

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

## **Bakalářská práce**

Marta Chalupová

Vliv poporodní deprese matky na emocionální vývoj dítěte  
do šesti let

Olomouc 2012

vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a zdrojů.

V Olomouci

.....

vlastnoruční podpis

**Poděkování:**

Děkuji PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a materiálových podkladů k práci. Pracovníci lékařské knihovny paní Nohejlové za pomoc a odbornou literaturu.

OBSAH	4
Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
<b>I EMOCE A EMOČNÍ PROŽÍVÁNÍ V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ A ŠESTINEDĚLÍ</b>	<b>8</b>
1 Emoce a jejich základní charakteristika	8
1.1 Složky emoce	9
1.2 Aktivace emoce	9
1.3 Diferenciace emocí	10
2 Deprese a další psychické poruchy	11
2.1 Deprese	11
2.1.1 Formy deprese	11
2.1.2 Symptomy deprese	12
2.1.3 Typy deprese	12
2.1.4 Léčba deprese	14
3 Těhotenství, porod, šestinedělí a změny v psychice ženy	16
3.1 Těhotenství	16
3.1.1 Psychické změny v těhotenství	16
3.1.2 Deprese v těhotenství a jejich příčiny	17
3.2 Porod a doby porodní	18
3.2.1 Partner u porodu	19
3.2.2 Psychické změny po porodu (baby blues, poporodní deprese, poporodní psychóza)	20
3.2.2.1 Léčba depresí v těhotenství a po porodu	24

3.3 Šestinedělí	24
3.3.1 Psychika ženy v šestinedělí	25
<b>II PSYCHICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE od 0 do 6 LET</b>	<b>26</b>
<b>1. Období novorozenecké</b>	<b>28</b>
1.1 Emoční vývoj	28
<b>2. Období kojenecké</b>	<b>29</b>
2.1 Rozvoj poznávacích procesů	29
2.2 Počátky řeči	30
2.3 Socializace	30
2.4 Emoční vývoj	31
<b>3. Období batolecí</b>	<b>32</b>
3.1 Vývoj motorických dovedností	32
3.2 Rozvoj poznávacích procesů	32
3.3 Rozvoj řeči	33
3.4 Rozvoj osobnosti	33
3.5 Socializace	33
3.6 Učení	34
3.7 Emoční vývoj	34
<b>4. Předškolní období od 3 do 6 let</b>	<b>36</b>
4.1 Motorické dovednosti	36
4.2 Socializace	36
4.3 Vrstevnické vztahy	37
4.4 Vývoj poznávacích procesů	37
4.5 Rozvoj řeči a myšlení	38
4.6 Způsoby emočního prožívání, druhy citů	38

PRAKTICKÁ ČÁST	41
1. Stanovení cílů a hypotéz	41
2. Popis metody	42
3. Popis vzorku	42
4. Kasuistiky	43
5. Přehled šetření	65
6. Výsledky a hodnocení šetření	73
7. Diskuze	75
Závěr	76
Seznam užití literatury	77
Internetové odkazy	80
Seznam tabulek a grafů	81
Anotace	83
Přílohy	

## ÚVOD

Nejdůležitější a nejdelší rolí v životě ženy je zpravidla mateřství. Je to výsada, kterou získaly právě a jen ženy, aby přiváděly na svět nové potomky a byly jim hlavní oporou, která uspokojuje nejen jejich životně důležité biologické potřeby, ale především dává dětem pocit bezpečí, opory a lásky. Snad každá maminka se na své děťátko těší a příroda chytře zařídila, že po dobu devíti měsíců je dítě bezpečně chráněno v matčině lůně, dokud nepřijde čas jeho příchodu na svět. Je to doba dostatečně dlouhá na to, aby se dítě vyvinulo nejen po stránce fyzické, ale i duševní a vznikla správná vazba mezi matkou a dítětem po zázraku početí. Může se však vloudit chyba a maminka po porodu neobstojí v boji a je smetena lavinou nežádoucích pocitů vyvolaných hormonální bouří, která neúprosně útočí na její tělesnou i duševní stránku. Zjišťuje, že namísto pocitů radosti přicházejí pochybnosti, jestli je hodna být dobrou matkou, jestli skutečně nastal ten správný čas. Tento stav může vyústit až v apatii, poruchy spánku, nechutenství, neschopnost se postarat o své dítě i o sebe sama. Pak je tedy čas vyhledat odbornou lékařskou pomoc, nejedná se totiž o běžný poporodní stav, ale o psychickou poruchu zvanou poporodní deprese.

Protože jsem žena a matka v jedné osobě, o to více mě tato problematika oslovila a zvolila jsem si příznačné téma bakalářské práce: „Vliv poporodní deprese na emocionální vývoj dítěte do 6 let“. Je to téma, kterému se nepřikládá taková důležitost, jakou by si zasloužilo, a novopečené maminky se dostávají do situací, kterým by se dalo větší informovaností alespoň částečně zabránit.

Má práce je rozdělena na dva oddíly. První oddíl je zaměřený na objasnění daného tématu s vyložением pojmového aparátu.

V druhém oddílu, zaměřeném na praktickou část, jsem se zaměřila na pozorování předem vytypovaných dětí při činnostech, komunikaci, řešení problémů a jednání, při kontaktu s ostatními dětmi.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda psychické problémy matky během těhotenství, bezprostředně po porodu nebo i v delších časových odstupech a to v šestinedělí nebo půl roku po porodu, mohou mít dopad na jednání, chování, postoje a emocionální vývoj jejích dětí. Dále je porovnat s dětmi matek, které se s nově vzniklou rolí matky, dokázaly samy bez závažnějších obtíží vypořádat.

## **I EMOCE A EMOČNÍ PROŽÍVÁNÍ V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ A ŠESTINEDĚLÍ**

### **1 EMOCE A JEJICH ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA**

Jednu, a to zvláštní kategorii, kterou zahrnují psychologické jevy, tvoří emoce, city, uvádí Nakonečný (1997). Emoce nebo city jsou způsoby prožívání, jejichž obsahy vyjadřují slova jako radost, lítost, smutek nebo hněv. Tyto prožitky nelze správně vyjádřit slovy, proto je nelze ani správně definovat. Pojem emoce se užívá: 1. k vyjádření celkového stavu, který je doprovázen určitými motorickými i žláзовými činnostmi, 2. k vyjádření celkového chování organismu s dominancí viscerálních komponentů, které jsou určovány autonomním nervovým systémem. Můžeme říci, že pojem emoce zahrnuje jednak stav prožívání a současně fyziologické změny, které proběhnou v organismu. Tyto obě složky, jak prožitková, tak fyziologická, vytváří jeden celek.

Emoce bývají vymezovány v psychologii velmi různě. Plháková uvádí, že původ slova emoce pochází z latinského „emovere“ neboli vzrušovat. Hrají velmi důležitou roli v životě člověka, jsou tvořeny emocionálními subjektivní prožitky, vnějšími projevy, chováním a fyziologickými projevy (Plháková, 2004).

Podle Vacínové (1995) jsou emoce duševními procesy, které se odehrávají v člověku a jsou výsledkem prožitku z poznané skutečnosti. Tyto děje nejsou konstantní, ale mění se změnou skutečnosti a stávají se i příčinou změn v organismu. Tyto projevy mohou být patrné u člověka v jeho výrazu, zčervenání, má vyděšený pohled, potí se, chvěje, mění se mu hlas, a pod. Navenek jsou však projevy citů u lidí rozdílné. Někteří je projevují otevřeně, zatímco druzí dokáží své pocity natolik ovládnout, že nelze z jejich výrazu citové vzplanutí rozpoznat.

Emoce jsou komplexní jevy, které jsou charakteristické svojí citlivostí, proměnlivostí, a jsou závislé na subjektivním a okamžitým hodnocení situace. V jedné situaci může být emoce vyvolána, ale v jiné se stejným typickým průběhem, nikoliv. Například při oblíbené



dětské hře, když na nás někdo „vybafne“, málokdy se lekne. Pokud se stejná situace odehraje bez varování, naše reakce může být různá podle našeho aktuálního stavu, můžeme se skutečně leknout a následně pocítit úlevu nebo radost nebo se rozzlobíme (Stuchlíková, 2002).

U emocí můžeme také rozlišovat jde-li o zážitek příjemný jako třeba orgasmus, který je pocitem intenzivní slasti nebo zážitek nepříjemný, který se často také vyznačuje velkou intenzitou, ale má opačný efekt, jako třeba bolest zubů. Můžeme hovořit o tom, která z těchto složek a jak ovlivňují náš organismus a naše chování. Mají totiž evolutivní smysl, udržují organismus v optimálním stavu. To znamená - konáme to, co je nám příjemné a prospěšné a naopak vyhýbáme se vlivům škodlivým. V prožívání emocí sehrává důležitou roli kontrast mezi těmito dvěma druhy pocitů. Některé libé či nelibé pocity jsou intenzivnější jen proto, že nastal kontrastní stav se stavem předchozím. Např. pocit štěstí z úspěchu bude o to větší, čím větší bude naše vynaložené úsilí k dosažení určitého cíle (Nakonečný, 1997).

Jedním z důležitých znaků emocí je jejich spontánnost. Vystupují nechtěně, jejich původ je zcela spontánní a jsou reakcí, odezvou. Dále uvádí, že můžeme odpoutat pozornost od určitého objektu, záměrně určité představy vyvolat, přerušit nebo započít myšlení. Nemůžeme však záměrně emoce vyvolávat, ani se od nich distancovat, protože některé z nich mají na nás silný vliv, jako např. úzkost (Nakonečný, 1997).

## 1.1 SLOŽKY EMOCE

Podle Plhákové (2004) se emoce skládají ze tří složek, kterými jsou subjektivní emocionální prožitky, výrazové chování a fyziologické změny. Emocionální prožitky, city a pocity zahrnují ještě další dvě složky, a to bezděčný mimický výraz a odpovídající fyziologické děje. Mimovolným a bezděčným projevem emocí je expresivní neboli výrazové chování. Jedním z těchto projevů je pláč, který je projevem lítosti nebo smutku a projevuje se zvýšenou mimikou obličejových svalů. Třetí složku tvoří fyziologické změny, které nastanou v důsledku zvýšené produkce hormonů a činností nervového systému.

## 1.2 AKTIVACE EMOCE

Pokud se dostane člověk do situace, která v něm vyvolá pocity strachu nebo hněvu, uvědomuje si i změnu, současně nastávající v jeho organismu. Má zrychlený dech, potí se,

nemůže polykat, chvěje se, zvýší se svalové napětí. Tyto změny nastávají v organismu při aktivaci nervového systému a při zvýšené produkci hormonů. Většina je způsobena aktivací sympatického nervového systému (Plháková, 2004).

W.B. Canon zkoumal vztahy mezi emocemi a činností vegetativní soustavy. Hovoří o tzv. alarmové reakci, kdy se tělo na základě negativních emocí a aktivací poplachového systému, který tvoří sympatická část, dokáže připravit na zvýšenou aktivitu, třeba na útěk. Je to složitá řetězová reakce, která způsobí dočasné změny v organismu (Nakonečný, 1997)

Parasympatický oddíl má v podstatě opačný úkol než sympatická část. Slouží k obnově a uvedení organismu do původního stavu (Plháková, 2008).

### 1.3 DIFERENCIACE EMOCÍ

U novorozence jsou patrné jen určité úrovně vzrušení, a to libost nebo nelibost. Teprve později můžeme pozorovat vztek jako projev neschopnosti při překonávání překážky a strach z nových a neznámých předmětů. U dospívajících a dospělých jedinců je emocionální život obsahově bohatší (Nekonečný, 1997)

V devadesátých letech proběhl experiment, který měl odhalit, jestli různé emoce mohou vyvolat i různé fyziologické vzorce a změny u člověka. Pokusné osoby měly za úkol předvést dle pokynů určitý emoční výraz a setrvat po dobu deseti sekund. Výzkumníci v tomto čase měřili jejich teplotu kůže, srdeční frekvenci a další znaky autonomní aktivity. Zkoumaných emocí bylo šest: strach, vztek, smutek, štěstí, znechucení, údiv. Bylo odhaleno celá řada rozdílů mezi těmito emocemi. Na zvýšení srdečního rytmu se podílely emoce strachu, vzteku, a smutku. Přestože se zrychlil srdeční rytmus i u emocí štěstí, znechucení a údivu, byly hodnoty naměřeny nižší než u prvních třech emocí. Naměřená teplota se ukázala nižší v případě emocí smutku a strachu. U vzteku byla zaznamenána teplota vyšší. Přestože má na nás vztek nebo emoce štěstí z pohledu na milovanou osobu stejný účinek a zvýší se nám srdeční rytmus, nejde o totéž. V případě vzteku se zrychlí srdeční frekvence podstatně více. Tuto důkazní studii provedli Levenson, Friesen a Ekman (Atkinson, 2003).

