konkrétního účastníka nebo skupiny lidí*“ (Knechtová et al., 2019).

Před realizací samotného výzkumu a nahráváním jednotlivých rozhovorů byly předem sestaveny základní okruhy otázek, které jsou orientovány na určitou oblast či životní etapu ženy (viz příloha č. 1). Stanovená témata se nezaměřují pouze na období po porodu a šestinedělí, ale jsou směřována také na těhotenství a porod. Záměrem tohoto přístupu je získat co nejkomplexnější informace o prožitcích ženy a mohli porozumět případným souvislostem.

### 4.3 Organizace výzkumu

Ženy byly oslovovány již v průběhu studia třetího ročníku skrze osobní setkání, e-mail a sociální sítě, a to od září 2019 do prosince 2019. Jelikož byly některé ženy tou dobou ještě těhotné či krátce po porodu, domluvili jsme se, že s nahráváním rozhovorů začneme po uplynutí šestinedělí a také dle toho, jak se budou ženy cítit. Téměř všechny ženy, které jsme oslovili, žijí v okrese Nový Jičín. Hlavním kritériem při oslovování participantek bylo, aby výzkumný vzorek tvořila polovina žen primipar – prvorodiček a druhá polovina žen multipar – vícerodiček. Dalším kritériem bylo, aby všechny respondentky byly ochotné při rozhovoru spolupracovat. Kritéria týkající se věku, vzdělání či rodinného stavu nebyla stanovena. Rozhovory se ženami probíhaly od února 2020 do dubna 2020. Všechny ženy byly předem ubezpečeny, že rozhovory jsou zcela anonymní a nahraný materiál bude sloužit pouze pro účely této bakalářské práce. S rozhovorem i s využitím výsledků pro účely bakalářské práce participantky ústně souhlasily. Schůzka s konkrétní ženou byla vždy uskutečněna po osobní, telefonické či e-mailové domluvě v domácím prostředí ženy. Domácí prostředí bylo zvoleno záměrně, a to z důvodu, aby se žena cítila pohodlně a uvolněně.

Z celkového počtu oslovených žen, tj. osm, nám dalo svolení k nahrávání rozhovoru pouze šest z nich. V konečném výsledku se tedy jednalo o tři primipary a tři multipary. Osobní navštívení žen s následným nahráváním rozhovorů proběhlo pouze se třemi participantkami, jelikož naši výzkumnou část a sběr rozhovorů zkomplikovalo šíření nákazy COVID 19 v polovině března 2020. Toho času byla vládou stanovena bezpečnostní opatření, včetně vyhlášení stavu nouze, která měla zabránit dalšímu šíření viru. Z tohoto důvodu jsme byli nuceni přerušit osobní kontakt se zbylými třemi ženami. Avšak ženy byly velmi vstřícné a ochotné a souhlasily s navrženými alternativními metodami, které spočívaly buď v sepsání svého příběhu v počítačovém programu Word nebo v nahrání ústního projevu sebe samé na mobilní telefon. V obou navržených případech, byly ženám předem poskytnuty sestavené okruhy otázek. Od žen, které svůj příběh sepsaly elektronicky, jsme získali písemný souhlas ke zpracování a použití získaných odpovědí do bakalářské práce. Tyto souhlasy jsou uloženy u autorky práce.

### 4.4 Zpracování dat

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, rozhovory s ženami probíhaly po předchozí domluvě. Před zahájením samotného nahrávání byl každé účastnici výzkumu srozumitelně zopakován cíl a záměr našeho rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a



poté doslovně přepsány v počítačovém programu Word. Jednotlivé nahrávky se lišily v délce nahrané stopy. Rozhovory nebyly nijak upravovány, aby byla zachována autentičnost vyprávění, je tudíž zachován hovorový jazyk a slang. Přepis rozhovorů začíná vyprávěním žen, které reagují na položenou otázku týkající se těhotenství a končí v momentě, kdy již nemají k tématu co dodat. Přepsané rozhovory jsou k nahlédnutí u autorky této práce. Pouze se třemi ženami se nám podařilo sejít se osobně a nahrát s nimi rozhovor, a to kvůli bezpečnosti a již zmíněné nečekané situaci, která zasáhla celé území České republiky. Zbylé tři ženy byly ochotné sepsat své pocity v počítačovém programu či nahrát svůj příběh na mobilní telefon. Tyto materiály nám byly poté poskytnuty skrze mobilní aplikaci WhatsApp a elektronickou poštu.

Text byl pročitán bez specifického zaměření na konkrétní aspekty. Následoval proces analýzy pomocí kategoriálně-formálního modelu. Došlo tak k odhalení skrytých významů a souvislostí v jednotlivých příbězích. Dílčí části, které splňovaly kritéria šetření, byly zařazeny do kategorií. Tyto kategorie byly vytvořeny na podkladě získaných informací, skrze příběhy, v chronologickém pořadí. Byly stanoveny následující kategorie:

- *období těhotenství*
- *porod*
- *časné poporodní období*
- *kojení*
- *role matky*
- *období šestinedělí*
- *období šest měsíců po porodu*
- *vnímání vlastního těla*

Tyto stanovené kategorie byly totožné pro obě skupiny participantek – primipary i multipary. Na samotné zpracování byl ponechán dostatek času, aby texty mohly být na krátkou dobu odloženy. V tomto čase byl získán nadhled a při pročitání textů se objevovaly nové souvislosti a informace. Pozorované jevy v textech byly postupně kódovány a poté chronologicky poskládány na základě dříve stanovených kategorií.

## 5 INTERPRETACE A ANALÝZA VÝZKUMU

V této kapitole jsou vyhodnoceny výsledky kvalitativního výzkumu, které jsou členěny do osmi kategorií. Informace byly zjišťovány jednak prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, dále také skrze e-mail a mobilní aplikaci WhatsApp, kde nám participantky zasílaly své příběhy. Zaměřili jsme se na příběh jako celek, tedy nejen na obsah vyprávění, ale také na jeho formu. Hlavní myšlenky, které provází všechny příběhy žen jsou prožitky a emoce v jednotlivých životních fázích. Pro úplnou přehlednost, porozumění souvislostí a snadnou identifikaci daných výpovědí s konkrétní ženou byla sestavena následující charakteristika participantek:

- Participantka A – primipara (prvorodička), rodila spontánně. Rozhovor probíhal při osobním setkání. Po celou dobu rozhovoru byla žena velmi vstřícná, klidná, komunikativní a odpovídala ihned na položené otázky.
- Participantka B – primipara, rodila spontánně. Rozhovor probíhal při osobním setkání. Během rozhovoru působila žena rozrušeně, v některých fázích rozhovoru až rozpolceně, avšak odpovídala ihned na položené otázky.
- Participantka C – sekundipara (druhorodička), první porod byl veden císařským řezem, druhý porod proběhl spontánně. Rozhovor probíhal při osobním setkání. Zpočátku působila žena nervózně, nicméně po pár minutách byla žena komunikativnější, vstřícná a odpovídala ihned na položené otázky.
- Participantka D – sekundipara, v obou případech rodila žena spontánně. Rozhovor byl veden skrze mobilní telefon. Žena působila velmi klidně, byla komunikativní, vstřícná a odpovídala ihned na položené otázky.
- Participantka E – primipara, porod byl veden císařským řezem. Odpovědi na otázky byly poskytnuty písemnou formou. Z poskytnutých odpovědí působila žena uzavřeně. Na doplňující otázky participantka dále nechtěla odpovídat.
- Participantka F – sekundipara, první porod byl veden císařským řezem, druhý porod proběhl spontánně. Odpovědi na otázky byly poskytnuty písemnou formou. Žena byla velmi vstřícná, komunikativní a odpověděla na všechny doplňující otázky.

## 5.1 Období těhotenství

Období těhotenství probíhalo u většiny participantek radostně. U některých žen se v průběhu tohoto období vyskytly zdravotní potíže jakožto nevolnost, bolesti hlavy, migréna, otoky dolních končetin či únava. První měsíce těhotenství byly pro participantku D velmi náročné, jelikož se potýkala se značnou nevolností a přibýváním na váze: *„U toho druhého těhotenství, tam mi bylo strašně špatně na začátku. Ten první trimestr byl za trest. Tak špatně mi nebylo asi nikdy. Také jsem ty těhotenství špatně snášela, jelikož jsem u obou hodně přibrala. U prvního jsem přibrala nějakých 23 kg a u druhého 25 kg, takže toto bylo pro mě fyzicky i psychicky náročné“*. I přes tyto obtíže prožívala převážná část žen pocity štěstí, očekávání a krásných okamžiků. Participantka E zažívala jedinečné chvíle, když znamenala první pohyby plodu: *„Nejkrásnějším obdobím byly první pohyby a pocit, že miminko začíná reagovat na dotek a hlas“*.

Pro prvorodičku B představovalo zjištění těhotenství překvapivou a nečekanou životní situaci. Neplánované těhotenství a nechtěné dítě u této ženy vyvolávalo suicidní (sebevražedné) myšlenky, které jí provázely po dobu šesti měsíců. Ke konci těhotenství zažívala deprese: *„Já jsem otěhotněla s člověkem, kterého jsem v podstatě neznala, takže to bylo hodně nečekané a taky nechtěné. Pořád jsem chtěla jít na potrat, vlastně až potom, co mě doktor psychicky vydíral – ukazoval mi, jak mu bije srdce atd..., tak jsem si to rozmyslela. Ale do nějakého šestého měsíce jsem se s tím vůbec nemohla smířit. Vyčítala jsem to sobě, jemu, všem, že se to vůbec stalo. Ze začátku jsem si přála, možná to bude znít hnusně, aby to dítě ve mně umřelo a aby se to vyřešilo za mě. Aby ta situace vůbec nebyla. Těhotenství bylo fakt odporové, nejhorší část mého života, na kterou vzpomínám. Bylo mi skoro pořád zle. Nemohla jsem se ani hýbat, všechno mě bolelo. A ještě ta psychika, že jsem si to pořád vyčítala. Potom ke konci jsem měla zase šilené deprese. Každý den jsem se chtěla zabít, každý den jsem měla ty myšlenky, že se zabiju“*.