Na základě pozorování výrazů emocí dospěl americký psycholog Silan Tonkins k závěru, že přes veliké množství výrazových projevů, existuje u člověka devět vrozených primárních emocí, které provází určité výrazové projevy. Patří sem strach, trýzeň (úzkost), hněv, zahanbení, překvapení, zájem, radost, odpor a hnus k nelibým pachům (Plháková, 2004).

## 2 DEPRESE A DALŠÍ PSYCHICKÉ PORUCHY

### 2.1 DEPRESE

To, že máme někdy pokleslou náladu, je naprosto normální. Tento stav v nás může vyvolat i běžná situace, jejíž průběh nás zaskočil. Někdo se na nás zamračí, i když nemá důvod, ujede nám autobus, na který jsme tolik pospíchali, nestihneme, co jsme si plánovali apod. Pokles naší nálady však netrvá dlouho a odezní. Mezi další naše reakce patří smutek. Reagujeme tak většinou na ztrátu blízké osoby, kterou nám už nic nevrátí. Můžeme být smutní i několik měsíců, ale dokážeme plnit běžné povinnosti doma, chodit do práce. Nejde tedy o depresi. Ta může teprve na smutek navázat. Dokáže nás ochromit natolik, že nejsme schopni správně fungovat. Deprese o nás prozradí, že se neumíme se ztrátou vyrovnat (Praško, 2009)

Stuchlíková uvádí, pokud lidé mluví o tom, že „mají depresi“, může jít o dvě zcela rozdílné věci. Buď se jedná o normální depresivní epizodu, která je aktivována konkrétní situací nebo událostí, v běžném životě nebo může jít o depresi klinickou. Tyto deprese jsou chronické, velmi kruté a někdy nelze zjistit, co je vyvolalo. Jejich léčba je nutná. (Stuchlíková, 2002).

#### 2.1.1. PŘÍČINY DEPRESE

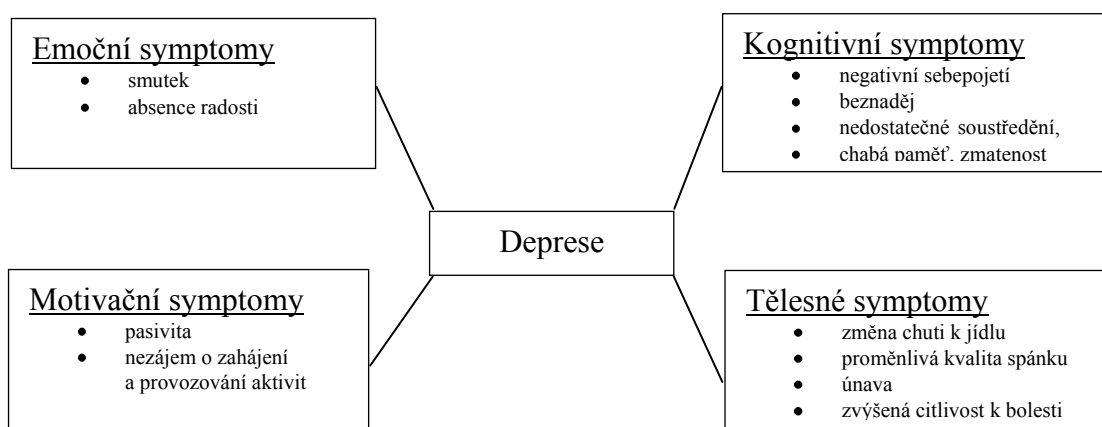
Je to soubor faktorů, které se na její aktivaci podílejí. Deprese je vyvolána jednotlivými faktory nebo jejich kombinací.

1. *Dědičné dispozice* - dědí se určitá vložka k onemocnění depresí.
2. *Vlivy výchovy* - přísná výchova, ztráta důležité osoby v dětství, zanedbávání nebo naopak rozmazlování.
3. *Životní události* - příliš mnoho změn v krátkém čase, ztráta blízké osoby, změna role např. příchod nového člena rodiny, změna zaměstnání.
4. *Biochemické pochody* v mozku - nedostatek látek (serotoninu, dopaminu a noradrenalinu) na nervových zakončeních v mozku.
5. *Psychologické vlivy* - depresivní bývají lidé s nedostatkem sebevědomí, nedostatečného asertivního chování nebo lidé se sklony k sebepodceňování, kteří potřebují uznání od druhých.

6. *Alkohol, drogy, léky* - jejich nadměrné užívání v případě léčby vysokého krevního tlaku nebo podávání hormonu prednisonu při léčbě tělesných onemocnění, mohou léky vyvolat nežádoucí účinky v podobě deprese.
7. *Mezilidské vztahy* - často řešíme nepříjemné situace v kruhu rodiny nebo na pracovišti. Musíme se vyrovnat se ztrátou blízkého člověka, řešíme neshody s partnerem nebo dětmi, změny v životě, jako svatba, rozvod, ztráta zaměstnání, narození dítěte. Patří sem i osamělost a izolace od společnosti (Praško, 2009)

### 2.1.2 SYMPTOMY DEPRESE

Atkinson (2003) uvádí čtyři skupiny symptomů, které se vyskytují u člověka, trpí-li depresí. Patří sem symptomy emoční, kognitivní, tělesné a motivační. Nemusí se vyskytovat všechny současně a ve stejné intenzitě, ale pokud ano, můžeme diagnostikovat depresi s větší jistotou.



Tabulka 1 Symptomy deprese (Atkinson, 2003, s. 540).

### 2.1.3. TYPY DEPRESE

*Depresivní epizoda* - v životě se může dostavit buď pouze jednou nebo opakovaně. Může se objevit bez zjevné příčiny nebo je důsledkem sledu událostí, popř. je vyvolána jednou konkrétní událostí. Mezi důležité příznaky patří ztráta zájmů nebo radosti, depresivní nálada. K druhotným znakům řadíme změny hmotnosti v důsledku poruch přijímání potravy, vysokou nebo sníženou aktivitu, únavu a ztrátu energie. Dále poruchy spánku, nesoustředěnost, někdy i myšlenky na sebevraždu.

*Dystimie* - patří mezi méně závažné typy deprese, avšak mají delší trvání, někdy až několik let. Pacienti se cítí unavení a střídají se normální nálady se stavy lehké deprese.

*Maniodepresivní porucha* - většina depresí se projevuje bez manických epizod. Pokud jedinec prožívá stavy, kdy se u něho střídají stavy deprese i mánie, hovoříme o maniodepresivní poruše. Asi 2% dospělé populace prožívají epizody obě. U některých jedinců se tyto často a rychle střídají s velmi krátkým návratem k normalitě (Atkinson, 2001).

Podle Carterové přesná příčina této poruchy není známa, ale můžeme se domnívat, že je výsledkem působení několika faktorů. Patří sem faktory genetické, biochemické a vnějšího prostředí. Větší pravděpodobnost, že jedinec bude touto poruchou postížen, je v případě, vyskytla-li se bipolární porucha u někoho ze členů rodiny. Vliv genů zde má významnou úlohu. Dále pak stav hladiny neuropřenašečů v mozku, např. dopaminu, serotoninu nebo noradrenalinu. Ke spouštěcím faktorům můžeme počítat i vlivy okolního prostředí, třeba velké životní události, působící jako stresory (Carterová, 2010)

Délku průběhu období mánie a deprese, které se zpravidla střídají, nelze předvídat. Pokud zrovna jedinec neprožívá ani jednu z uvedených epizod, jeho chování i nálada jsou normální. Ve fázi deprese však trpí často poruchami spánku, dostávají se pocity beznaděje, problémy s chutí k jídlu, vyčerpání, ztráta sebevědomí a někdy i pokus o sebevraždu.

Podle Malé se mánie projevuje nepřiměřenou, rozjařenou náladou, která neodpovídá okolnostem. Dále pak nadměrnou aktivitou, velikášstvím a někdy nepříliš vhodným společenským vystupováním. Manický syndrom vyvolává motorický neklid, rychlé myšlenkové pochody, nadměrnou hovornost a neodpovědné chování – jako je flámování, utrácení, zvýšená sexuální aktivita. Jedinec má i sníženou potřebu přísunu potravy a spánku. Výskyt manických epizod bez deprese je velmi vzácný, většinou se jedná o poruchu bipolární. Nejčastěji jde o poruchu depresivní, periodickou (Malá, 2002)

*Sezónní afektivní porucha* - projeví se zpravidla únavou, nadměrnou spavostí, úbytkem energie, a to především v zimních a podzimních měsících. Je spojena s konzumací uhlohydrátů.

*Reaktivní porucha nálady* - dochází k ní po akutním těžkém stresu nebo po déle trvajících nepříznivých okolnostech. Zpravidla je spojována se ztrátou blízké osoby, zaměstnání, neschopností otěhotnět, rozchodem s partnerem. Je aktivována okamžitě po stresující události.

*Smíšená úzkostně-depresivní porucha* - bývá často podceňována. Probíhá střídáním stavů s příznaky úzkosti se stavy, které mají příznaky deprese. Nejsou však tak hluboké jako skutečné stavy deprese a úzkosti.

*Poporodní deprese* - jsou následkem porodu a dostavují se v různých časových odstupech. Uvádí se, že mohou nastat dva týdny a někdy až půl roku po porodu. Jsou někdy velmi silné, matka má smutnou náladu, je vyčerpaná, podrážděná a bez pomoci se není schopna postarat o sebe, ani o dítě. Je nutná okamžitá léčba, jejíž způsoby se volí podle závažnosti onemocnění.

*Deprese ve vyšším věku* - často se u starších lidí dostavují současně s tělesným onemocněním nebo jsou reakcí na ztrátu partnera (úmrtí) nebo na ztrátu zdraví. Dále změnou rolí (odchodem do důchodu, do domova důchodců a pod.) (Praško, 2009), (Malá, 2002).

*Psychózy* - patří také k duševním onemocněním. Jsou to stavy, kdy nemocný ztrácí vztah se skutečností a jemu blízkými osobami. Takto postižený si není však vědom, že trpí právě touto chorobou, zpravidla si vytváří svůj vlastní svět, a tak se izoluje od skutečnosti. Psychózy dělíme na exogenní, jejichž příčinou je poškození mozku, a to v důsledku kornatění cév nebo alkoholismu, a na endogenní, o jejichž příčinách panuje nejednotný názor. Mezi endogenní psychózy řadíme např. schizofrenii, paranoiu, maniodepresivní psychózu (Schmitbauer, 1991), (Sillamy, 2001).

#### 2.1.4 LÉČBA DEPRESE

Samotná léčba probíhá několika způsoby. Při podávání psychofarmak se jedná o antidepresiva, thymoprofylaktika, antipsychotika. Má-li deprese slabší průběh, můžeme využít psychoterapii. V konkrétních případech lze využít tzv. elektrokonvulzivní terapii, někdy může tato metoda upravit stav jedince již během 1-2 týdnů. Většinou je však léčba dlouhodobou záležitostí a výsledky se dostaví až po několika týdnech nebo i měsících.

Mnohdy musí pacient užívat psychofarmaka po celý život, aby se zabránilo dalšímu ataku choroby (Carterová, 2010)

Další způsob léčby je tzv. fototerapie. Jde o léčbu prostřednictvím intenzivního světla, kterému je jedinec záměrně vystaven. Intenzita světla je od 2500-10000 luxů. Podle intenzity je aplikováno půl hodiny až hodinu. Využívá se u pacientů se sezónními poruchami nálad. Kognitivně behaviorální terapie, je účinná v případě lehké a středně těžké deprese. Člověk se učí své negativní myšlenky a postoje měnit v adaptivní. Učí se i těmto stavům vhodným způsobem předcházet. Doporučená je celá řada postupů, které zahrnují plánování aktivit, umění relaxovat, správně komunikovat, řešit problémy, být asertivní apod. Léčba bývá velmi přínosná (Praško, 2009)

## 3 TĚHOTENSTVÍ, POROD A ŠESTINEDĚLÍ

### 3.1 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství můžeme považovat za jeden z nejdůležitějších a nejzodpovědnějších kroků v životě ženy, mnohé popisují toto období jako obrovskou a vzrušující zkušenost, která nemá srovnání. Psychologové tvrdí, že žena právě v době těhotenství nachází opravdový smysl života (Chmel, 2004).

Hned po oplodnění ženského vajíčka mužskou spermií začínají probíhat v těle matky obrovské fyziologické změny, které se týkají nejen jejího organismu, ale i samotného vyvíjejícího se plodu. Změny nastávají i v psychice ženy, a je tedy důležitá nejen zdravotní péče, ale i informovanost a uvědomělost budoucí matky. Sama včas dokáže odhalit blížící se problém nebo bude vědět, kam se může obrátit (Pařízek, 2005).

#### 3.1.1 PSYCHICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ

Ať je či není těhotenství plánované, nastávají změny mezilidských vztahů mezi členy rodiny a především mezi partnery, budoucími rodiči. Žena, budoucí matka, se musí smířit se svou novou rolí. Učí se sama o sebe postarat a musí se i naučit přijímat pozornost a péči od ostatních. Během těhotenství si vytváří a rozvíjí vztah k očekávanému dítěti. Velké emocionální změny u ní nastávají v důsledku výživy a ochrany plodu. Žena je někdy v prvním trimestru díky vysoké hladině hormonů psychicky labilní. Oba partneři stále řeší otázku, jestli jsou dostatečně připraveni a nastal-li ten správný čas.

V období druhého trimestru se zvětšuje plod i děloha a matce se zvětšuje břicho. Má možnost pozorovat a slyšet tlukot srdce při vyšetření ultrazvukem, překonává dřívější obavy a začíná ji těšit představa, že bude matkou. Snaží se vybírat co nejvhodnější stravu pro sebe a dítě. Představuje si, jak bude její dítě vypadat, jaké bude mít pohlaví a je si jista jeho výjimečností. Díky fyzickým změnám si může žena připadat neatraktivní a tím se někdy mění i sexuální vztah mezi partnery.

Ve třetím trimestru je žena zranitelná, citlivá, protože si uvědomuje svoje viditelné fyzické změny. Cítí se být nemilovaná a přitom závislá na partnerovi. Uvědomuje si blížící se konec těhotenství, a proto se snaží vše připravit na příchod miminka. Kupuje oblečení, vybavení a postupně si začíná zvykat na pocit „budu matkou“. Partneři mají možnost



navštěvovat kurzy, kde se připravují k porodu. Žena právě v tomto období potřebuje nejvíce lásky, porozumění a opory (Leifer, 2004).

Americký lékař T. Verny se zabývá problematikou vlivu emocionálního prožívání těhotné ženy na dosud nenarozené dítě. Podle něho těhotné ženy, které jsou ve stresu, porodí pravděpodobně dítě, které bude náchylnější k poruchám chování. Tyto ženy přivádějí na svět děti nedonošené, hyperaktivní, trpící kolikou, děti s nízkou porodní váhou a vyšší dráždivostí. Je to způsobeno hormony, které se uvolňují prostřednictvím stresu matky, projdou placentou a ovlivňují nejen fyziologický vývoj dítěte. Proto je velmi důležité, aby žena byla v dobré psychické kondici a na dítě se těšila. Úzce s tím souvisí i harmonické vztahy partnerů (Verny, 2009 – zdroj internet)

### 3.1.2 DEPRESE V TĚHOTENSTVÍ A JEJICH PŘÍČINY

Praktický lékař, gynekolog, později porodník, se často setkávají s objevením nebo se zhoršením psychických problémů u těhotných žen. Seiferová uvádí, že léčba v těhotenství je právě o to náročnější, neboť se jedná o zdraví matky, ale i dítěte. Ani období šestinedělí nelze zvažovat samostatně, ale ve všech spojitostech. Především je nutné zhodnotit, jak proběhlo těhotenství, jestli se během něho nebo po porodu nevyškytly u pacientky psychické potíže, popř. jestli se nezhoršily potíže stávající.

Výskyt deprese je stejný u žen ne gravidních i těhotných a projevuje se v 10-25%. Relaps této poruchy v graviditě značně zvyšuje riziko výskytu nežádoucích poporodních komplikací. Hrozí, že se vyskytne u ženy po porodu jako poporodní deprese. Je zde i pravděpodobnost, že se matka nebude dostatečně o dítě starat. Rizikovými faktory jsou:

- předchozí anamnéza depresivní poruchy
- mladší věk
- osamělost a větší počet dětí
- slabá sociální podpora
- konflikty mezi manžely
- ambivalentní pocity ohledně gravidity

Ve studii souboru 201 žen, které měly anamnézu deprese, došlo v době těhotenství u 43% z nich k jejímu k opětovnému vypuknutí. Právě porucha v graviditě má za následek menší porodní váhu a vyšší dráždivost dítěte, popř. předčasný porod (Seifertová, 2009)

### 3.2 POROD A DOBY PORODNÍ

Těhotenství končí porodem a ten začíná tehdy, je-li plod dostatečně zralý na to, aby byl schopen samostatně žít po opuštění matčina lůna. Zpravidla to bývá mezi 38 až 40 týdnem po posledním matčině menstruačním cyklu. Porod začíná pravidelnými stahy svaloviny. Žena je pociťuje již dříve, ale čím více se blíží doba porodu, tím nabývají na intenzitě. Pokud přestávky mezi stahy trvají 15 – 30 minut, nastává porod. Žena může pociťovat bolest v oblasti kříže a současně i tlak v podbříšku. S blížícím se porodem odchází z těla matky, a to platí hlavně u prvorodiček, tzv. hlenová zátka, která chránila dělohu. Začíná odtékat část plodové vody, což je čirá tekutina podobná moči. Následně pak klesá hlavička plodu do spodní části děložního hrdla. Zbývající část plodové vody je stále zadržována v plodovém vejci a odtéká pozvolně (Leifer, 2004).

#### DOBY PORODNÍ

Uvádějí se tři a v některých publikacích čtyři doby porodní. *První doba porodní* trvá 10 až 12 hodin u prvorodiček a u žen, které rodily vícekrát, 6 až 8 hodin, uvádí MUDr. Pařízek. Děložní branka se postupně rozšiřuje, jakmile je její průměr 3 – 4 cm, zbývá již do jejího úplného rozvinutí asi 3 – 4 hodiny. Plod je stočen do klubička, hlavičku má volně pohyblivou. Pak hovoříme o spirálním pohybu, kdy je dítě stahy dělohy postupně vytlačováno přes branku dělohy a pánev rodičky. Vytlačování a správné rotace hlavičky závisí na poloze plodu (Pařízek, 2005).

*Druhá doba porodní* nazývaná také vypuzovací, začíná úplným otevřením děložního hradla až na 10 cm a trvá v rozmezí 30 minut až 1 hodinu. Žena pociťuje velmi silné kontrakce po dvou až třech minutách, ale současně zapojuje i břišní svaly a urychluje tak porod. Při sestupu plodu dochází k tlaku na rektum a rodička má nutkání při kontrakcích tlačit. Musí se však kontrolovat správná rotace hlavičky aby nedošlo k poranění rodičky nebo dalším komplikacím (Pařízek, 2005, Leifer, 2004).

*Třetí doba porodní* (doba k lůžku) trvá asi 5 – 10 minut, ale i déle. Tato doba začíná porodem dítěte a vypuzením placenty. Provádí se přestřížení pupeční šňůry a ošetření pahýlu u dítěte, který vznikne oddělením. Pak se dítě ošetří, pouze otře, odsají se mu zbytky plodové

vody z nosu a úst. Zhodnotí se jeho zdravotní stav a dítěátko se položí matce na břicho. Než je placenta vyloučena z těla matky, nastávají děložní stahy, které napomáhají oddělení placenty od děložní stěny. Tento proces je podporován krvácením z otevřených cév, kdy se vytváří krevní výron a následně je placenta vypuzena do pochvy a odsud po vytlačení odchází z těla matky. Musí být řádně prohlédnuta, aby nezůstaly v děloze její části. Rodidla matky jsou prohlédnuta a ošetřena (Pařízek, 2005).

Autorka Leifer uvádí ještě *čtvrtou dobu porodní* (bezprostřední poporodní zotavování), kdy je dvě hodiny po porodu placenty žena stále ještě sledována na porodním sále, z důvodu okamžitého zásahu v případě výskytu nežádoucích zdravotních komplikací. Protože se smršťuje děloha do podoby před těhotenstvím, může žena pociťovat někdy i velmi silné bolesti tzv. poporodní křeče (Leifer, 2004).

Rodička je zpravidla v kontaktu se svým partnerem a také jsou průběžně monitorovány její základní životní funkce, a to teplota, tlak a tepová frekvence. O čtvrté době porodní hovoří Peschout jako o téměř nejdůležitější fázi porodu jak z hlediska medicínského, tak i společenského. U ženy může nastat krvácení a někdy dochází k výměně novorozenců (Peschout, 2007 – internet. zdroj).

### 3.2.1 PARTNER U PORODU

Pokud chce žena sdílet porod se svým partnerem, je vhodné, aby společně navštěvovali přípravné kurzy pro budoucí otce, kde se dozví řadu užitečných informací nejen o těhotenství, ale i o průběhu porodu. Učí se zde, jak pomáhat ženě relaxovat, správně dýchat apod. Také jsou zde muži připravováni jak společně s partnerkou zvládat její nové pocity a změny nálad v období šestinedělí, vyvolané hormonálními změnami. (Pařízek, 2009)

V 70. letech poprvé na konferenci Americké společnosti ženských lékařů byla vyslovena právě myšlenka týkající se přítomnosti partnera rodičky u porodu. Později došlo i k její realizaci v praxi. Nejprve v USA, a později i v Evropě, kde hlavními propagátory byli francouzští porodníci. Zpočátku nastaly obavy s možností zanesení infekce prostřednictvím partnerů rodiček, kteří přichází na porodní sál. Po zavedení instruktáží, které byly prováděny u partnerů ještě před porodem, se rizika vyloučila. V 80. letech minulého století se začaly porody za přítomnosti otce realizovat i v České republice. Tato metoda se ukázala jako přínosná. Znamenala příznivý dopad na ženinu psychiku, na upevnění vztahu mezi partnery a značně snížila délku trvání vlastního porodu (Trča, 2004).

### 3.2.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY PO PORODU

Po porodu dochází u žen k velkým hormonálním změnám, které mají na psychiku ženy velmi silný vliv. Stane-li se žena novopečenou matkou, bývá zpravidla šťastná, ale ocitá se ve zcela nové situaci. Nejenže má problémy sama se sebou, ale s příchodem dítěte zastává novou roli a přebírá za něho velkou zodpovědnost. Je lehce zranitelná, lítostivá, labilnější, často pláče a to i bezdůvodně. Pokud se připojí i problémy s kojením, může to u ní vyvolat pocit neschopnosti nebo strachu, je-li vůbec schopna se o dítě správně postarat. Mohou také přetrvávat traumatické nebo nepříjemné zážitky z porodu. Obvykle ženě pomůže, může-li se o ně s někým podělit. Může to být jiná matka, někdo blízký nebo zdravotní setra z oddělení (Chmel, 2004).

V souvislosti s poklesem hladiny hormonu progesteronu a estrogenu pod původní hodnoty před těhotenstvím, se musí ženský organismus těmto změnám přizpůsobit. Je však individuální, jak se každá žena dokáže s tímto procesem vyrovnat. Následně se začínají vytvářet další dva druhy hormonů prolaktin a oxytocin, důležité pro správné zavinování dělohy a tvorby mateřského mléka. Při porodu mohlo dojít také ke značné ztrátě krve, popř. nastaly i jiné komplikace – to všechno působí na psychiku ženy. Tento stav označujeme za jiný nebo výjimečný (Pařízek, 2005).

Leifer tyto stavy hodnotí jako poruchy nálad a řadí je k běžným poporodním jevům, kdy se matka zpočátku cítí sklesle. Náladou, rozumíme déletrvající období s určitým emocionálním laděním, které ovlivňuje pohled na svět. Jakmile však dojde k adaptaci na změny po přijetí mateřské role a odezní emoční výkyvy, nachází žena znovu radost ze života a pocit štěstí.

Pokud však výkyvy nálad neodezní a přidávají se pocity beznaděje, nezájem o narozené dítě, netečnost až lenivost, poruchy spánku, strach z volného prostranství, může se jednat o vážné duševní poruchy, a to jsou poporodní blues, laktační poporodní psychóza, poporodní deprese (Chmel, 2004, Leifer, 2004).