Reakce na přijetí zprávy o těhotenství ženy u partnera, příbuzných a nejbližšího okolí hrála u žen významnou roli pro následné prožívání tohoto období. Pro participantku F byl průběh prvního těhotenství psychicky náročnější, protože partner si dítě nepřál a nebyl na příchod potomka připraven: *„Obě těhotenství jsem měla celkem krásné. Obě miminka jsem moc chtěla. To první těhotenství bylo více emočně a pocitově prožité, víc mi kolísaly nálady.“*

*Zejména paradoxně od II. trimestru do III. trimestru. Výkyvy po psychické stránce byly způsobené tím, že můj první přítel miminko nechtěl, nebyl na něho připravený a já to hůř nesla. Okolí – babičky, dědečkové se na své první vnouče moc těšili“.*

Prvorodička A studovala vysokou školu, když zjistila, že je těhotná. Z tohoto důvodu se velmi obávala, jak na tuto novinu zareagují její rodiče a jak tuto skutečnost přijmou: *„Přítel byl trošku v šoku, ale měl radost. U rodiny to bylo horší. To jsem měla strašný strach z tatky, že nebude moc rád, jelikož jsem ještě neměla hotovou vysokou školu. Ale nakonec to vzal dobře, líp, než jsem si myslela“.*

Pocity strachu a obav přišly ve chvílích, kdy byly participantkám E a F sděleny nepříznivé informace. Participantka F se potýkala s vysokým rizikem vrozených genetických vad: *„Po odběrech krve na Downův syndrom, jsme měli 1:70 vysoké riziko, že plod bude postižený. Byla jsem na odběru plodové vody, kde se pak Downův syndrom našťěstí vyvrátil i jiná další postižení. A dle ultrazvuků nám řekli, že čekáme zdravé miminko. Toto čekání na odběr a výsledky byly z celého těhotenství nejvíce stresové“.*

Participantce E bylo oznámeno nejen riziko vrozených genetických vad, ale také hrožící růstová restrikce plodu: *“Těhotenství bylo plánované a na miminko jsme se s partnerem moc těšili. Záhy však přišly obavy. Na první větší kontrole jsme se dozvěděli z testů nemilou zprávu. Velké riziko genetických onemocnění typu Downův syndrom atd. Nastala doba velkého strachu. Rozhodli jsme se pro genetické testy. Dále nám hrozila růstová retardace. Genetické testy dopadly dobře a my si mohli alespoň na chvíli oddechnout, že je náš miláček z toho nejhoršího venku“.* Avšak následující průběh těhotenství nebyl zcela jednoduchý. Žena se musela potýkat se zdravotními komplikacemi, které vedly k několika dalším vyšetřením: *„Průběh těhotenství však růžový nebyl. Provázelo jej několik krvácení a vyšetření plných strachu“.*

## 5.2 Porod

Pro ženy, které byly poprvé těhotné, byl porod neznámá situace. Tudíž si nedokázaly představit, co je čeká a co tato životní zkušenost obnáší. *„Nevěděla jsem do čeho jdu, takže jsem byla hodně zvědavá, jak to bude všechno probíhat, ale ne že bych měla strach“*, uvedla participantka A. Pocity a prožitky z porodů se u dotázaných žen velmi lišily. Pro některé ženy byl porod radostný zážitek i přes veškerou bolest a nesnáze, které se v průběhu porodu objevily. Pro prvorodičku E byl porod jedním z nejkrásnějších životních okamžiků, a to i

přes to, že byl porod provázen komplikacemi a u dítěte se prokázala růstová restrikce: „*Porod byl samozřejmě jeden z nejkrásnějších momentů mého života, i přes všechny útrapy s ním spojené. Bohužel se nám projevila růstová retardace cca v 38. týdnu těhotenství. Placenta již miminko nevyživovala a bylo třeba porod vyvolat. Váha se zastavila podle odhadu na 2 500 g. Po porodu měl však náš miláček jen 2 160 g. Vyvolávání probíhalo mechanicky a po neúspěšně probdělé noci následovaly tablety, které bohužel nastartovaly tak silné kontrakce, že při nich miminku začalo vynechávat srdíčko. Samotný porod byl tedy proveden akutním císařským řezem. Ten moment, když jsem našeho broučka slyšela prvně plakat, byl nepopsatelně krásný. Chvilku na to jsme se na sebe už dívali a já jsem věděla, že už nikdy v životě nebudu sama a dám mu tolik lásky, něhy a pozornosti, kolik jen bude třeba“.*

Pro druhorodičky C a F, u kterých první porod probíhal císařským řezem, byl druhý porod velkou výzvou. Velmi si přály родit spontánně. Participantka C nad průběhem druhého porodu velmi dlouho uvažovala. Potřebovala si sama ujasnit, co je pro ni důležité. „*Po tom porodu císařským řezem jsem nad tím druhým porodem strašně dlouho přemýšlela. V sobě jsem se s tím tak nějak prala, ale když jsem si to v hlavě přemítala, tak jsem si prostě řekla, že pro mě je přirozený porod součástí ženy, a že je to pro tu ženu a její tělo určitě lepší než ten císař. Protože císařský řez je zásah do těla, je to operace, a to přirozeno je asi lepší. Tak jsem si to v té hlavě nějak nastavila, že tak to chci, a tak to bude.*

Přání spontánního porodu se oběma ženám vyplnilo. I přes to, že u participantky F nastaly během spontánního porodu komplikace a musela být použita metoda VEX (vakuumextrakce plodu), zažívala po porodu pocitu štěstí: „*Druhý porod, po předchozím císařském řezu, jsem chtěla родit spontánně. Mé přání se mi vyplnilo. Devět dní jsem přenášela, postupně mi odtékala plodová voda. Nakonec se po dvaceti hodinách porod rozeběhl přirozeně (už mě strašili, že budou porod vyvolávat). Pět hodin jsem byla na porodním boxu, než se miminko narodilo. Celkově na porod vzpomínám moc hezky, i když bolesti byly neskutečně velké. Emočně jsem celý porod prokřičela, ale to mi v bolestech přinášelo úlevu. V závěru porodu museli udělat nástřih hráze a použít metodu VEX, protože jsem přestala mít děložní kontrakce a miminko dále porodními cestami nepostupovalo. Po porodu jsem byla totálně fyzicky vyčerpaná, ale po psychické stránce jsem byla šťastná, že jsem porodila spontánně. Všichni mě velmi chválili, že jsem byla statečná maminka“.*

Naproti tomu byl pro participantku B porod velmi stresujícím zážitkem a dodnes na něj nerada vzpomíná: „*Když si na porod vzpomenu, tak se rozbřečím. Sedím na záchodě, vzpomenu si na porod, rozbřečím se. Jsem ve sprše, vzpomenu si na porod, rozbřečím se.*

*S tímhle jsem se ještě nesrovnala“.* Důvodem těchto negativních prožitků byly zcela odlišné představy o průběhu porodu, než jaká byla skutečnost: „*Tlačila jsem asi hodinu a půl, to je fakt dlouho a bylo to strašně vyčerpávající. Ještě si vzpomínám, že mi řekli, abych už tlačila, přitom já jsem ještě nebyla pořádně otevřená. Navíc jsem se vůbec nesoustředila na to, že bych ho měla porodit, protože jedna doktorka mi roztahovala nohy a další mi řekla, že mi jen potlačí na břicho, abych věděla, jak ho mám vytlačit. No nakonec to vypadalo tak, že ta doktorka mi roztahovala nohy a otvírala při kontrakci. Takže já jsem se soustředila jen na to, že ty dvě doktorky na mě tlačí a že já vůbec nechci, aby na mě tlačily. Nakonec mám z toho takový pocit, že jsem ho vůbec neprodila sama, že ho ze mě vytlačila ta doktorka, co mi loktem tlačila na břicho. A ještě mě nastříhli. To jsem taky nechtěla, strašně to bolelo. Taky jsem vůbec nechtěla rodit na posteli, nahoře, protože jsem tam tak tak vyšplhala a pořád jsem se bála, že spadnu dolů, jelikož jsem z obou stran neměla nic kolem sebe. Nejhorší věc byla, že jsem vůbec neposlouchala sebe. To, co jsem chtěla udělat, jsem nedělala“.*

Jeden z faktorů, který měl určitý vliv na psychické rozpoložení a prožívání porodu, byl přístup porodní asistentky a chování zdravotnického personálu k rodící ženě. „...protože jsem už cítila, že musím tlačit a ta porodní asistentka tam nebyla, tak jsem říkala partnerovi, ať na ní zazvoní. Tak to teda za mnou přišla a tvářila se tak, jakože to ani není možné, že už rodím, za takovou chvíli. Jelikož jsem říkala, že už musím tlačit, tak se na mě teda podívala a uznala, že mám pravdu. Tak to na mě taky působilo tak divně. Jinak si nemůžu stěžovat, to zase ne“, uvedla participantka A.