#### POPORODNÍ BLUES

Tento termín nazýváme česky „poporodní splín“. Ještě donedávna byl tabuizován a považován za ženský výmysl. Je prokázáno, že kolem třetího dne po porodu si téměř všechny ženy projdou obdobím, kdy pociťují vedle pocitu velkého štěstí i pocit deprimovanosti, často pláčí, jsou přecitlivělé a podrážděné. Způsobují to nejen fyzické

a hormonální změny v těhotenství a po porodu, ale vše se odvíjí od psychického stavu ženy samotné (Pařízek, 2004).

Roztočil uvádí, že postihuje okolo 70% rodiček, projevuje se dočasně plačtivostí, psychickou labilitou, problémy s komunikací s okolím, ztrátou sebedůvěry a poruchami spánku. Žena pocítuje negativní pocity ve svém postoji k dítěti. Tyto příznaky odeznívají kolem 10. dne po porodu, ale mohou se i vracet. Těmto stavům je možné částečně předcházet správnou předporodní přípravou, přístupem ze strany odborného personálu, ale i blízkých osob (Roztočil, 2004 – zdroj internet).

Častěji se objevuje u prvorodiček a u žen, které trpěly před porodem tzv. premenstruálním syndromem. Jedná se o krátkodobou změnu, kterou vyvolává prudký pokles hladiny estrogenu a progesteronu. Tato změna je pro ženu neškodná a postupně odezní (Praško J., Prašková H., Prašková J., 2003).

#### POPORODNÍ DEPRESE

Nicolson píše, že stane-li se žena matkou, má to vliv na její život. Ten je ovlivněn jak po stránce fyzické, tak i citové, společenské, ale i ekonomické. Způsob, jakým je žena ovlivněna, zasažena mateřstvím, se odráží do života jejího dítěte, rodiny a přátel. Existuje spousta názorů, co všechno by měla žena vykonávat a zvládat, chce-li zastávat roli správné matky. Pokud se však této úlohy v péči o své dítě správně nezhostí, je to označováno jako poporodní deprese (Nicolson, 2001).

Tento stav postihuje asi 10% nedělek a projevuje se v lehčí nebo závažné formě. V druhém případě může mít žena sebevražedné sklony. Většinou se příznaky deprese projeví kolem 4. a 6. týdne po porodu. Někdy však i během těhotenství nebo do jednoho roku po jeho ukončení. Nemusí jít o těhotenství běžné, ale o předčasný porod, spontánní potrat, nebo mimoděložní těhotenství (Roztočil, 2004).

Roztočil také vyhodnotil několik rizikových psychologických faktorů, které bývají příčinou vzniku poporodní deprese:

- nižší věk než 20 let,
- svobodná,
- se zdravotním handicapem,
- rodička z vícečlenné rodiny, šesti a více sourozenců,
- dětství v neúplné rodině,

- vztah s rodiči nejen v dětství, ale i v dospělosti,
- problémový vztah s otcem dítěte,
- nedokončené ani základní vzdělání,
- nízké sebevědomí, emoční problémy dříve i v současnosti,

(Roztočil, 2004).

Mezi faktory biologické řadí Praško depresivní epizody, které se objevily po předešlém porodu a u následujícího porodu se v 52-62 % případech opět rozvinou, dále pak epizoda deprese, která proběhla u ženy dříve, nyní u 30% z nich po porodu znovu propukne. Větší riziko nastává i v případě, že se depresivní porucha vyskytla i u někoho z pokrevních příbuzných (Kennedy, 2001), (Praško, 2002).

Mezi příznaky jsou zahrnuty tyto převládající pocity:

- insuficience
- nerozhodnost,
- úzkosti,
- strach ze samoty,
- bezmoci,
- beznaděje,
- katastrofické obavy z budoucnosti,
- ztráty zájmů,
- poruchy příjmu potravy.

U žen se dostavuje pocit, že dítě nechtějí, nemohou a nedokážou je milovat. S tím souvisí i pokles pravidelné schopnosti postarat se o dítě (Seifertová, 2009).

Nejvyšší výskyt tohoto typu deprese byl prokázán u adolescentních matek. Zvažuje se několik příčin, zejména biologický faktor a poruchy denních rytmů ve fázi, kdy probíhají náhlé hormonální změny. V období před nebo po porodu se mohou objevit i psychosociální stresy (Praško J., Prašková H., Prašková J., 2005).

Ženy s anamnézou poporodní deprese patří do rizikové skupiny žen, u kterých můžou propuknout opakované epizody v budoucím těhotenství. Poradenství v oblasti plánovaného rodičovství může pomoci ženě těhotenství načasovat, aby proběhlo v období, kdy na ženu působí méně stresových faktorů přispívajících k depresi. Autorka pokračuje a hovoří o předběžných údajích, které přináší důkazy o přínosu péče ze strany poporodních asistentek.

Bylo zjištěno, že jejich pohotový přístup v rámci domácích kontrol rodiček propuštěných časné z nemocnice, zřejmě snižuje riziko poporodní deprese (Miller, 2002)

Janáčková hovoří o možnosti prevence poporodní deprese, která spočívá v zachycení příznaků hned v jejím v počátku. Zmiňuje se o využití screeningového dotazníku Jedličkové, který se již v praxi osvědčil. Dotazník obsahuje deset otázek s možností odpovědi ano, ne, nevím. Při vyhodnocování testu se stávají indikátorem pro psychiatrické vyšetření, čtyři a více neurčitých nebo opačných odpovědí. Jsou zde uvedeny otázky: Spíte dobře? Máte chuť k jídlu? Jste šťastná, jak byste měla být? Cítíte se zdravá, ve fyzické a psychické pohodě? Máte dostatek energie? Máte dostatek sebedůvěry? Pláčete často? Dovedete si představit život bez vašeho dítěte? Je pro Vás většina situací velkým vypětím? Máte pocit, že máte horší paměť než dřív? Výsledky dotazníku je nutné brát orientačně. Vždy je nutné zhodnocení a také individuální přístup u konkrétní ženy (Janáčková, 2009).

Ve výzkumu poporodní deprese byly spatřeny výrazné rozdíly mezi různými kulturami. Pro kultury s nízkou prevalencí poporodní deprese je totiž charakteristická velká sociální podpora nových matek. Ta zahrnuje pomoc s péčí o dítě, rituální koupele, zvláštní stravu a návrat matky zpět do jejího domova ( Miller, 2002).

Na závěr je třeba zdůraznit, jakou důležitou roli sehrávají porodní asistentky při psychoedukaci žen a jejich rodin. Podle Vránové (2008, s. 42-43) je nutné připravovat mládež k zodpovědnému rodičovství a vést je, aby se vyvarovali především rizikových faktorům, a to závislosti na alkoholu, drogách, těhotenství v mladém věku. I tak je možné snížit výskyt psychických poruch. Ošetřující personál by se měl snažit vytvořit pro matku příjemné klima a pomoci ji překonat poporodní období. Přístup k nemocné matce i jejím příbuzným by měl být empatický, taktní aby vytvářel podmínky pro aktivní spolupráci se ženou (Simočková, 2010).

Ratislavová uvádí, že příznaky poporodní deprese postupně odeznívají za 3 a někdy až za 14 měsíců. Hovoří v souvislosti s poporodní depresí prokázanou u matky, o možnosti utváření negativního vztahu mezi ní a dítětem. Podle zahraničních výzkumů může být takto ohrožen kognitivní a emoční vývoj velmi malých dětí. Proto i ona zdůrazňuje stejně jako Simočková, jak je důležité osvětou v práci porodní asistentky podporovat preventivní podpůrné chování nejbližší rodiny. Také je třeba v pravý čas poznat tuto chorobu, nabídnout pomoc mladé matce a tím zabránit, aby se potíže staly chronickými a narušily správný vývoj dítěte (Ratislavová, 2008).

## POPORODNÍ (LAKTAČNÍ) PSYCHÓZA

Nevyskytuje se tak často jako poporodní deprese. U matek může současně probíhat i spolu s dalšími poruchami, a to: s bipolární poruchou, charakteristickou svými dvěma epizodami manickou (euforie, pocit nezranitelnosti, hyperaktivita) a epizodou depresivní, která se projevuje pocitem nemohoucnosti, nechutenstvím, sebeobviňováním, těžkými poruchami spánku a bludy. Pro matku i dítě může být tato choroba osudnou. Ve fázi mánie má žena pocit nezranitelnosti a nedokáže správně odhadovat situaci. Fáze deprese může vyústit až k zabití dítěte nebo k sebevraždě matky (Leifer, 2004).

Vyskytuje se v 1- 2 případech z 1000 porodů (Kennedy, 2001). Projevuje se 48-72 hodin po porodu, ale může to být doba i za několik týdnů. Prvními příznaky jsou podrážděnost, netrpělivost, neklid, nespavost. Autor popisuje stejné pocity a poruchy, jaké se u ženy dostaví v důsledku této závažné psychózy a zdůrazňuje nutnost hospitalizace matky, pro záchranu její i dítěte (Praško, 2002).

### 3.2.2.1 LÉČBA DEPRESÍ V TĚHOTENSTVÍ A PO PORODU

Pacientce, které se nedostává sociální podpora, nemá partnera, popř. má konfliktní vztah, uvádí Praško, můžeme nabídnout základní podpůrnou psychoterapii v ordinaci praktického lékaře. V případě závažnější deprese se doporučuje návštěva pracovníka se specializací v psychoterapii nebo se volí léčba farmakologická, prostřednictvím antidepresiv (Praško, 2002).

Pokud je nutné, aby byla antidepresiva ženě podávána, tak pouze taková, která neohrozí zdraví kojeného dítěte. Proto jsou stanovena doporučená dávkování, která jsou korigována podle hmotnosti. Přesto byly u některých léků, které kojící matka užívala, zaznamenány vedlejší účinky: dítě mělo řídkou stolici, trpělo nespavostí nebo často křičelo. Jednalo se o fluoxetin a citalopran (Miller, 2002).

## 3.3 ŠESTINEDĚLÍ

Je to období po porodu, které začíná porodem placenty a jeho ukončení je zcela individuální. Zpravidla trvá 6 – 12 týdnů. Jeho délka závisí na ukončení fyziologických poporodních změn, na laktaci, intervalech mezi kojením a znovuobjevením menstruačního cyklu. Po šesti týdnech se vrací stav ženy do normálu především po stránce fyzické, po stránce psychické může jít i o několik měsíců ( Roztočil, 2004).



Kromě fyziologických změn nastává ústup některých patologických jevů spojených s těhotenstvím (preeklampsie, gestační diabetes, těhotenská hepatopatie). Toto období je považováno pro ženu za velmi psychicky náročné. Zastává novou roli matky, pečovatelky, a ta je natolik náročná, že se mohou u ženy začít projevovat doposud skryté psychické poruchy ( Fait, 2006)

Podle Chmele (2004) lze šestinedělí dělit na časně, které trvá sedm dní od porodu a pozdní. V prvních dnech je velmi důležité sbližování matky s dítětem, vzájemné poznávání a matčino přizpůsobování se děťátku. V ženině těle nastávají značné hormonální změny. Postupně se k pocitům štěstí dostávají pocity únavy a vyčerpání. Po fyzickém zotavení, kdy dojde k zahojení poranění spojených s porodem, nastává pozdní období šestinedělí. To prožívá žena již v domácím prostředí, kdy je odkázána na pomoc blízkých, neboť péče o dítě a domácnost je velmi psychicky i časově náročná. Matka v sobě hledá vyrovnanost a především se snaží nalézt sama sebe.

### 3.3.1 PSYCHIKA ŽENY V ŠESTINEDĚLÍ

Psychika ženy v pozdním šestinedělí závisí především na ženě samé, na podpoře ze strany rodiny, na zkušenostech týkajících se péče o dítě. K psychické nestabilitě přispívají ženiny rysy osobnosti, jako perfekcionismus, kladení si příliš vysokých nároků, potřeba stálé kontroly, špatně fungující partnerský vztah nebo nevyhovující socioekonomická situace. Pokud je dítě neklidné, klade si často matka otázku, zvládá-li mateřskou roli. Někdy nerozumí potřebám a signálům, které k ní dítě vysílá a narušují se vzájemné interakční vztahy matka – dítě. Mezi rizikové faktory působící na ženinu psychiku jsou i potíže somatické, a to především dispozice k psychickým poruchám v anamnéze osobní či rodinné (Ratislavová, 2008).