Rozporuplné pocity vyvolala u participantky B jedna z lékařek, která přišla ženu na porodní box zkontrolovat: „*Asi za hodinu rozrazila dveře nějaká doktorka, to mě vzbudilo. Normálně tam vletěla a začala mi nadávat, jak to, že tam spím a jak to, že nemám kontrakce. Jenže já jsem po těch práscích nemohla ani mluvit, jen jsem vydávala nějaké zvuky. A ona hned, že to v žádném případě, že neexistuje, abych tam spala a nerodila. Tak že mi dá Oxytocin. A já jedinou věc, co jsem byla schopná říct a bylo mi rozumět, za jak dlouho asi začnu rodit. Tak mi začala nadávat, že nemá věšteckou kouli, jak to má vědět, kdy začnu rodit. Jiří se naštvál, postavil se, doktorka se otočila, odešla a už ani jednou nepřišla. Takže já vlastně ani nevím, kdo to byl“.*

Během porodu byly ženám oporou nejbližší osoby, ať už se jednalo o manžely, partnery či blízké příbuzné. Ti napomáhali rodičkám nejen fyzicky, ale také psychicky. Pro porodničku A byla důležitá pouze tichá přítomnost partnera. S porodními bolestmi se potřebovala vypořádat sama: „*Přítele jsem u porodu měla. Byl mi oporou tím, že tam byl se mnou,*

*ale jakmile na mě mluvil nebo se mi snažil držet ruku, tak jsem ho odháněla a říkala jsem mu, ať na mě nemluví, že mi to vůbec nepomáhá. Potřebovala jsem se s tou bolestí vypořádat spíše sama. Byla jsem ráda za jeho přítomnost, že tam vedle mě seděl, ale nechtěla jsem, ať na mě mluví nebo sahá. Jen ať tam je, je potichu a dohlíží na to“.*

Podporu během porodu neměly pouze prvorodičky, ale také druhorodičky. Pro participantku D byla přítomnost manžela u porodu velkou pomocí, zejména po stránce fyzické: *„Manžela jsem u porodu měla a nedokážu si představit, že by tam nebyl. Protože jak už jsem byla vyčerpaná, tak on mě podpíral, pomáhal mi ze sprchy do sprchy, podával mi vodu a nedokážu si představit, že bych ho tam neměla. Samozřejmě i psychicky mi pomáhalo, že tam někoho mám, ale pro mě byla největší pomoc ta fyzická“.* Partner druhorodičky F byl obzvláště psychickou podporou: *„U celého porodu na boxu byl můj přítel Míša. Velmi mi pomáhal po psychické stránce a jsem ráda, že tam se mnou byl“.*

### 5.3 Časné poporodní období

Záhy po porodu prožívala nejedna žena pozitivní emoce. Pocity štěstí a euforie prožívala prvorodička A: *„Byla jsem úplně unešená z malé. Pořád jsem si jí prohlížela. Byla jsem v úplné euforii, a hlavně jsem nemohla uvěřit, že to bylo tak rychlé. Jelikož jsem byla prvorodička, tak jsem si myslela, že budu rodit dlouho. Celou noc jsem nemohla spát. Byla jsem unavená a vyčerpaná, ale nemohla jsem usnout, jelikož jsem v sobě pořád měla takové emoce. Takovou radost a euforii. Nedokážu to popsat“.* I pro participantku B byl tento okamžik velmi radostný: *„Jakmile vyšel ven, tak to byl takový moment v životě, jaký jsem nikdy nezažila. To bylo fakt hezké“.* Jakmile odezněly kontrakce a porodní bolesti, pociťovala participantka D velkou úlevu: *„Bylo to náročné, dlouhé, ale potom, jak už byla malá na světě, tak to byla neskutečná úleva. Najednou během vteřiny všechno odeznělo a bylo všechno příjemné. Nic mě nebolelo a bylo mi dobře. Takže ten pocit byl nepopsatelný, že najednou z té neskutečné bolesti byla obrovská úleva“.*

Dvě participantky se po porodu potýkaly s vážnými zdravotními komplikacemi, kdy byla u druhorodičky F nutná manuální lýza placenty s následnou transfúzí krve a plazmy: *„Placentu mi vytahovali při celkovém usnutí (ta mi taky nešla samovolně ven). Porodem jsem měla velkou krevní ztrátu, proto mi dali plazmu a 2 litry krve. Ležela jsem na porodním boxu ještě dalších 9 hodin na pozorování, vzhledem k velké krevní ztrátě. Byla jsem tak unavená, že jsem se nemohla hnout. Přiznám se, že jsem díky tomu nechtěla hned vidět miminko. Byla jsem tak slabá, že jsem jí ani neudržela“.*

U participantky A došlo ke vzniku paravaginálního hematomu: „*Po tom porodu přišlo asi hodinu a půl trvající období, kdy jsem dostala strašné bolesti. To jsem byla úplně v panice, protože jsem nevěděla, co se se mnou děje, ale myslela jsem si, že je to normální. Jenže ty bolesti hodně zesilovaly a byly skoro jako kontrakce, akorát to prostě nekončilo. Tak potom přišla porodní asistentka a zjistila, že se mi dělá poporodní hematoma. Museli mě teda uspat, vzít na sál a pod narkózou mi ten hematoma museli vypustit. Tohle bylo pro mě velmi stresující, jelikož jsem po tom výkonu nemohla 12 hodin kojít. Tak jsem měla strach, jestli se mi potom malá hezky přisaje, ale naštěstí to šlo dobře“.*

Radostná chvíle byla narušena, jakmile participantka B po porodu zjistila, že na porodním sále není ze strany personálu dodržována jistá hranice intimity a soukromí: „*Po tom, co jsem ho porodila, jsem otevřela oči a najednou tam přede mnou stálo dvanáct lidí, všichni s rukama v bok. Do toho byly otevřené dveře dokořán, takže jsem viděla na celou chodbu. Taky jsem si v tu chvíli říkala, kdo všechno na mě sahal, kdo všechno se ve mně hrabal. Každý se tam na mě díval“.*

Jedna z druhorodiček, participantka D, vzpomínala a porovnávala své dvě prožitá poporodní období: „*Po tom prvním porodu jsem byla psychicky docela dost rozhozená. Najednou tady bylo to dítě, že kterého jsem měla jakoby strach. Nevěděla jsem, jak ho vzít, jak o něj pečovat, převlíkat. Sice mi to všechno potom v porodnici ukázali, ale strach z toho, jak je malinké a křehké. Byla jsem z toho taková vydeptaná a nervózní, ale postupem času to přecházelo. To bylo jen ty první dny. Po tom druhém porodu byla ta psychická stránka taky naprosto nesrovnatelná. Mě to najednou přišlo všechno tak strašně jednoduché. Člověk věděl, co má dělat. Když mi potom přivezli dítě, tak už jsem se ho nebála, chytla jsem ho a opravdu šlo poznat, že už jsem si tím jednou prošla a po druhé to bylo opravdu mnohem jednodušší“.*

## 5.4 Kojení

Počátky laktace nebyly u participantek zcela jednoduché. První dny a zkušenosti s kojením byly pro prvorodičku A nesnadné. „*Kojila jsem, ale strašně to bolelo. Ze začátku, když se malá přisála, tak jsem měla sto chutí jí odtrhnout zpátky, protože to fakt straně bolelo. Ale snažila jsem se to nějak vydržet. Trvalo mi asi tři dny, než jsem se rozkojila. Malá byla hodně hladová a hodně plakala, tak jsem jí po kojení vozila ještě na dokrmení, aby byla spokojená. Po těch třech dnech, kdy jsem se rozkojila, se mi prsa strašně nalily, takže byly takové tvrdé, až se mi tvořily takové boule“.*



Kojení probíhalo bolestivě a těžko snesitelně také u dalších participantek. „*Kojení, to byla pro mě kapitola sama o sobě, teda hlavně u toho prvního dítěte. To bylo teda strašné. Bolelo mě to snad celé šestinedělí. Měla jsem prsa i bradavky popraskané s puchýři i ragádami. No bylo to opravdu strašné. To rozkojení bylo příšerné. Když jsme přišli z porodnice, tak to bylo všechno v pořádku, dcera přibírala. Jenže potom zhubla a já jsem jí musela v pravidelných intervalech budit, i v noci, na to, aby se ona nakojila a zvážit jí. To bylo psychicky úplně strašné. Já jsem byla vyřízená. Kolikrát jsem to obřečela, a to rozkojení nebyla opravdu sranda. Není to jednoduché. Člověk by si řekl, že je to hrozně přirozená věc, ale aspoň pro mě to byla teda věda a opravdu tak bolestivá, že jsem celé šestinedělí trpěla. Pamatuji si, že mi moje mamka utírala slzy z tváře, protože takovou bolest jsem fakt nečekala. Myslela jsem si, že to bude víc takové přirozené“ , uvedla participantka D.*

Nejen u žen po spontánním porodu byly první zkušenosti s kojením nesnadné. Dotazovaná žena E zažila komplikované kojení po porodu císařským řezem: „*Zkušenosti s kojením byly ze začátku docela těžké. Při porodu císařským řezem se prsa nalévají v některých případech trochu později, ale zato v intenzivnější míře. Začátky laktace byly velmi bolestivé a odsávačka byla v té době mou nejlepší kamarádkou“ . V domácím prostředí se musela prvorodička B potýkat se zánětem prsu: „*Potom, když už jsem byla doma, tak přišel zánět prsu. To byla šílená bolest. Kroutila jsem se v bolestech, brečela jsem. Když jsem kojila, tak jsem ho co půl minuty odtrhávala od toho prsu, protože ta bolest nešla vydržet. Hodně mi pomohla odsávačka a slivovicový zábal“ .**