## II. PSYCHICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE od 0 - 6 LET

Psychický vývoj je dán vzájemným působením dědičných dispozic (tzv. genotypu) a vnějších vlivů, především sociokulturních. Celý tento proces je realizován prostřednictvím zrání a učení. Zrání je funkcí programu genotypu a ovlivňuje zpravidla jen předpoklady některých psychických procesů. Jejich další rozvoj a realizaci umožňuje učení. Jeho výsledky však nemají trvalý charakter neboť jsou ovlivňovány stále novými zkušenostmi na rozdíl od zrání, které je nevratné (Wágnerová, 1996, s.8).

Klindová charakterizuje vývoj jako jev, který probíhá v čase, i když vztah mezi vývojem a časem není ani přímočarý ani přímo úměrný. Přesto udává čas jako hlavní měřítko, kdy věku jedince odpovídá i určité stádium duševního vývoje. Z těchto údajů pak můžeme u dětí vyvozovat tzv. „věkové zvláštnosti“. Ty jsou pak kritériem při posuzování rychlosti, jakou probíhá vývoj u každého dítěte individuálně. Dále autorka hovoří o změnách jako o důležitém znaku probíhajícího vývoje. Prostřednictvím změn se u člověka neustále mění, vyvíjí a zdokonaluje jeho chování. Pokud však nenastávají změny vedoucí k dalšímu zdokonalování duševní stránky člověka a naopak, nastává jejich stagnace nebo i návrat zpět, hovoříme o regresi neboli o úpadku vývoje (Klindová, 1978)

### OBLASTI OVLIVŇUJÍCÍ VÝVOJ

Do psychického vývoje jsou zahrnuty tři oblasti, které se postupně rozvíjejí prostřednictvím vzájemné interakce (Seifert, Hoffnung a Hoffnung, 1997, Berger a Thompson, 1998). Vývoj biosociální – tato oblast se týká tělesného vývoje, jeho proměn, ale zabývá se i činiteli, které ho ovlivňují. Vývoj kognitivní – sem řadíme všechny psychické procesy, které ovlivňují u člověka poznávání. Jsou to schopnosti, které využívá člověk při myšlení, zpracovávání a příjmu informací, učení i rozhodování. Tato oblast je ovlivňována faktory – dědičností, působením vnějšího prostředí, vzděláváním a výchovou. Vývoj psychosociální – oblast zahrnuje změny ve způsobu prožívání rolí, sociálních pozic a mezilidských vztahů. Proto je pro jedince velmi důležité, jak na něho působí rodina, různé sociální skupiny a instituce, jako např. škola nebo sociální vrstva, již je jedinec součástí (Vágnerová, 2005).

Vacínová hovoří v souvislosti s vývojem duševního života člověka, že jde o zrod i vývoj duševní stránky současně. Jací budeme po stránce fyzické a psychické, vděčíme genetickým znakům, které jsme získali od našich předků, nám je předali naši rodiče. Jak se

však dál bude vyvíjet naše duševno, už závisí na několika faktorech, na dědičnosti, vlivech prostředí a také výchově (Vacínová, 1995).

#### FAKTORY PSYCHICKÉHO VÝVOJE

Klindová a další autoři je dále rozdělují na dvě skupiny. První skupina zahrnuje faktory vnitřní – ty jsou podmíněny lidským organismem a řadíme zde dědičnost, vlastnosti, které máme vrozené, určité zvláštnosti naší nervové soustavy a zrání. Druhá skupina, faktory vnější – zde patří působení jiných osob na dítě, výchova, ekonomické podmínky a prostředí, v němž vyrůstá. Obě skupiny se vzájemně prolínají a nelze proto přesně stanovit, který z faktorů se na ovlivňování psychiky podílí více (Klindová, 1974).

Mezi nejdůležitější socializační činitele řadí Vágnerová rodinu, vrstevníky a školu. Rodina je nejdůležitější socializační skupinou pro dítě, s jejími členy je ve vzájemné neustálé interakci. Plní řadu funkcí jako je poskytování základních zkušeností, měla by pro dítě vytvářet bezpečné prostředí a citové zázemí. Po stránce biologické mají rodiče stejné geny a dispozice jako jejich děti, závisí na způsobu, jakým je vychovávají a podle své sociální úrovně přistupují ke vzdělávání (Vágnerová, 2005).

Na závěr Vágnerová píše, že výsledkem dlouhodobých a velice složitých vztahů mezi složkou dědičných dispozic jedince, tzv. genotypem, a činiteli životního prostředí, je fenotyp. Je to vlastnost organismu projevující se navenek. Genotypy se během života většinou nemění, avšak činitele vnějšího prostředí mění svoji intenzitu, čas i kvalitu. Každý genotyp má vymezené své hranice, v nichž je schopen reagovat na změny okolního prostředí. Z toho vyplývá, že okolí má rozhodující vliv na konkrétní hodnoty fenotypu v této tzv. reakční normě (Vágnerová, 1996).

Jednotlivá vývojová stadia, kterými jedinec od narození prochází, rozdělujeme na období novorozenecké, kojenecké, batolecí a období předškolního věku (Šimíčková, 2008).

## 1. OBDOBÍ NOVOROZENECKÉ – OD NAROZENÍ DO KONCE 6. TÝDNE

Vágnerová toto období charakterizuje jako adaptační. Dítě si zvyká a přizpůsobuje se novým podmínkám prostředí odlišného od intrauteriního života v těle matky (Vágnerová, 1996).

Percepčně-kognitivní vývoj zahrnuje schopnosti, které slouží k dorozumění dítěte s rodiči a okolím, a to vytvářením různých zvuků, které značí jeho spokojenost nebo nelibost. Informace získává prostřednictvím zrakového, hmatového, čichového, sluchového a chuťového aparátu.

Kognitivní projevy novorozence jsou reflexní, jako např. sání, polykání, pohyby rukama a nohama, dítě bloudí očima a na úlek reaguje celým tělem. Sluch má od narození vyvinutý lépe než zrak, proto se jím snáze orientuje. Učení u dítěte probíhá prostřednictvím sociálního kontaktu. Proto je důležité, aby dítě s některým členem rodiny mělo úzký vztah. Nejdůležitější je však dobrý vztah s matkou, ten se utváří během prvních hodin po narození.

Vývoj řeči můžeme sledovat v některých reflexech, sacím a hledacím. V prvních měsících života se dorozumívá křikem a pláčem, později broukáním (Allen, 2000).

### 1.1 EMOČNÍ VÝVOJ V NOVOROZENECKÉM OBDOBÍ

Počátky emočních prožitků a citového života, jsou spíše komplexem reakcí než vlastních citů. Řadíme sem pocity libosti a nelibosti, které jsou spojeny s oblastí uspokojování základních biologických potřeb, např. přijímání potravy, vylučování apod.

Na příjemné či nepříjemné podněty dítě odpovídá motorickou reakcí. Na podněty příjemné reaguje uvolněním a rozpínáním těla, různými hrdelními zvuky, klidem. Při nepříjemných podnětech má sevřené pěsti, zavírá oči, svírá končetiny, křičí a rudne v obličeji (Vágnerová, 2008).

## 2. OBDOBÍ KOJENECKÉ – OD KONCE 6 TÝDNŮ DO 12 MĚSÍCŮ

Podle převažujícího způsobu výživy dítěte nazýváme toto období kojeneckým. Průměrná výška v jednom roce života je 75cm, hmotnost od doby po narození je téměř dvojnásobná. Mění se stavba těla. Jeho tvar je válcovitý, páteř z počátku období dosud nemá vytvořeno zakřivení. Podněty jsou registrovány smyslovými orgány, kojeneček tak získává zkušenosti do dalšího života (Lisá, Kňourková, 1986).

### 2.1 ROZVOJ POZNÁVACÍCH PROCESŮ

Tento proces probíhá prostřednictvím interakce zrání a učení. Podílí se na něm i ostatní složky vývoje dětské osobnosti. V senzomotorickém období, neboli v období primárního rozvoje poznávacích procesů, hrají významnou roli vnímání a motorika (Vágnerová, 1996).

Pro dítě, píše Lisá, je v tomto období důležitý rozvoj smyslových orgánů. Je nutný pro chápání okolního světa, ale slouží i jako ochrana před možným nebezpečím:

- (2.- 3. měsíc) kojeneček počíná fixovat předměty pomalu, později rychle se pohybující
- (od 2. měsíce) lépe slyší a otáčí hlavu směrem, kde slyší zvuky
- (kolem 3. měsíce) období rozvoje zraku, dokáže uchopit ruku a prohlížet si ji, klíšťový úchop
- (od 4. měsíce) začíná si broukat a usmívá se
- (od 5. měsíce ) otáčí se celým trupem, později celým tělem
- ( 7. měsíc) dokáže již samo sedět a pozorovat okolí
- (od 6. měsíce) vkládá předměty do úst, dokáže si spojit zvuk s konkrétním předmětem
- (od 12. měsíce) žvatlá

(Lisá, Kňourková 1986).

V období mezi 8. a 12. měsícem se ve vývoji dějí změny, které vedou ke dvěma důležitým událostem, a to k chůzi a k řeči. Děje se tak v období prvních narozenin. Zdokonaluje se manipulace s hračkami a předměty, umí vkládat jeden předmět do druhého, má jistější a stabilnější pohyby, začíná lézt. Některé děti již v tomto věku dokáží chodit s oporou dospělého, popř. zvládají chůzi samy. Jsou velmi společenské, usilují o získání pozornosti. Zdokonaluje se jejich schopnost napodobování, která dítěti slouží k interakci s okolím a k získávání nových dovedností. Dokáží reagovat na jednoduché pokyny. Chápu jednoduché souvislosti a funkce jaké plní určité předměty a podle toho konají. Vědí, že hřebenem si češeme vlasy nebo že lžičku vkládáme do úst (Allen, 2000).

## 2.2 POČÁTKY ŘEČI

Mezi 1 a 2. rokem života si dítě rozšiřuje slovní zásobu a zlepšuje se jeho chápání z hlediska gramatické stránky jazyka. Zpočátku však tzv. generalizuje, používá jedno slovo pro označení více předmětů. Děje se tak na základě jejich společných rysů.

Okolo 2 let umí říci kolem 200 slov. Mezi ně zpravidla patří názvy zvířat, jídla, věcí, také lidí z jeho okolí. Před druhými narozeninami začíná spojovat dvě slova, je to známka toho, že si začíná uvědomovat vztahy mezi předměty. Začíná společně s blízkou osobou listovat v knihách. Má rádo ilustrované, jednoduché knihy, kde si pojmenováváním předmětů na obrázku rozvíjí slovní zásobu. Umí říkat první říkanky, které ho upoutají, jsou-li jednoduché, rytmické a opakuje se v nich motiv (Stopardová, 1993).

## 2.3 SOCIALIZACE

Prostředkem socializace je sociální učení. Dochází k němu v rámci interakce v mezilidských vztazích. Dítě je od narození vybaveno socializačními dispozicemi a další rozvoj závisí na jejich správné stimulaci a zkušenostech. Kolem třetího měsíce začíná s okolím komunikovat neverbálním způsobem, úsměvem i pohledem. Později mezi 6. a 9. měsícem, začíná rozlišovat známé a neznámé osoby. na matku reaguje jinak, než na cizí osoby. Matka je pro něj zdrojem uspokojení a mezi ní a dítětem vzniká v tomto období specifický vztah (Vágnerová, 1996).

## 2.4 EMOČNÍ VÝVOJ V KOJENECKÉM OBDOBÍ

Emoce jsou podle Vágnerové stavebním kamenem celého vývoje a stimulátorem rozvoje mnoha psychických funkcí. Dítě již přichází na svět s vrozenou schopností projevat svoje pocity, dávat najevo stav a míru svého uspokojení, a to projevem libosti či nelibosti. Tyto základní pocity se postupně rozvíjí. Ve 2. měsíci reakce úsměvem signalizující spokojenost, ve 3 – 4 měsíci vedle projevu radosti se objevuje i projev nespokojenosti. Po 4. měsíci se tyto reakce a projevy dále třídí a dítě začíná projevovat i zlost. Po 5. měsíci jsou již patrné i fyzické projevy při strachu. Po 6 měsících je již dítě schopno projevovat více různých emocí, ale až později si uvědomuje sebe sama jako objekt vlastního prožívání. V 6. – 7. měsíci získává dítě schopnost rozlišovat lidi, a to ho vede k ostražitosti nebo bázni z neznámých lidí. V období mezi 8. – 9. měsícem nastává tzv. separační úzkost, která se projeví strachem dítěte, pokud se od něj blízká pečující osoba, většinou matka, vzdálí. Rozdíl mezi emočními projevy půlročního a ročního dítěte spočívá především v diferencovanosti projevených emocí, délce a intenzitě (Vágnerová, 2005).

### 3. OBDOBÍ BATOLECÍ - od 24 MĚSÍCŮ do 36 MĚSÍCŮ

Je to období samostatného pohybu dítěte – batolení se. Ve druhém roce měří kolem 86 cm ve třetím roce je jeho délka rovna polovině délky, kterou dosáhne v dospělosti. Váha dítěte ve třech letech se pohybuje mezi 14 – 15 kg. Především rostou dolní končetiny a tvarem těla se začíná podobat dospělému člověku. Hlava je menší, břicho je vyklenuto dopředu. Zvyšuje se svalová hmota, tím se zvyšuje a zabezpečuje pohyb dítěte (Lisá, Kňourková 1986)

Tempo tělesného vývoje po prvním roce života se pomalu snižuje a naopak se zvyšuje výkonnost nervové soustavy. Tím klesá i potřeba spánku a fáze bdělosti se v 18 měsících pohybuje kolem 3 hodin, ve 24 měsících kolem 5 hodin, počítáme však se spánkem během dne, který dítě potřebuje asi dvakrát (Allen, 2000).

#### 3.1 VÝVOJ MOTORICKÝCH DOVEDNOSTÍ

Dítě je při chůzi zpočátku nejisté a učí se překonávat překážky jakými jsou nerovnosti terénu, výstup do schodů se střídáním nohou. Kolem třetího roku již zvládá i jízdu na tříkolce. Dokáže se trefit a kopnout do míče a chytit ho do nastavených rukou. Výrazně se zlepšuje i jemná motorika a souhra zraku a pohybu. Ke konci třetího roku rádo staví z kostek a učí se uchopovat nůžky, tužku a různé nástroje. při prvním čmárání má špetkovitý úchop. Rádo listuje knihami a navléká korálky (Klindová, 1974).

Rozvoj nastává i v oblasti sebeobsluhy a hygieny, dokáže ohlásit „vykonání potřeby“ související s vyprázdněním. Dítě se koncem třetího roku dokáže svléknout, obléknout ještě někdy s pomocí dospělého, umí použít lžici, pít z hrnečku, umýt si a utřít ruce (Allen, 2000)

#### 3.2 ROZVOJ POZNÁVACÍCH PROCESŮ

Můžeme ho charakterizovat jako symbolickou expanzi do okolního světa. U dítěte dochází k rozvoji symbolického myšlení a tím i k rozvoji schopnosti pronikat do širšího časového rozpětí. Dítě se snaží poznat pravidla fungování světa, a tak předvídat budoucí dění (Vágnerová, 1996).

Se zkvalitněním analyzátorů sluchových, zrakových, kinestetických a hmatových, se u dítěte zkvalitňuje i vnímání tvarů a prostorových vztahů. Prostor však zatím organizuje jen vůči sobě – nahoře, dole, napravo, nalevo, vpředu, vzadu) Dokáže určit i množství, pouze však více nebo méně (Čačka, 1997).



Paměť se podle Klindové vyznačuje několika charakteristickými vlastnostmi:

*Citovostí* - dítě si zapamatuje to, co ho zaujalo. Uchovává si a vybavuje zážitky a zkušenosti nejen pozitivní, ale i negativní jako hrůzu, žal, bolest.

*Obrazností* – spíše si vybavuje obrazy skutečných situací vlastní zážitky, než pouhé pojmy a slova.

*Neúmyslností* – paměťové procesy s volným úsilím neumí spojovat záměrně, pouze mimovolně. Zpracovává jen zkušenosti a zážitky citově zabarvené, které si zapamatovalo spontánně (Klindová, 1974).

### 3.3 ROZVOJ ŘEČI

Dvouleté dítě dokáže složit větu ze dvou slov, dříve byla sdělení pouze větou jednoslovnou. Nastává velký rozvoj slovní zásoby, ale řečové projevy jsou agramatické. Vývoj řeči má nejen sociální význam, ale značí i správný směr vývoje (Vágnerová, 1996).

Během a především na konci třetího roku dítě začíná spojovat celé slovní obraty a větná struktura se stává složitější. Chápe záporny a užívá je i ve větách. Na začátek věty již neklade otázku „proč“. Frázuje slova tak, aby zněly jako otázka. Začíná chápat vztahy mezi předměty a užívat přídavná jména: tlustý – hubený, malý – velký. Pomocí přídavných jmen také porovnává: větší – menší, hubenější – tlustší. Také chápe a používá taková slova, která vyjadřují prostorové vztahy: zde, tento, tamten. Učí se vztahy mezi slovy „já“ a „můj“ (Stoppardová, 1993)

### 3.4 ROZVOJ OSOBNOSTI

V tomto období je důležitým vývojovým mezníkem odpoutání ze symbiotické vazby s matkou a další rozvoj vlastní identity. Aby dítě bylo schopno připustit separaci, musí mít dostatečně rozvinuté symbolické myšlení. Identita se u dítěte projevuje v samostatném jednání a zahrnuje i vědomí účinku své činnosti na okolní svět (Vágnerová, 1996).

### 3.5 SOCIALIZACE

Dítě si kolem druhého roku začíná utvářet svoji roli, postavení v rodině. Začíná navazovat první vztahy se stejně starými dětmi. Vzájemná interakce spočívá ve vzájemném pozorování, později se objevuje paralelní hra a kolem třetího roku nastává spolupráce nebo i vzájemná soupeřivost. Důležitou a specifickou roli má otec, kromě toho že je vzorem

pro osvojení si pohlavní role, je i dítěti průvodcem v prozkoumávání a experimentování na cestě životem (Šulová, 2003), (Hoskovcová, 2006).

### 3.6 UČENÍ

Jedním ze způsobů učení je nápodoba. Rozvíjí se ve fázi symbolického myšlení. Dítěti je umožněno přijmout hotový vzorec konkrétního chování. Je projevem nesamostatnosti a závislosti na vzoru chování jiné osoby. Druhý způsob sociálního učení je identifikace. Batole se ztotožňuje s blízkou osobou a má potřebu napodobovat její projevy, aby neztratilo vazbu s citově významnou osobou (Vágnerová, 1996).

### 3.7 EMOČNÍ VÝVOJ V BATOLECÍM OBDOBÍ

Je to období, kdy během druhého a třetího roku věku, již dítě dokáže rozdílně emočně reagovat v různých situacích a umí i reagovat na pocity, které se týkají jiných osob. V tomto věku jsou pro děti charakteristické tyto projevy ( uvádí Vágnerová):

*Hněv a vztek* - které jsou projevem nesouhlasu s rozhodnutím matky nebo i jiné osoby.

*Pocit studu* - dítě začíná chápat určitá pravidla chování a je si vědomo jejich překročení, má snahu o nápravu a dokáže projevit lítost.

*Strach* – tomuto pocitu předchází zkušenost a je i spojen s vývojem a jeho změnami. Tento pocit má dítě v případě předešlé špatné zkušenosti, při pocitu nejistoty nebo z neznáma.

*Emoce sebehodnocení* – souvisí se sebeuvědomováním, se zkoumáním osobních schopností. V případě negativní odezvy od rodičů nastává pocit zahanbení. v situaci opačné, když se dítěti něco podaří, dokáže být pyšné a hrdé na svoje úspěchy, a to i v negativistickém období, kdy má dobrý pocit z porušení zákazu.

*Změny ve vztazích k lidem* – na počátku druhého roku postupně mizí obavy z cizích lidí. Objevuje se však separační úzkost, která je reakcí na odloučení od matky, ale ve třetím roce někdy zcela vymizí. Mohou nastat i projevy žárlivosti nejen sourozenecké, ale i na jinou osobu. Je to období egocentrizmu „ já sám “, dítě chce mít vše jen pro sebe, nerado se dělí. Současně se vyvíjí i prosociální chování a soucit s druhými (Vágnerová, 2005).

Langmajer se zabýval pasivní separací dvouletých dětí. Tento stav popisuje jako nedobrovolné odloučení dítěte od své matky, kdy samo nemůže svoji situaci ovlivnit. Autor ve své knize uvádí výsledky výzkumu, který vedl anglický tým (J. Bowlby - J. Robertson, 1952). U sledovaných, odloučených dětí se objevila reakce nazvaná *separační úzkost*. U této reakce zjistili tři fáze:

1. *Fáze protestu: Dítě křičí a volá matku – čeká na základě své předešlé zkušenosti, že ona přijde, když ji bude dostatečně vytrvale volat.*
2. *Fáze zoufalství: Dítě postupně ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně a odvrací se od okolí ve stavu hluboké stísněnosti; odmítá stále navázat kontakt s druhými, kteří se mu snaží pomoci, odmítá hračky, často leží typicky s hlavou zabořenou do podušek.*
3. *Fáze odpoutání od matky: Dítě potlačí postupně své city k matce a je schopno připoutat se k jinému dospělému, najde-li někoho, kdo mu mateřskou péči nahrazuje – jinak ztrácí svůj vztah k lidem a upoutává se spíše na věci (Langmajer, str.80, 2006).*

Dále pak autor pokračuje, že uvedené reakce jsou naprosto přirozené a dokazují správně utvořený vztah dítěte ke své matce. Je však dobré, aby si dítě kromě vztahu se svou matkou utvářelo vztahy s ostatními členy rodiny, ale i s lidmi blízkými. Je důležité zmínit, že v případě dlouhodobého odloučení od rodiny a její nedostatečné náhrady, mohou nastat poruchy v psychomotorickém vývoji dítěte. Děje se tak u dětí v ústavní péči (Langmajer, 2006).

Podle Šimíčkové nabývá na větší diferenciaci emoce radosti. Ta je spojena s příjemnými zážitky dítěte. Prostřednictvím sociálního kontaktu dochází k prohlubování citů a můžeme u starších batolat pozorovat projevy něžnosti, soucitu, žárlivosti, veselosti nebo smutku (Šimíčková, 2008).

## 4. PŘEDŠKOLNÍ OBDOBÍ - OD 3 LET DO 6 LET

V předškolním věku se začíná měnit vývoj růstu postavy dítěte z charakteristické zaoblenosti na růst výšky. Přibývá také na váze a zdokonaluje se jeho fyzická zdatnost a výkon. Osifikace kostí ještě není dokončena, ale kosti nejsou křehké. Při nadměrném pohybu dítěte a případném úrazu se zlomeniny vyskytují výjimečně (Klindová, 1974).

### 4.1 MOTORICKÉ DOVEDNOSTI

Pohyby dítěte se neustále zdokonalují jsou vědomé a účelné. Osvojuje si ty, které jsou náročnější na soustředěnost, pozornost a na koordinaci drobných pohybů jednotlivých svalů. Zvládá jízdu na kole nebo nacvičit krátký tanec. Ke konci období některé dítě zvládá i základy sportovních činností – plavání, bruslení, lyžování. Dokáže hodit a chytit míč.

Protože se zdokonaluje jemná motorika, dokáže vykonávat samostatně jednodušší činnosti: nést podnos, talíř s polévkou, utřít prach nebo nádoby. Dítě je i naprosto samostatné při hygienických úkonech, oblékání, svlékání. Vyhledává i činnosti, kterými si jemnou motoriku procvičuje: vystřihuje, kreslí, uvazuje šňůrky a stužky, zapíná knoflíky. S tím souvisí i zdokonalování konstruktivních schopností, které v předškolním období vyúsťují ke specifické činnosti, konstruktivní hře (Klindová, 1974).

### 4.2 SOCIALIZACE

Socializace v předškolním období dítěte závisí na schopnosti dítěte začlenit se do společnosti a na rychlosti osvojení sociálního chování. Langmajer (1983) tento socializační proces rozčlenil do třech fází: 1. *Vývoj sociální reaktivity*, neboli správný vývoj rozličných emočních vztahů, verbální a neverbální komunikace s lidmi v blízkém i vzdáleném společenském okruhu. 2. *Vývoj sociálních kontrol*, týká se vývoje norem, hodnot a pravidel chování, které jedinec postupně získává prostřednictvím nastavených mantinelů a cílů, ty mu nastavují dospělí. Pokud však vývoj sociální kontroly selže, hovoříme o delikvenci, ignoraci etických hodnot. 3. *Osvojení si sociálních rolí*, znamená osvojování si určitých vzorců chování, které od dítěte očekává společnost i rodina. Role matky a otce jsou pro dítě vzorem, který uplatňuje v dospělosti ve své vlastní rodině (Lisá, Kňourová, 1986).