Odmítání mléka ze strany dítěte bylo pro prvorodičku A, která si kojení a vzájemný kontakt mezi ní a dítětem velmi užívala, emočně náročné a celou tuto situaci těžce snášela: „*Asi po třech měsících mi přestala chtít prso a chtěla jenom flašku. Tak to mě strašně mrzelo, protože jsem ráda kojila. Kojení jsem si užívala a těžce jsem nesla, že to prso nechce. Pár dní jsem mléko ještě odsávala a dávala jsem jí ho odstříkané, ale potom už mě ty prsa strašně bolely a byly celé červené, když jsem třeba 6x denně odsávala. Takže potom jsem s tím odsáváním přestala, ale strašně jsem si to kojení užívala, protože se mi líbil takový ten kontakt matky s dítětem a bylo mi to vzácné, protože jsem věděla, že mám mléka málo. Tím, že se mi mléko ztrácelo měla malá pořád hlad. Byla pořád uřvaná, pořád plakala. Takže jsem z toho byla taková špatná a v depresi, protože jsem nevěděla, co se s ní děje“ .*

Také participantka C si prošla při kojení druhého dítěte nelehkým obdobím: „*U druhého syna nastal takový menší problém. Přestal ve třech měsících pít. Byli jsme kvůli toho*

*hospitalizováni v nemocnici v Novém Jičíně, kde mu udělali veškeré vyšetření. Vůbec se nevědělo, čím to je. Odmítal i umělou výživu, nechytl flašku. Zkoušeli jsme různé druhy mléka jako Nutrilon, Sunar, Bebu. Měla jsem snad deset různých lahví, saviček, a ani to nepomohlo. Strídali se tam různí lékaři, kteří zkoušeli s malým spolupracovat, aby se aspoň trošku napil nebo vymyslet nějakou metodu. Nemohli jsme přijít na nic. Byla jsem z toho špatná, protože jsem měla strach. První období bylo takové, že jsem byla na něho naštvaná a vzteklá, protože jsme byli pořád zavřeni doma. Ale potom mě vystřídal strach a taková bezmoc, protože jsem si uvědomila, že on se opravdu za žádné situace nechytne ani lahve, ani prsa. Takže jsem o něho dostala docela velký strach. Když jsme byli v té nemocnici, tak mi říkali, že kdyby nastala taková situace, že se vůbec nechytne, tak by se musel vyživovat sondou, ale že je to jen na krátkou dobu. Takže potom jsem si malovala horší scénáře, co by se stalo, kdyby se to za těch 14 dní nespravilo. Jestli by mu dali ten PEG do břicha nebo jak by to bylo. A to jsem nechtěla dopustit, takže jsem dva měsíce nedělala nic jiného, než že jsem ho uspávala a kojila ve spánku. Uzavřelo se to tím, že je nejedlík a že mám dále postupovat tak, jak postupují, že ho mám krmit – kojit, když spí“.*

Vážné psychické poporodní komplikace nastaly u druhorodičky F. Vznik poporodní psychózy, která byla doprovázena duševním onemocněním, vedl k hospitalizaci na psychiatrickém oddělení v Opavě: „Vzhledem k mé nemoci bipolární porucha jsem nemohla kojit. Po prvním porodu mi byly ihned nasazeny léky a tím zastavena laktace. U druhého porodu, díky nízké dávce Olanzapinu, kterou jsem celé těhotenství brala, jsme zkoušeli na doporučení lékařky kojit. Kojení pro mě bylo hodně důležité. Kojila jsem asi 14 dní, jenže potom se mi rozběhla laktační psychóza a bipolární porucha se mi zhoršila a rozjela. Příznaky poporodní psychózy jsem měla takové, že jsem nemohla spát. Neměla jsem chuť k jídlu. Co tři hodiny ke mně nosili miminko na kojení a když jsem nakojila v noci, nemohla jsem usnout. Byla jsem díky tomu strašně unavená, bez nálady, bez radosti a nemohla jsem se soustředit. Byla mi opět zastavena laktace a já byla hospitalizována v psychiatrické nemocnici v Opavě na tři týdny. Bez miminka. Bylo to pro mě těžké období. Chtěla jsem být s miminkem. To pouto bylo, i přes branné léky, moc silné“.

## 5.5 Role matky

Zprvu bylo mateřství a nová životní role – role matky pro mnoho účastnic výzkumu náročné. První dny soužití participantky D s dítětem obnášely velkou dávku trpělivosti, lásky, oddanosti a učení se novým dovednostem: „Když jsem se stala matkou, tak musím

říct, že to byl šok. Jako byla jsem připravená na to, že to dítě bude na mě závislé, že mě bude potřebovat. Ale teda absolutně mě zaskočilo to, jak moc je to dítě opravdu závislé. Čekala jsem, že na mě bude závislé, ale že to bude až tak náročné, že se člověk bez toho dítěte nemůže nikde hnout, že to dítě ho potřebuje nonstop od rána do večera a od večera do rána, že člověk tady musí být stoprocentně pro něho a neobejde se bez matky déle než dvě hodiny. Takže to bylo teda hodně náročné. A musím říct, že je potřeba se naučit být tou matkou. A i ten vztah, mi přijde, že se budoval. Ano, narodilo se mi dítě, bylo to moje dítě, samozřejmě by pro něj člověk udělal všechno. Ale mám pocit, že ta láska se tak jako vyvinula. Jak to dítě rostlo, tak se ten vztah upevňoval a vyvíjel v takovou tu úplně obrovskou lásku. Ze začátku, myslím si teda, že jsem se musela hodně učit. Naučit se tou matkou být. Jak s tím dítětem jednat a taky se kolikrát hodně ovládat“.

Prvorodička A si skutečnost, že se stala matkou, zprvu neuvědomovala: „Ihned po porodu jsem si to ještě ani neuvědomovala. Byla to pro mě nová role a bylo to takové zvláštní, že jsem se najednou musela podřídit tomu dítěti. Šla jsem se osprchovat, jen když malá spala, a ne zrovna když se mi chtělo. A při vstávání k malé jsem byla hodně unavená. Bylo to pro mě něco nového, ale těšila jsem se na to celé těhotenství a byla jsem ráda, že ji mám konečně u sebe“. Také participantka F zažívala obdobné prvotní pocity: „Nejdříve jsem si to tolik neuvědomovala, ale pak přišel moment, že jsem si řekla, kdo jiný se o mé miminko postará než já. Pak už jsem žádné obavy, jestli se budu umět postarat o své miminko neměla. Řekla jsem si, že příroda to tak zařídila a já jsem pro mé miminko ta nejlepší maminka na světě. A být maminkou je ta nejkrásnější věc na světě. Jsem šťastná, že mě mateřství v mém životě potkalo“.

Dlouholetá touha po dítěti se ženě E vyplnila, a moment, kdy se stala poprvé matkou, byl pro ni jedinečný. Plný radosti i štěstí, ale také obav, jak tuto novou životní roli zvládne: „Moment, kdy jsem se stala matkou byl nádherný. Už několik let jsem toužila po děťátku, takže být maminkou je pro mě největší životní štěstí. V té chvíli jsem pochopitelně cítila také plno obav, jak to zvládnou. Vše bylo spojené s obrovským pocitem zodpovědnosti, nekonečné lásky a také strachu o něj. Najednou držíte v rukou úžasný uzlíček plný života a víte, že vy jste teď pro něj celý svět a že už nikdy nebude jen já, ale vždy já a mé dítě. Prostě my. Nyní jsem jako matka šťastná. Mám zdravé, spokojené a krásné děťátko“.

I přes dosavadní zkušenosti se u druhorodičky E objeví občas situace, kdy si neví rady a potřebuje se obrátit na někoho, kdo jí vyslechne a poradí: „A někdy sama nevím, jak nějakým způsobem vyřešit ty věci a potřebuju to třeba s někým probrat, poradit se. Člověk si to

*pak udělá podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, ale pořád se tomu učím a snažím se být tou nejlepší matkou“.*

Podpora mateřské role a projevení emocí ze strany manžela je pro participantku C důležitou součástí jejich manželství: *„Já myslím nebo spíš vím, že mě v roli matky vnímá dobře. Protože kolikrát, jak tady spolu sedíme večer, tak mi dá pusku a řekne, že děkuje, jak se krásně starám o naše děti, že si toho moc váží. Že mu umožňuju i koničky, hraje aktivně ještě fotbal a má různé aktivity. A že je rád, že máme krásné, zdravé děti, a že je rád, jak se o ně starám. Že je za to vděčný. Moc chlapů to říct neumí a zrovna ten můj mi to občas řekne, takže toho si opravdu moc vážím“.*

Naproti tomu se některé ženy potýkají s nedostatečnou partnerskou komunikací. Často se stává, že muži nedokáží svým ženám projevít své emoce či vyjádřit svůj názor na výchovu dětí. V takové situaci se ocitla dotazovaná žena D. Neví, jak ji její partner vnímá v roli matky ke vztahu k jejich potomkům. Zda podle něj partnerka zvládá či naopak nezvládá výchovu dětí a všechny úlohy s touto rolí spojené: *„Manžel moc neprojevuje emoce a ani se o nich moc nebaví, takže upřímně vůbec nevím, jak mě vnímá v roli matky. Jestli si myslí, že jsem dobrá matka nebo ne. Jestli to zvládám nebo nezvládám, to opravdu nevím. Nevím, jak v jeho očích vypadám. A když se ho na to zeptám, tak mi řekne jo v pohodě“.*

## 5.6 Období šestinedělí

Prvních pár měsíců po porodu znamenalo zejména pro prvorodičky příchod náročného období. Participantka A slýchávala od okolí různé zážitky a zkušenosti, například jak se chovalo dítě v domácím prostředí nebo jak dlouho spalo. Tyto názory však neměly na prvorodičku kladný dopad. Žena byla po vyslechnutí těchto informací více zmatená a ve stresu: *„Myslela jsem si, že to pro mě bude hračka. Od všech lidí kolem jsem slyšela, že jim dítě po porodu pořád spalo. Ze začátku i 20 hodin, takže jsem byla hodně nervózní z toho, že mi malá přes den moc nespala. Byla strašně uplakaná a já jsem z toho byla zdeptaná a říkala jsem si, co dělám špatně. Že jiným lidem děti spí, a to moje dítě mi nespí a pláče. Z toho jsem byla špatná“.*

Dotazované ženy se postupně sžívaly se svými dětmi a jejich potřebami. *„První dny jsem vůbec nevěděla, že ho mám a neuvědomovala jsem si, že už je venku. Seděla jsem na gauči a najednou bylo vedle mě dítě a já jsem si říkala, kdo to je, co to je. Ještě když jsme byli v porodnici, tak jsem seděla na posteli, přisunula si tu pojízdnou postýlku, podívala se*

na něho a zase jí odsunula pryč. Vůbec jsem nechápala, kdo to je. Doma mi trvalo ještě dlouho, než jsem si zvykla na to, že tam je“, uvedla prvorodička B.