Hra je hlavní činnost, ve které proces socializace probíhá. Nejenže odráží složité vztahy mezi dítětem a okolím, ale je prostředkem uplatnění práce a učení. Stává se

ukazatelem i jeho psychického vývoje. Patří sem volné hry konstrukční nebo pohybové, ale i námětové, které si dítě vymýšlí samo (Šimíčková, 2008).

#### 4.3 VRSTEVNICKÉ VZTAHY A ROLE

Předškolní věk zahrnuje pro dítě dvě důležitá nová sociální zařazení - nástup do mateřské školy a v šestém roce pak do základní školy (Allein, 2000).

Potřebou sociálních kontaktů s vrstevníky stejného věku se projeví úroveň zralosti předškolního dítěte. Při výběru kamaráda hraje roli egocentrismus dítěte, situační faktory a zjevné znaky. V dětské skupině se projevuje nejen snaha prosadit se a být úspěšný, ale i soupeřivost, sociálně únosná forma agresivity (Vágnerová, 1996).

#### 4.4 VÝVOJ POZNÁVACÍCH PROCESŮ

Čtyřleté dítě opouští fázi „předpojmového myšlení“ a přechází do fáze „názorného myšlení“, pro které zůstává nejdůležitější bezprostřední vjem současně s asociovanou představou a vlastním prožitkem (Čačka, 1997).

Značně se u něj rozvíjí poznávací procesy. Rozlišuje a pojmenuje zvuky, pozná a pojmenuje základní a některé doplňkové barvy. Postupně dokáže třídit předměty nejprve s jedním a kolem pátého roku i na základě dvou kritérií. Ne zcela přesně dokáže vnímat prostor a čas. Zlepšuje se i pozornost, soustředěnost (Allein, 2000).

Dítě v tomto věku má tendence přeceňovat velikost okolního prostoru. Neumí vnímat ani třetí rozměr, proto i obrázky znázorňuje a vnímá dvojrozměrně i přesto, že jsou nakreslené perspektivně. Schopnost správně vnímat tuto skutečnost získává až kolem šestého roku. Čas dokáže vnímat reálně, ale má snahu časové úseky přeceňovat. Nepřesnou diferenciaci při vnímání můžeme sledovat ještě u čtyřletého dítěte. Nedokáže vyčlenit jednotlivé detaily, ale vnímá předměty pouze jako celek. Číslo nebo počet chápe jako neatraktivní vlastnost konkrétní reality (Klindová, 1974).

Šimíčková stejně jako Vágnerová hovoří o rysech paměti s převahou mimovolnosti a konkrétnosti, teprve na konci předškolního věku se začíná projevovat paměť úmyslná. Převládá paměť mechanická a současně se rozvíjí paměť slovně logická (Šimíčková, 2008),(Vágnerová, 2005).

#### 4.5 ROZVOJ ŘEČI A MYŠLENÍ

Zvídavost vede u dítěte k rozvoji verbálního projevu a myšlení. Nárůst slovní zásoby je veliký, v šesti letech asi 2000 slov. Pokud u dítěte rozvíjíme správné řečové vyjadřování působíme i na jeho rozumový vývoj. Egocentrická řeč je významnou složkou při vývoji řeči, postupně se však stává řečí pouze vnitřní (Vágnerová, 2005), (Lisá, Kňourová, 1986).

V myšlení nastávají velmi výrazné změny, dítě se dostává z fáze před pojmového myšlení na úroveň fáze, kterou označil Piaget jako názornou, intuitivní. Dítě uvažuje v celostních pojmech a neustále se zaměřuje na to, co vidělo a s tím spojené prožitky.

Dalším důležitým způsobem vyjadřování, a to neverbálním, je vyjádření prostřednictvím kresby. Dítě přechází postupně od vyjádření fantazie až po realistické vykreslení skutečnosti (Vágnerová, 2005).

Z psychologického hlediska je důležité sledovat celek, ne pouze výsledek. Způsob jakým dítě drží tužku, jak sedí, jak kreslí a jak dlouho mu to trvá. To vše nám může mnoho napovědět o psychickém světě dítěte. Kresba není pouze projevem, jak dítě vidí svět, ale je pro něj vhodným prostředkem k navázání komunikace a kladného vztahu s dospělým (Šimíčková, 2008).

#### 4.6 ZPŮSOBY EMOČNÍHO PROŽÍVÁNÍ, DRUHY CITŮ

Vágnerová hodnotí předškolní období u dítěte, jako období větší vyrovnanosti a stability, úbytku negativních emocí a rozvoje paměti emocí. Způsoby, jakými předškolní děti emočně reagují:

*Zlost a vztek* – nejsou projevovány tak často a jsou spíše odezvou na zákazy a příkazy.

*Projev strachu* - strach z něčeho může být spojen s negativním zážitkem, ale závisí i na představivosti konkrétního dítěte.

*Smysl pro humor* – projev veselosti je v tomto věku typický. Sdílení legrace je důležitou součástí mezilidských vztahů (Matějček, 1999).

Kolem čtvrtého roku nebo o něco později, píše Vágnerová, začínají děti chápat i složitější emoce díky svým vlastním prožitkům a emočním zkušenostem. Na základě svého egocentrického uvažování však většinou očekávají u druhých lidí stejné prožívání a chování,

jaké by projevily ony samy (Koren,1987). Později, kolem šestého roku, si uvědomují, že mohou lidé reagovat i rozličnými pocity. Jejich pochopení závisí na úrovni uvažování dítěte. Autorka říká: „*Mezi 5 – 6 rokem dochází k posunu chápání příčin emočních reakcí: od jednoznačné vazby na situační faktory nebo na vlastní aktuální uspokojení k většímu důrazu na trvalejší osobnostní vlastnosti, interpersonální vztahy či výkon směřující k dosažení žádoucího cíle*“ (Vágnerová, s.198, 2005).

#### EMOČNÍ GRAMOTNOST A EMOČNÍ INTELIGENCE

Stuchlíková, která se v jedné ze svých publikací zabývá emocemi velmi podrobně hovoří o důležitosti tzv. emoční gramotnosti a popisuje ji: „*Emoční gramotnost je chápána jako soubor základních vědomostí o emocích a dovedností emoce rozpoznávat, regulovat a využívat ke svému prospěchu. Emoční gramotnost tvoří určitý základ emocionální odolnosti, která nám umožňuje zvládat zátěže a dosahovat osobní integrity*“ ( Stuchlíková, s. 123, 2002)

Dále autorka hovoří o emoční inteligenci a tento termín vymezuje prostřednictvím schopností – poznávat vlastní emoce a současně je kontrolovat, rozpoznávat i emoce druhých, sebedotivace a utváření autentických sociálních vztahů. Z hlediska rozvoje emoční inteligence se zmiňuje autorka o studii provedené u školních dětí. Ta prokázala, že míra prožitku u dětí byla větší, byla-li pasáž vypravovaného příběhu emocionálně podbarvena a emoce hrdinů popsány. Děti si i snáze tyto části příběhu uchovaly v paměti (Stuchlíková, 2002).

#### DRUHY CITŮ

Vyhraňují se city *intelektuální*, které uspokojuje u dítěte především mateřská škola. V tomto období se dítě rádo učí a je pyšné na své poznatky a nové vědomosti, které získalo v rámci předškolního vzdělávání a rádo se jimi chlubí.

*Estetické city* obohacují u dítěte jeho hodnotící postoj, kterým vyjadřuje, co se mu líbí a co nikoliv. Uplatňují se při vnímání uměleckých útvarů, a to při poslechu pohádky, hudby, prohlížení ilustrací, zhlédnutí divadelního představení nebo při vlastní tvořivosti, například při kreslení nebo modelování. Tyto city obohacují a zušlechťují dětskou psychiku, jedná se o tzv. city vyšší.

Rozvíjí se i oblast tzv. *morálních citů*. Dítě má radost z dobrého skutku nebo se naopak stydí, je-li si vědomo, že udělalo něco špatného. Úroveň a samotná existence mravního citění tvoří základ morálky dítěte v budoucnu. Nejdříve se učí hodnotit skutky své, později ostatních. Děje se tak každodenní zkušeností a analýzou vlastního jednání pomocí dospělých prostřednictvím hodnotících výroků „Dnes si byl zlý“, „Nezlob a přestaň plakat“! Rozhodující je pro dítě vzor dospělého a důslednost (Klindová, 1974).

Vágnerová píše o lepším rozvoji vztahových citů u dětí předškolního věku. Jako soucit, pocit sounáležitosti, antipatie, sympatie nebo i láska. Velký vliv na emoční projevy mají nejen zkušenosti, prožitky a temperament dítěte, ale také prostředí a zázemí rodiny. Pokud dítě nemá dostatek porozumění a jistoty, je negativní a nedokáže dostatečně porozumět citovému ladění u druhých jedinců (Vágnerová, 2005).

Šimíčková (2008) hovoří o citech *sociálních*, které se rozvíjejí ve vztazích dítěte k dospělým a ve vztazích k vrstevníkům. Zpočátku jsou vztahy k dospělým dominující, patří sem láska k rodičům nebo vztahy se známými lidmi. Mění se vztahy s vrstevníky a roste potřeba tohoto typu kontaktů, který je nejvíce uplatňován v dětské hře (Šimíčková, 2008).

Vágnerová hovoří i o *emocích sebehodnocení*, které se v předškolním období projevují. Dítě je hrdé na své úspěchy, v opačném případě se necítí dobře a prožívá pocity zahanbení. Mezi nové pocity, které dítě prožívá, jsou pocity viny. Pokud se cítí nepříjemně, že selhalo, postupně si začne uvědomovat, že se bude cítit lépe pokud si situaci napraví (Vágnerová, 2005).



## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 1. STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Úkolem mé práce bylo zjistit, souvisí-li negativní chování dětí předškolního věku s psychickými problémy matky v těhotenství, po porodu nebo v raném vývoji dítěte.

#### JEDNOTLIVÉ HYPOTÉZY:

##### Hypotéza H1

Cílem je zjistit, zda matky dětí s negativními projevy chování měly v době těhotenství, porodu nebo v raném vývoji dítěte psychické problémy. Například se u nich projevila poporodní deprese.

Předpokládám, že negativní chování dětí předškolního věku souvisí s psychickými problémy matky v těhotenství, po porodu nebo v raném vývoji dítěte.

##### Vedlejší hypotéza V1

Mají vliv psychické problémy matky, až projevy deprese, v období do jednoho roku po porodu na vývoj verbální komunikace dítěte?

Předpokládám, že děti, u jejichž matek se projevily příznaky poporodní deprese, budou mít potíže s verbální komunikací.

##### Vedlejší hypotéza V2

Předpokládám, že děti matek nad 30 let mají adaptační potíže při nástupu do mateřské školy.

### Vedlejší hypotéza V3

Domnívám se, že ženy, které trpí absencí zájmu o sebe i dítě ze strany partnera a širší rodiny, trpí poporodní depresí.

## 2. POPIS METODY

K dosažení cíle ve své bakalářské práci jsem použila z hlediska metodologie kvalitativní (analyticko-empirické) šetření. Ke zpracování údajů byly využity dvě vědecké metody, a to metoda pozorování a metoda rozhovoru. Metoda vědeckého pozorování je cílená, plánovitá, soustavná. Týkala se sběru konkrétních, předem stanovených dat u pozorovaných osob, prostřednictvím extrospekce. Pozorování jsem zvolila skryté, nezúčastněné, dlouhodobé. Pořizovala jsem vzorky určitých událostí a následně je zaznamenávala. Tuto metodu jsem zvolila v případě pozorování dětí.

V druhém případě byla použita ke zpracování údajů metoda rozhovoru. Ta je založena na sběru dat prostřednictvím přímého dotazování, verbální komunikací pracovníka provádějícího výzkum a dotazovaného respondenta. Rozhovory byly vedeny s matkami dětí jako individuální a vedené prostřednictvím strukturovaného (standardizovaného) rozhovoru pro lepší zpracování dat.