U participantky A vstupovala do popředí především pozornost a péče o dítě: „Měla jsem strašný strach, když jsem si jí dovezla domů, že mi doma najednou leží takový malý uzlíček. A měla jsem o ní strach, jestli jí náhodou něco není, jelikož hodně trpěla na větry a koliky. Takže jsem jí ze začátku pořád kontrolovala a bylo to pro mě až obtěžující, že jsem neměla ani chvilku klidu. Nemohla jsem si v klidu lehnout, uvolnit se a na nic nemyslet. Byla jsem pořád v takovém napětí“. Tato prvotní a intenzivní péče o potomka byla pro participantku A velmi náročná a neměla žádné volné chvíle na to, aby se starala o svůj zevnějšek: „Ze začátku to byl pro mě nezvyk. Podřídít celý svůj život jen tomu dítěti a jeho potřebám. Člověk neměl na sebe čas, takže jsem chodila nenamalovaná, nevyspaná. Když jsem šla k doktorce, tak jsem se za sebe styděla, protože jsem měla mastné vlasy a ostatní maminky tam byly pěkné. Bylo to tím, že jsem se pořád věnovala dítěti“.

Několik žen se v období šestinedělí potýkalo se zdravotními komplikacemi a nepříjemnostmi. Po nástřihu hráze se u druhorodičky F vytvořil v místě epiziotomie otok a zánět: „U druhého porodu byl proveden nástřih hráze, kdy jsem měla velkou opuchlinu a vytvořil se mi zánět, který se mi léčil asi tři týdny“.

Po porodu pociťovala participantka B jistý strach a obavy v oblasti vyprazdňování: „Na velkou, to jsem odkládala, co to šlo. To jsem se strašně bála, že se zase celá roztrhám. Třičtvrtě hodiny jsem na záchodě brečela, že to nedám a že to nepůjde“.

Účastnice výzkumu se během laktace potýkaly se zarudnutím v oblasti bradavek s následnou tvorbou puchýřů a ragád. Kojení bylo provázáno bolestmi, které vedly u jedné z prvorodiček k vytvoření mastitidy (zánětu prsu – viz kapitola Kojení). Vznik poporodní psychózy a následná léčba na psychiatrickém oddělení byla pro participantku F velmi těžkým obdobím. Během hospitalizace byla druhorodička zcela odloučena nejen od svého dítěte, ale také od partnera, prvorozené dcery a nejbližších příbuzných: „Psychicky jsem se z toho vyrovnávala hodně dlouho. Nikdo mě nemohl pochopit, že potřebuji být s miminkem. Že tam někde je malinké stvořeníčko, co bylo u mne devět měsíců v bříšku a já nemůžu být s ním. Ale zároveň byla hospitalizace nutná. V nemocnici na psychiatrii jsem ty dny probřečela. Jen maminky, co porodí a mají miminko, ví, jaké by to bylo těžké, kdyby byly nějakou dobu bez miminka. Bylo to moc těžké. Jen čas vše zaléčil“. Během tohoto náročného období, našla žena jistotu a podporu ve svém partnerovi a nejbližší rodině: „A obrovská jistota v tom, že

*skvělý partner Míša se o malinkou láskyplně staral v době, kdy jsem byla v nemocnici. Jemu patří obrovské díky. A taky poděkování celé mé úžasné rodině – Anetce, mojí mamince a tatínkovi, kteří mi byli velkou oporou“.*

Také ve chvílích, kdy byla participantka A z každodenní péče unavená a vyčerpaná, a to nejen fyzicky, ale i psychicky, byl jí velkou oporou její partner: *„Na tom začátku, když jsme nevěděli proč tak pláče, jsem z toho byla taková špatná. Tak to musím říct, že se o malou hodně staral i on. Neříkám, že bych tu malou nechtěla, ale já jsem si šla třeba lehnout, byla jsem úplně vyčerpaná a unavená. Malá na chvíli usnula, po chvíli se probudila, začala zase řvát a mě bylo až na zvracení, od žaludku špatně, protože jsem též chtěla chvíli klidu. Tak to mi hodně pomáhal s tou malou, že já jsem si šla lehnout a zavřela jsem se, ať jí neslyším, jak řve. To s ní byl on. Měl jí na rukách a snažil se jí utišit“.* Jelikož dotazovaná žena A, jakožto prvorodička, neměla žádné předchozí zkušenosti s mateřstvím, hledala si rady a zkušenosti jiných matek také na internetu: *„Musím říct, že ze začátku jsme se s přítelem dívali na různé sociální sítě a fóra, ohledně toho, když malá plakala. Nevěděli jsme, co by nám pomohlo. Tam maminky psaly, co by dětem mohlo pomoci. Tak jsme zkoušeli různé rady, co by malé pomohlo na bolení břicha a větrů. A taky jsem se tam utvrdila v tom, že neřve jen moje dítě a uklidnilo mě, když jsem četla, že i jiná miminka pláčou. To jsem byla docela i ráda, za ty rady, co tam ty matky poskytovaly. Jelikož ve chvíli, kdy člověk neví, tak je rád za každou radu“.*

Participantka D uvedla, že po porodu prvního dítěte pocítovala jistý pracovní diskomfort. Pro tuto ženu, která byla zvyklá na určitý stupeň pracovního nasazení a seberealizace v pracovním procesu, bylo zprvu obtížné zvyknout si na tuto novou situaci. *„Bylo to nové, bylo to těžké, náročné zvyknout si jeden na druhého. Vlastně i celkově ta změna životního stylu, najednou se z člověka stal asociál v podstatě. I pracovní. Pro mě byl nejvíc na palici ten první půl rok po narození první dcery. To, že já jsem byla opravdu zvyklá realizovat se v té práci a teď najednou jsem doma s dítětem, které v začátku v podstatě hledí skrz a moc nevnímá. Opravdu ten první půlrok u dcery byl hrozně náročný, než jsem si zvykla na to, že jsem doma, že nikam nechodím a ta změna byla opravdu nejhorší“.*

Druhorodičky C a D také srovnávaly své předchozí šestinedělí s nynějším prožitým šestinedělím. Pro participantku D bylo šestinedělí u prvního dítěte velmi psychicky náročné: *„Mám teda dvě děti, jak už jsem zmínila, a ty šestinedělí se opět nedaly srovnat. U té dcery to bylo teda psychicky náročné. Bylo to možná umocněné i tím, že ona hubla, takže jsem jí pořád vážila. V noci jsem jí budila, takže ona pak nespala a nemohla usnout. Bylo to strašně*

*náročné. A ty podvečery hrozně prořvala, jako hystericky prořvala, takže já jsem z toho byla psychicky úplně vydeptaná. Strašně těžce jsem to šestinedělí nesla. Fakt jsem potřebovala čas na to, abych se jednat fyzicky dala do kupy, ale také psychicky. Potřebovala jsem si to srovnat, sžít se s tím dítětem, že je tu najednou někdo, kdo je tu se mnou dvacet čtyři hodin denně, sedm dní v týdnu. To šestinedělí bylo pro mě náročné. Ale teď, to druhé šestinedělí, bylo prostě jednodušší. I fyzicky. Já jsem měla pocit, že zvládnou úplně všechno. Samozřejmě, když už jsem to potom přepálila, tak se to projevilo. Začala jsem více krvácet nebo jsem pak byla víc unavená, ale to šestinedělí bylo celkově mnohem jednodušší“.*

Prožívání prvního šestinedělí bylo pro participantku C také více emotivnější a náročnější: *„První šestinedělí bylo pro mě asi emotivně náročnější, protože to bylo první dítě. V tu dobu jsem si uvědomila, že pro mě, na určitou dobu, něco končí. Já jsem totiž aktivně hrála fotbal a byla jsem docela společenský tvor, takže jsem byla zvyklá být pořád v nějakém kolektivu. Taky jsme v tu dobu zrovna bydleli v bytě a manžel má taky spoustu koníčků, takže jsem tam bývala skoro pořád sama, a to bylo pro mě taky takové těžší. Řešila jsem mnohem více věcí, měla jsem o něj i větší strach a ty hormony po tom císaři se mi zdály rozbouřenější. Byla jsem taková citlivější a všeho jsem se bála. Ale teď už jsem věděla, co a jak, protože to bylo druhé dítě. Už jsem si nedělala starosti. Nebyl ani čas, být pořád myšlenkama jen u toho jednoho, protože jsem měla dalšího čtyřletého, který vyžadoval pozornost. Myslím si, že i ty hormony se tak nějak postupně snižovaly, že to bylo lepší po tom normálním, přirozeném porodu. Asi když to můžu zhodnotit, tak jsem se cítila lépe v tom druhém šestinedělí než v tom prvním“.*

Pro participantky D a F bylo v tomto období důležité zachování soukromí. Druhorodička D trávila šestinedělí pouze se svou rodinou: *„I když jsem se cítila dobře psychicky i fyzicky a neprožívala jsem to nějak dramaticky, tak jsem si chtěla zachovat to šestinedělí. Takže jsme si nezvali žádné návštěvy ani kamarády“.* Participantka F se v tomto období naplno věnovala druhorozenému dítěti: *„Po druhém porodu jsem si šestinedělí daleko více užívala. Chtěla jsem být co nejvíce s miminkem, proto jsem nepřijímala žádné návštěvy, ani kamarádek a nechodila jsem ani do obchodu. Věděla jsem, že je to křehké období a že rychle uteče. Jen já a miminko“.*

## **5.7 Období šest měsíců po porodu**

Po uplynutí několika měsíců se u mnohých žen situace změnila. Prvotní pocity nejistoty a pochyby z nové životní role vystřídal u participantky A pocity štěstí, vzájemného

souznění a porozumění: „*Určitě se změnilo hodně. Už vím, co malá chce, zvykly jsme si na sebe. Už vím, jaké má potřeby. Že když brečí, tak se jí chce spát nebo když jí bolí břicho, tak už to poznám a začnu jí cvičit s nožkami. Už je to takové, že se sobě přizpůsobíme. Chvilku počká, když pláče a já si zajdu vyčistit zuby. Taky ze začátku jsem byla pořád zavřená doma a působilo to na mě špatně, protože jsem se strašně nudila, a to mi vadilo. Ale teď je to super. Jsem ráda, že konečně můžu s malou fungovat tak, že někam společně jedeme, že si spolu zajdeme do města na procházku, s holkama na kávu, k našim na návštěvu nebo ke tchýni. Takže jsem ráda, že nesedím doma“.*

Útrapy, které byly pro dotazovanou ženu C spojené s kojením a doprovázeny obavami z následného vývoje jejího druhého dítěte, po pár měsících ustaly. Nyní se participantka cítí šťastně a spokojeně: „*Teď už můžu říct, že jsem asi konečně šťastná, protože si uvědomuju, že mám dvě zdravé děti. To je pro mě základ a nějaká taková priorita. Mám manžela, krásný dům a děti jsou zdravé. A teď už jsem v sobě taková šťastná, že už se konečně malý rozjedl a že máme snad to nejtěžší období, kterým jsme si prošli s tím druhým mimčem ohledně toho kojení, za sebou. Začínám si to teprve teď užívat“.*

Po porodu druhého dítěte se o sebe začala druhorodička D více strachovat. Uvědomila si, jakou má nyní zodpovědnost vůči svým dětem: „*A nikdy jsem o sebe neměla takový strach, jako teď, protože mám ty dvě děti. Potřebujou mě a mám strach, abych je tady nenechala“.*

Teprve poté, co participantka D přijala nynější způsob života a všechny okolnosti s mateřstvím spojené, začala si toto životní období užívat: „*Myslím si, že čím je člověk starší, tak je to horší, protože je zvyklý na ten život. Na to, že má práci, má nějaký ten příjem a žije si podle sebe. Nemusí se ohlížet na nikoho. Je zvyklý na ten svůj standard a způsob života. O to hůř si potom člověk zvyká. Jakmile jsem to přijala a zvykla jsem si na to, na nynější způsob života, tak jsem si to začala užívat. Jak tu mateřskou dovolenou, tak celkově to mateřství a tu rodinu“.*

Prvorodička B se stále vyrovnává s prožitým těhotenstvím a porodem. Nedokáže se smířit s průběhem porodu, který byl pro ni nepříjemnou životní zkušeností: „*Hned po porodu jsem nebyla vůbec schopná o tom něco říct. To jsem byla našťvaná na celý svět. Nesmírím se s tím porodem. Nechci, aby se mnou lidi dělali to, co nechci. Když mi někdo skáče po břicho, i když řeknu, že to nechci, nebo když nechci, aby mě stříhal, stříhne mě, tak mám pocit úplného selhání. Že jsem to nezvládla já, ale že to za mě udělal někdo jiný. Já už nechci rodit*



*nikdy v životě. Nic takového už nechci zažít, ani těhotenství už nechci nikdy zažít. Sice jsem teď ráda, jak to je, ale po druhé už to nechci zažít“.*

Také v intimní a sexuální oblasti pocítuje participantka B negativní změny se kterými se nedokáže psychicky vyrovnat: *„Sex, to vůbec nejsem schopná mít. To neexistuje. Nejdříve mě hodně bolela ta jizva, ale teď, když na to má přijít, tak se úplně seknu, začnu se klepat a je konec. Takhle teď vypadá každý sex, takže už to ani nezkoušíme. A já teď sex ani mít nechci. Vůbec na to nemám náladu. A tohle je pro mě taky velká změna a nedokážu to psychicky rozdýchat, že já nechci mít sex. Na prohlídce u gynekologa jsem ležela s nohama u sebe a vůbec jsem se nechtěla nechat vyšetřit. Vůbec jsem nechtěla, aby na mě ten doktor sahal. Já bych třeba jen chtěla, aby se mě zeptal, jestli na mě může sáhnout“.*

## 5.8 Vnímání vlastního těla

Participantka D vnímá nyní své tělo negativně, nicméně se velmi těší, až bude moci opět sportovat a věnovat se svým oblíbeným aktivitám: *„Své tělo vnímám úplně příšerně. Opravdu je to hrozné. Stydím se sama před sebou, natož před svým manželem. A hlavně se nevezu do svého oblečení a nehodlám si kupovat nějaké větší, protože by se ta motivace zase zmenšila. Já s tímto absolutně smířená nejsem a je teď pro mě opravdu prioritní a důležité to, abych se dostala zpátky na svou váhu. Opravdu mi to vadí a obtěžuje. Nesu to špatně a fakt se na sebe nemůžu ani podívat. Zatím teda na ten sport a nějakou aktivitu nebyl moc prostor, ale nejvíce se těším, až začnu opět běhat a posilovat“.*

Druhorodička C také pocítuje po porodu jistý tělesný diskomfort. Avšak ve volných chvílích se začíná opět věnovat cvičení: *„Mé tělo už není jako před dětmi. Ale teď, po osmi měsících, začínám konečně zase cvičit. Takže doufám, že se brzo dostanu zase do formy. Při kojení jdou kila docela dobře dolů, ale určité partie těla potřebují zpevnit“.*

Prvorodička A je však na své tělo velmi hrdá a obdivuje jej, zejména proto, co všechno dokázalo zvládnout během těhotenství a porodu: *„Na své tělo jsem strašně pyšná. Obdivuju ho nejen za to, že ve mně něco vyrostlo, ale taky za to, jak se dalo po porodu zase zpátky do normálu. Přijde mi to jako zázrak. Kromě trošku většího břicha si troufám říct, že je stejné, jako před porodem. Po porodu jsem začala hodně přemýšlet nad tím, jak je neskutečné. Čím vším si tělo během těhotenství a porodu projde a jak je nastavené, že za pomoci hormonů dokáže zařídit, aby se otevřelo, začaly kontrakce a dítě šlo ven. Taky po tom porodu, jak odcházejí očišťky a všechno se začíná vracet do normálu“.*

## 6 DISKUZE

Ze získaných informací bylo zjištěno, že existují jisté rozdíly v prožívání těhotenství, porodu a období šestinedělí. Co vše ovlivňuje prožívání jednotlivých období jsme se snažili odkrýt pomocí tohoto výzkumu. Za limitující považujeme malou zkušenost autorky s kvalitativním výzkumem a zpracováním získaných informací. Také možnost srovnání s jinými výzkumy byla velmi limitována, protože daná problematika není zpracována ve velkém množství. Sběr dat a výsledky výzkumu byly značně ovlivněny nouzovým stavem, který byl v České republice vyhlášen v březnu 2020. Kvůli této situaci byly tři rozhovory vedeny pouze přes mobilní telefon či e-mailovou korespondenci. Výpovědi těchto participantek mohou být neúplné, jelikož nebylo možné realizovat rozhovory osobně a ptát se žen na doplňující otázky, popř. informacím lépe porozumět.

Prožívání těhotenství a emoce s tímto obdobím spojené vycházejí z faktu, zda bylo těhotenství plánované či nikoliv, a dále také, jak k této vzniklé situaci přistupuje sama žena, její partner či rodina. Pro participantku B, která těhotenství neplánovala, představovalo zjištění gravidity nečekanou životní situaci, která byla doprovázena depresemi a suicidními myšlenkami. Opačné radostné pocity zažívala participantka E, která si dítě velmi dlouho přála a těhotenství plánovala. Zejména pro prvorodičky představoval porod a následné mateřství neznámou situaci, do které vstupovaly bez předešlých zkušeností. Prostředí, ve kterém žena rodí, může průběh porodu značně ovlivnit. Je velmi důležité, aby se každá rodička cítila během porodu komfortně a bylo k ní přistupováno s úctou a respektem. Příjemné pocity mohou totiž průběh porodu a následné prožívání poporodního období usnadnit. Avšak více než prostředí ovlivňuje rodičku především vystupování zdravotnického personálu. Participantka B se během porodu a v časném poporodním období setkala s neprofesionálním přístupem personálu, který značně ovlivnil její následné psychické prožívání.

Období šestinedělí s sebou přinášelo náročné situace, kdy se participantky ocitly v nové roli, která vyžadovala značnou dávku trpělivosti a určení nových životních priorit. Druhorodička C uvedla, že pro ni bylo u prvního dítěte nesnadné omezit či přerušit dosavadní koníčky, kterým se věnovala ve volném čase. Také pro druhorodičku D bylo obtížné vzdát se pracovního nasazení a karierního růstu, jelikož veškerá péče a pozornost nyní směřovala k novorozenci. Participantka D dále uvedla, že počátky mateřství a šestinedělí byly velmi psychicky náročné. V tomto období se žena potřebovala naučit být matkou. Sžít se se svým dítětem a porozumět jeho potřebám.

Obzvlášť pro prvorodičky byly nejnáročnější počátky laktace, které byly doprovázeny bolestí a zdravotními komplikacemi. Jakožto zarudnutí bradavek a prsního dvorce, ragády, puchýře, retence mléka s následnou tvorbou tvrdé a bolestivé bulky v prsu nebo také vznik zánětu prsu, tzv. mastitida. Tyto obtíže byly popsány u participantek A, B, D a E. U participantky F vedlo kojení ke zhoršení bipolární poruchy a následně ke vzniku poporodní psychózy. Participantka musela být následně hospitalizována na psychiatrickém oddělení v Opavě. Toto období bylo pro ženu velmi psychicky náročné. Avšak silná touha být opět s dítětem, držet jej v náruči a trávit chvíle s prvorozenou dcerou a partnerem jí povzbuzovala a hnala vpřed. Pro participantky A, C, D a F byli velkou oporou jejich partneři/manželé, kteří byli ženám na blízku nejen při porodu, ale také v domácím prostředí. V situacích, kdy se participantky cítily vyčerpaně a bezmocně, či se o novorozence nemohly v danou chvíli postarat, pocítily v partnerech velkou pomoc a jistotu, že společně vše zvládnou.

Po uplynutí šesti měsíců od porodu pozorují participantky A, C i D změny, zejména v oblasti péče o novorozence. V tomto případě se ženy cítí šťastnější, klidnější a spokojenější. Participantky překonaly prvotní nejistotu a překážky a začaly si mateřství užívat plnými doušky. Naproti tomu prvorodička B se i po uplynutí několika měsíců stále psychicky i fyzicky vyrovnává s prožitým porodem a přístupem zdravotnického personálu na porodním sále. Následky negativních vzpomínek pocítuje zejména v sexuální oblasti.

Obdobných výsledků výzkumného šetření bylo dosaženo také v diplomové práci Horákové (2018) pod názvem *Psychické prožívání období těhotenství, porodu a šestinedělí u primipar a multipar*. Zejména v oblasti přítomnosti partnera u porodu se práce shodují, především v tom, že partneři byli ženám oporou a jejich přítomnost příznivě ovlivňovala psychické prožívání porodu.

Rozdílných výsledků bylo dosaženo v oblasti prožívání šestinedělí, kdy jsou v diplomové práci zmiňovány u multipar pocity vyčerpanosti, únavy či podrážděnosti. V našem případě se v šestinedělí cítily druhorodičky klidnější a sebejistější, zejména tedy v péči o novorozence. Získané informace z oblasti kojení byly srovnávány s výzkumem v diplomové práci Petrošové (2015). Výsledky výzkumů jsou velice podobné, zejména tedy počátky laktace jsou u většiny participantek prožívány totožně. Ženy pocítují bolest, která může být doprovázena zdravotními komplikacemi. Obě práce se shodují v tom, že bolest a obtíže spojené s kojením mají značný vliv na psychické prožívání poporodního období.

## ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce je nastíněno téma šestinedělí. Teorie obsahuje nejen téma fyziologických změn, které u ženy po porodu nastávají, ale zaměřuje se také na kojení, které přináší pozitiva jak pro dítě, tak i pro matku. Teoretická část také popisuje možné komplikace šestinedělí. Poslední část této velké kapitoly se věnuje managementu šestinedělí z pohledu porodní asistentky, která se přímo účastní péče o ženu a novorozence. Při poskytování péče či při edukaci je důležité, aby si porodní asistentka vytvořila s ženou důvěryhodný vztah, naslouchala potřebám ženy, ptala se na pocity, kterými rodička/šestinedělka prochází, snažila se daným prožitkům porozumět a v případě potřeby nabídnout adekvátní pomoc a řešení daného problému.

Práce si kladla za cíl popsat emocionální prožitky žen po porodu a v průběhu šestinedělí. K tomu, aby byl tento cíl splněn, byl pro výzkumnou část zvolen kvalitativní výzkum. Výzkumný soubor tvořilo šest žen, které toho času procházely poporodním obdobím. Prostřednictvím metody polostrukturovaného rozhovoru práce seznamuje čtenáře s jejich příběhy. Každý sdělený životní příběh, jednotlivé zkušenosti žen a jejich prožitky jsou velmi individuální a originální. V některých etapách zažívaly ženy obdobné pocity, zejména záhy po porodu, kdy v náručí poprvé držely své dítě. Tento jedinečný životní okamžik vyvolal v nejedné ženě pocity štěstí, lásky či euforie. Také počátky laktace a první zkušenosti s kojením byly u řady žen prožívány podobně. Participantky prožívaly bolest, která však byla doprovázena trpělivostí, odhodláním a vytrvalostí. Pro ženy bylo podstatné sít se se svým dítětem, poznat jej a pochopit jeho potřeby.

Důležitým faktorem, který značně ovlivňuje psychické rozpoložení ženy, a to nejen v těhotenství, při porodu nebo v období šestinedělí, je vzájemný vztah mezi ženou a partnerem, popř. s nejbližšími příbuznými. Jedná se především o pochopení a podporu, jelikož pro prvorodičky znamená mateřství novou životní roli, ve které se učí být matkami. U druhorodiček či vícerořiček je podpora ze strany partnera neméně důležitá, protože se žena stará nejen o novorozence, ale také o starší dítě/děti, domácnost a sebe samu. Ke štěstí, psychické a fyzické pohodě ženy mnohdy stačí polibek na tvář a pár milých slov z úst partnera. Je nutné si uvědomit, že i žena vícerořička, která má již předchozí zkušenosti, potřebuje také podporu a pochopení. Společnost, partner, rodina ani zdravotnický personál by neměl považovat za samozřejmé, že tato žena vše zvládne sama a bez pomoci.

Tento výzkum považujeme za velmi cennou životní zkušenost. Svými příběhy a zkušenostmi nás participantky obohatily o nové poznatky. Díky těmto rozhovorům jsme dostali možnost nahlédnout do jejich soukromých prožitků a emocí, které je provázely nejen v poporodním období, ale také v období těhotenství, během porodu a v prvních chvílích soužití s dítětem. Velice nás překvapil pozitivní přístup participantky F. Tato žena byla ochotná podělit se se svými zkušenostmi a nebála se přiznat, že prožila poporodní psychózu, kvůli které byla hospitalizována na psychiatrickém oddělení: *„Na otázky ráda odpovím, protože si myslím, že by se to mělo vědět a mělo by se o tom mluvit. V dnešní době jsou poporodní psychózy časté, nebyla jsem tam s touto nemocí sama. Může to potkat kteroukoliv maminku. Některé maminky si projdou lehčí formou a neumí o tom mluvit, neví o tom, co se jim děje“*.

Svou výpovědí poukazuje participantka na důležitý fakt, že by se ženy/ matky neměly bát hovořit o svých pocitech a problémech, kterými zrovna procházejí. Podstatnou roli zde hraje také informovanost a šíření těchto reálných příběhů mezi ostatní ženy, aby věděly, že tyto situace a pocity nezažívají samy. Tyto poznatky tak mohou posloužit nejen dalším ženám, které se sžívají se svou novou mateřskou rolí, ale také jejich partnerům či porodním asistentkám, aby dokázali lépe porozumět svým partnerkám/klientkám.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Podle našeho názoru je v této oblasti důležitá a podstatná zejména podpora komunitních porodních asistentek, které poskytují primární porodnickou péči ženám mimo nemocniční zařízení. Komunitní porodní asistentka provází ženu nejen v období těhotenství, kdy je ženám poskytována těhotenská poradna, skupinové i individuální předporodní kurzy, těhotenské cvičení či plavání nebo například poradenství v oblasti homeopatie, ale také v časném a pozdním poporodním období.

Šestinedělí představuje pro některé ženy náročnou životní etapu. Zejména tedy pro prvorodičky, které se sblíží se svými dětmi a zvykají si na mateřskou roli. V tomto směru porodní asistentka podporuje a pomáhá ženě i její rodině s adaptací na novou životní úlohu. Rozšířením těchto služeb by byly ženy více podporovány a edukovány v oblasti péče o novorozence, ale také v oblasti kojení. V případě nejasností či obav by měly ženy možnost obrátit se na danou porodní asistentku, která již klientku zná a využít jejích služeb. Je možné, že by se díky tomuto přístupu a péči snížil výskyt negativních emocí a ženy by se s mateřstvím lépe sžívaly. Jelikož tato péče není v současné době hrazená z veřejného zdravotního pojištění, považujeme za rizikovou skupinu např. matky samoživitelky nebo také ženy v tíživé životní či sociální situaci, které by rády využily pomoci komunitní porodní asistentky, ale nemají pro tento typ péče finanční prostředky.

Dále jsou důležité porodní domy, které také hrají významnou a pozitivní roli pro ženy – rodičky. V těchto domech je realizována individuální péče, která je poskytována erudovanými porodními asistentkami a to tak, že jedna a taž porodní asistentka provází svou klientku od počátku těhotenství, během porodu a dále také v období šestinedělí. Tento individuální přístup přispívá k vytvoření důvěrného vztahu mezi ženou/rodičkou a porodní asistentkou. Porodní asistentka je obeznámena se zdravotním a psychickým stavem dané klientky, zná klientčina přání a díky tomu může se ženou během porodu a v poporodním období lépe spolupracovat.

Snahou těchto porodních domů a porodních asistentek je vytváření intimního a příjemného prostředí, ve kterém se budou ženy cítit bezpečně a uvolněně. Negativní prožitky z porodu si v sobě ženy uchovávají po celý život, což dokazuje výpověď participantky B. Její sdělení poukazuje na to, jak je nutné a důležité, aby ženy měly na porod co nejhezčí vzpomínky. Vzájemná pomoc mezi porodními asistentkami a zakládání center porodní asistence

mohou usnadnit a zlepšit kvalitu poskytované péče. Všechna tato opatření a podpora zmíněných oblastí mohou vést ke zlepšení fyzického i psychického prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí u žen.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. BINDER, Tomáš a kol., 2011. *Porodnictví*. Praha - Univerzita Karlova: Karolinum. ISBN 978-802-4619-071.
2. COX, John, Jeni HOLDEN a Carol HENSHAW, 2014. *Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. 2nd. London: The Royal College of Psychiatrists. ISBN 978-1-909726-13-0.
3. *Česká gynekologie: Doporučená péče ve fyziologickém puerperiu*, 2013. Praha, (78.). ISSN 1803-6597.
4. DUŠOVÁ, Bohdana a kol., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2755-9.
5. FAIT, Tomáš, 2014. Fyziologie šestinedělí. HÁJEK, Zdeněk et al. *Porodnictví: 3. zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, s. 208-212. ISBN 978-80-247-4529-9.
6. FAIT, Tomáš, 2014. Poruchy šestinedělí. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví: 3. zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, s. 445-450. ISBN 978-80-247-4529-9.
7. HORÁKOVÁ, Simona, 2018. *Psychické prožívání období těhotenství, porodu a šestinedělí u primipar a multipar*. Olomouc. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Vedoucí práce PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
8. HOUROVÁ, Martina a Veronika GALAMBOŠOVÁ, 2015. *Slovníček pro těhotné*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3666-2.
9. JOHNSON, Kimberly Ann, 2018. *Čtvrtý trimestr: průvodce poporodním obdobím*. Praha: Euromedia. Esence. ISBN 978-80-7549-821-2.
10. KOUDELKOVÁ, Vlasta, 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-624-1.
11. LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0668-7.
12. *Moderní babictví: Šestinedělí*, 2006. Praha: LEVRET, (9). ISSN 1214-5572.
13. *Moderní babictví: Psychologie časného poporodního období*, 2008. Praha: LEVRET, (15). ISSN 1214-5572.



14. MOHR, Pavel, 2015. Poporodní psychické poruchy. TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing, s. 75-101. ISBN 978-80-247-5127-6.
15. MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ, 2018. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu : péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického šestinedělí : péče porodní asistentky o fyziologického novorozence*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce. ISBN 978-807-5601-322.
16. *Ošetřovatelství a porodní asistence: Emoční změny u žen v období šestinedělí*, 2010. Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 1.(4). ISSN 1804-2740.
17. PETROŠOVÁ, Anežka, 2015. *POHLED SOUČASNÝCH MATEK NA FENOMÉN KOJENÍ*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.
18. RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.
19. ROKYTOVÁ, Věra a Tomáš FAIT, 2006. Poruchy šestinedělí. ČECH, Evžen et al. *Porodnictví: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, s. 364-370. ISBN 8024713039.
20. ROZTOČIL, Aleš a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978 80-247-1941-2.
21. ROZTOČIL, Aleš, 2014. Poporodní psychické poruchy. HÁJEK, Zdeněk et al. *Porodnictví: 3. zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, s. 396. ISBN 978-80-247-4529-9.
22. ROZTOČIL, Aleš a kol., 2017. *Moderní porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
23. SEARS, William a Martha SEARS, 2018. *Kontaktní rodičovství: Rozumná cesta k pochopení a výchově dětí*. 2. vydání. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-2449-1.
24. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0214-3.

25. STUDNIČKOVÁ, Martina et al., 2018. Šestinedělí. PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. *Porodnictví: pro studenty lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 215-230. ISBN 978-80-244-5322-4.
26. TALOVÁ, Barbora et al., 2014. ÚZKOST A ÚZKOSTNÉ PORUCHY V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ A PO PORODU. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Olomouc: Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc, **110(1)**(1), 29-37. ISSN 1212-0383.

**SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ**

1. BOBELOVÁ, Alexandra, 2014. Jaký vliv má kojení na psychiku?. *Vitavera - Váš psycholog na telefonu!* [online]. Praha: TELEHOUSE [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <http://vitavera.denik.cz/clanky/jaky-vliv-ma-kojeni-na-psychiku/>
2. CARBERG, Jenna, 2019. Postpartum Obsessive Compulsive Disorder (OCD). *Postpartumdepression.org* [online]. [cit. 2019-11-14]. Dostupné z: <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/types/ocd/>
3. KALAFUTOVÁ, Lucie, 2013. Odvrácená tvář mateřství. *Psychologie.cz* [online]. Praha: Mindlab [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/odvracena-tvar-materstvi/>
4. KNECHTOVÁ, Zdeňka et al., 2019. Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory: Kvalitativní výzkum. *is.muni.cz* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2020-02-17]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika\\_zp/web/pages/06-kvalitativni.html#pozn3x](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/pages/06-kvalitativni.html#pozn3x)
5. KOUCKÁ, Pavla, 2014. Prsa jako psychický problém. *Psychologie.cz* [online]. Praha: Mindlab [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/prsa-jako-psychicky-problem/>
6. KOUCKÝ, 2014. Peripartální život ohrožující krvácení: Hypotonie. *Akutne.cz* [online]. Praha [cit. 2019-12-05]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/index.php?pg=aktuality&aid=540>
7. MIND, 2016. Postnatal depression and perinatal mental health: What is perinatal OCD? *Mind.org.uk* [online]. [cit. 2019-12-17]. Dostupné z: <https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/postnatal-depression-and-perinatal-mental-health/perinatal-ocd/#.Xfi3uGRKhPY>
8. MYDLILOVÁ, Anna, 2019. Edinburské skóre – dotazník, který pomůže posoudit poporodní deprese. *Kojeni.cz* [online]. Praha: Laktační Liga [cit. 2019-11-13]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/rady-navody/edinburske-skore-dotaznik-ktery-pomuze-posoudit-poporodni-deprese/>
9. PAŘÍZEK, Antonín et al., 2018. DIAGNOSTIKA A LÉČBA PERIPARTÁLNÍHO ŽIVOT OHROŽUJÍCÍHO KRVÁCENÍ: Doporučený postup. *Researchgate.net* [online]. Ceska gynekologie / Ceska lekarska spolecnost J. Ev. Purkyne [cit. 2019-12-12]. Dostupné z:

[https://www.researchgate.net/publication/325157627\\_DIAGNOSTIKA\\_A\\_LECBA\\_PERIPARTALNIHO\\_ZIVOT\\_OHROZUJICIHO\\_KRVACENI](https://www.researchgate.net/publication/325157627_DIAGNOSTIKA_A_LECBA_PERIPARTALNIHO_ZIVOT_OHROZUJICIHO_KRVACENI)

10. PRABHCHARAN, Gill, Patel ANJALI a James W. VAN HOOK, 2019. Uterine Atony. *Ncbi.nlm.nih.gov* [online]. [cit. 2019-12-06]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493238/>
11. STRÁDALOVÁ, Nela, 2015. Psychologický význam kojení. *OPsychologii.cz* [online]. [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <http://www.opsychologii.cz/clanek/204-psychologicky-vyznam-kojeni/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

- a. Arterie
- apod. A podobně
- č. Číslo
- et al Et alii (a kolektiv)
- event. Eventuelně
- g Gramy
- i. v. Intravenózní
- lat. Latinský název
- ml Mililitry
- např. Například
- popř. Popřípadě
- s. Strana
- tj. To je
- tzn. To znamená
- tzv. Tak zvaně

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1.: Involuce dělohy v období šestinedělí (zdroj: vlastní tvorba) .....13

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Osnova polostrukturovaného rozhovoru

## **PŘÍLOHA P I: OSNOVA POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU**

Úvodní slovo k rozhovoru:

Dobrý den, jmenuji se Kristýna Jalůvková a jsem studentkou třetího ročníku oboru porodní asistence na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Nyní zpracovávám bakalářskou práci na téma Prožívání období po porodu očima matek. Ráda bych Vás poprosila o Vás čas a poskytnutí rozhovoru. Tento rozhovor bude zcela anonymní a jeho záznam bude sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Nyní bych se Vás chtěla zeptat, zda souhlasíte s nahráváním rozhovoru?

Otázky k rozhovorům:

- Povězte mi prosím, jak jste prožívala těhotenství.
- Povězte mi prosím, jak jste prožívala porod.
- Popište prosím, jak jste prožívala období ihned po porodu.
- Popište mi prosím, jak u vás probíhalo poporodní období.
- Popište mi prosím Vaši zkušenost s kojením.
- Jaké to pro Vás bylo, když jste se stala matkou. Jak se cítíte jako matka nyní?
- Jaké jsou nyní vaše pocity po uplynutí šesti měsíců od porodu?
- Je něco, co byste chtěla ještě zmínit nebo doplnit?
- u multipar: Mohla byste porovnat nynější šestinedělí s Vaším předchozím šestinedělím?