## 3. POPIS VZORKU

Vybrala jsem si ke svému pozorování deset dětí, které dovršily věku čtyř let a navštěvovaly stejnou třídu MŠ v Rousínově. Pět dětí neprojevovalo ve svém chování odlišnosti a neprojevovaly emocionální zátěž. U pěti dětí jsem pozorovala takové signály, které je odlišovaly od chování ostatních dětí (agresivita, plačtivost, špatná komunikace). Pět bylo chlapců a pět děvčat. Šest dětí bylo v té době jedináčky. Jednomu dítěti přibyl v průběhu průzkumu sourozenec. Čtyři děti se narodily v pořadí druhé.

Následně jsem oslovila matky těchto dětí a požádala o spolupráci ve výzkumu. Chtěla jsem zjistit, liší-li se nějak výrazně emocionální projevy dětí těch matek, které měly během těhotenství, porodu nebo v období do půl roku po porodu, nějaké emocionální potíže na rozdíl od matek, u kterých toto období proběhlo bez výraznějších emocionálnějších změn. Vzorek se skládal z deseti žen ve věku od 25 do 37 let. Tento věk se vztahoval k době porodu jejich dítěte. Průměr činil 29,3 let. Ani jedna žena z dotazovaných neuvědomila, že by podstoupila

v minulosti interrupci nebo měla spontánní potrat. Všechny dotazované ženy žily v manželském svazku. Dvě ženy z deseti žily ještě před sňatkem ve společné domácnosti se současným partnerem. Jedna žena byla podruhé vdaná. Všechny dotazované ženy byly česky mluvící, žijící v blízkém okolí obce, ve které výzkum probíhal. Tato obec leží 20 km od města Brna.

Materiály jsem získala pozorováním dětí, které bylo průběžné a probíhalo v období duben, květen, červen roku 2011. Rozhovory s matkami probíhaly v knihovně mateřské školy.

#### 4. KAZUISTIKY

##### **PRIMIPARA 1**

*Když se nám chlapec narodil, mně bylo 26 let a manželovi o rok víc. Oba jsme vysokoškolsky vzdělání. Manžel pracuje jako geodet a já jsem před mateřskou dovolenou pracovala jako učitelka na základní škole. Oba nás naše profese velice baví. Chlapec je naše prvorozené dítě.*

*Těhotenství bylo plánované a oba jsme si miminko přáli a moc se na něj těšili. Ještě před sňatkem jsme s partnerem žili dva roky ve společné domácnosti. Po sňatku, protože byt byl velmi malý, nabídli nám moji rodiče, přestěhování do jejich rodinného domu alespoň na dobu, než získáme nový byt. Rodiče se na narození prvního vnuka velice těšili.*

*Těhotenství proběhlo bez jakýchkoliv komplikací a do zaměstnání jsem chodila až do osmého měsíce těhotenství.*

*Porod nastal od prvních kontrakcí téměř po čtyřech hodinách. Rodila jsem v okresní nemocnici. Porod proběhl standardním způsobem na porodním křesle. Byla jsem ráda, že jsem měla manžela po celou tu dobu u sebe a byl pro mě velkou psychickou oporou. Vše jsem zvládla bez podání utišujících léků a ani po porodu nebylo nutné, abych něco užívala. Kojení nebylo zpočátku zdařilé, chlapec málo sál a dokonce se dostavil i oboustranný zánět prsu, což celou situaci ještě zhoršilo. Vše se upravilo asi po dvou měsících. Kojení probíhalo bez problémů a chlapec spontánně sál.*

*Po porodu jsem byla napřed moc šťastná a pyšná, že máme krásné miminko, ale pak jsem byla smutná a bezmocná kvůli komplikacím. Propuštění z porodnice se oddálilo, protože malý prodělával poměrně silnou žloutenku a musel být umístěn do inkubátoru.*

*V období šestinedělí nenastaly žádné negativní změny. Vše se začalo postupně vracet do zaběhlých kolejí, i když to nebylo jednoduché. Začal u nás fungovat i denní režim. Měla jsem problémy se spánkem, protože se chlapec často v noci budil a pak trvalo než usnul. Jedla jsem méně, ale nesouviselo to s nechutenstvím. Neměla jsem ani potřebu trávit čas před zrcadlem, bylo mi nějak jedno, jak vypadám. Po čtyřech měsících se můj zájem o zevnějšek vrátil.*

*Po půl roce od porodu nenastaly žádné výrazné změny, chlapec se správně vyvíjel, prospíval a vše bylo v pořádku. Jediným nedostatkem byl pro mě stále nedostatečný spánek a celková únava.*

*Po roce od porodu jsem stále kojila a musela jsem rozdělit povinnosti a péči o domácnost mezi mě a manžela, abych měla na sebe a své koníčky více času. Bylo to pak o hodně lepší a já se cítila spokojenější a vyrovnanější.*

## **DÍTĚ 1**

**Pohlaví:** chlapec

**Věk:** 4 roky

**Rodinná anamnéza:** Vyrůstá v úplně harmonické rodině. Věk matky 30, otcí je 31 let.

**Verbální projev a intelekt:** Vyjadřovací a komunikační schopnosti jsou na vysoké úrovni. Hovoří spisovně, ale se špatnou výslovností sykavek. Je velmi hovorný, má hluboké vědomosti, paměť dlouhodobou (lehce si vybavuje).

**Sebeobsluha:** Při stolování, osobní hygieně a oblékání naprosto samostatný.

**Jemná a hrubá motorika:** Hrubá motorika odpovídá úrovni jeho věku. Jemná motorika je na velmi dobré úrovni. Práce s nůžkami a práce s kreslícím materiálem mu nečiní problém. Má velmi bohatou fantazii, kterou uplatňuje při vyjadřování svých pocitů a zážitků při kreslení, modelování a při práci s konstruktivními stavebnicemi.

**Sociální kontakty a emocionální projevy:** Přestože má vůdčí postavení ve skupině dětí a má tendence své vrstevníky organizovat, je mezi dětmi oblíbený. Má empatické cítění a je velmi citlivý k pocitům druhých. Je veselé povahy, stále se směje a málokdy pláče. Stále má však potřebu vyhledávat oporu u dospělé osoby a činí mu problém vyřídít krátký vzkaz. Problémy s adaptací při nástupu do mateřské školy nebyly. Má pěkný vztah k oběma rodičům, kteří se mu maximálně věnují. Navštěvují společně muzea, hrají nejrůznější hry, jezdí na výlety.

## PRIMIPARA 2

*Byli jsme už čtyři roky manželé, když se nám malá narodila. Odkládala jsem to, protože si manžel dodělával vzdělání a nechtěla jsem ho zatěžovat ještě s pomocí v péči o miminko. Já mám středoškolské vzdělání technického směru. Bylo nám tehdy 25 a manželovi 26 let. Měla jsem nějaké komplikace, tak jsem už od pátého měsíce zůstala na nemocenské. Bydleli jsme, a stále bydlíme, s manželovými rodiči, kteří nebyli nijak zvlášť nadšení z radostné události. Manžel si přál chlapce a dával to najevo. Měla jsem stavy, kdy jsem plakala a byla lítostivá i kvůli hlouposti.*

*Těhotenství proběhlo dál už bez komplikací. V 8 měsíci jsem musela polehávat, protože jsem měla nízko položenou dělohu. Z porodu jsem měla smíšené pocity, ale co mě skutečně čeká jsem netušila. První kontrakce se dostavily až 4 dny po termínu porodu. Manžel mě odvezl do porodnice a odjel. Lékař myslel, že se miminko narodí nejdřív v noci. Pak však jiný lékař rozhodl, že mi porod vyvolá. Dostala jsem kapačky, ale název mi neřekli. Měla jsem bolesti a myslela, že to nemůžu vydržet. Po devíti hodinách se holčička narodila. Volala jsem domů tu radostnou zprávu a manžel byl moc překvapený, že je děvče na světě. Babičky i dědečkové brečeli dojetím. Kojení nebylo ze začátku dobré a přidala se i slabší forma žloutenky, tak jsme zůstaly o den déle v nemocnici.*

*Po porodu mě všechno moc bolelo, bylo zvláštní vidět to zamračené miminko na svém břiše. Nástřih hráze byl velkého rozsahu a mohla jsem jenom ležet, protože sezení bylo téměř nemožné.*

*V šestinedělí to byl hrozný kolotoč, byla jsem neskutečně unavená s váhou nižší než před porodem. Malá trpěla silnou kojeneckou kolikou. Přes den si sem tam pospala, ale v noci jsem ji pořád jenom krmila a chovala. Přesto, že mě obě babičky pomáhaly, jsem byla hrozně vyčerpaná. Večer jsem si vzpomněla, že jsem měla od rána jen půl suchého rohlíku a přitom jsem neměla ani hlad. Oblékání a česání, tak to jsem se snažila, abych trošku vypadala.*

*Po půl roce stále žádné změny k lepšímu, noci byly pořád stejné. Neviděla jsem snad celou dobu jediné zprávy v televizi a jen se motala kolem malé. Manžel pomáhal, ale ne tolik jak jsem to potřebovala. Nevytáhla jsem paty z naší dědiny. Jen dokolečka to samé. Poporodní zranění jsem stále neměla zahojené a už i to mě znepokojovalo. Ženská lékařka nedoporučila nějaký zákrok s tím, že komplikace mohou nastat i při druhém porodu a musela*

*bych případnou plastiku podstoupit znova. Spánek nebyl dobrý a nebyl ani dostatečný. Neuměla jsem odpočívat, i když mně babičky přišly pohlídat malou.*

*Rok po porodu jsem byla hodně úzkostná a citově vázaná na malou. Začala jsem si dodělávat řidičský průkaz a to bylo možná štěstí, ože jsem se dostala alespoň mezi mladé lidi a přípravami na závěrečné testy jsem přišla na jiné myšlenky. V 8. měsíci jsem sama přestala kojit a byla to možná chyba. Byla jsem ráda v roli matky, ale často jsem se cítila sama a potřebovala jsem víc zájmu ze strany partnera. Nenavštívila jsem nikdy psychologa, ale možná to bylo tenkrát, alespoň zpočátku, potřeba.*

## **DÍTĚ 2**

**Pohlaví:** děvče

**Věk:** 4 roky

**Rodinná anamnéza:** Úplná, harmonická rodina, věk matky 29 a otce 30let.

**Verbální projev a intelekt:** Rozumové schopnosti přiměřené věku. Slovní zásoba je docela dobrá. Drobné problémy ve vyslovování některých hlásek se podařilo logopedickými chvilkami v MŠ v rámci výuky úplně odstranit. Poměrně dobře se soustředí, i když často bývá jinde ve svých myšlenkách.

**Sebeobsluha:** Samostatná ve všech oblastech – stolování, hygiena, oblékání

**Jemná a hrubá motorika:** Děvče je velmi manuálně zručné a v oblasti jemné motoriky předčí většinu vrstevníků. Držení tužky však není stále správné. Má velmi rozvinutou fantazii, která se odráží nejen v tvořivosti a výtvarném projevu, ale i ve hrách. Je pohybově nadané a v oblasti hrubé motoriky dělá větší pokroky než děti stejně staré.

**Projevy při činnostech a emocionální projevy:** Poměrně výřečné dítě, i když klidné a pomalé, ale neumí samo řešit problémy. Docela často hledá oporu u dospělé osoby. Není však plačtivé. Adaptace nečinila při nástupu do mateřské školy potíže. Matka se jí podle vyprávění velmi věnuje. Mezi dětmi je oblíbená. Převládá u ní dobrá nálada.

### MULTIPARA 3

*Protože byla holčička naše druhé dítě, nebyli jsme úplně mladí a nezkušení rodiče. Mně bylo 35 a manželovi 38 let. Naše starší dcera měla 12 let. Oba jsme s manželem vyučeni v oboru. On pracuje jako řidič a já jsem zaměstnaná u papírenské firmy. Bydlíme sami v rodinném domku, který už hrozně dlouho rekonstruujeme. Druhé dítě jsme docela dlouho odkládali. Pak už bychom dítě chtěli a nešlo to. Když jsem otěhotněla, už jsem ani nepočítala, že se to může podařit. Babičky ještě nebyly v důchodu, ale i tak se těšily, jak budou jezdit hlídat.*

*Těhotenství probíhalo poměrně bez problémů. Pro rizikový věk nad třicet let, mě byl doporučen odběr plodové vody pro vyloučení vrozených vad plodu. Při obdržení záznamky s negativními výsledky jsem brečela štěstím, že je všechno v pořádku. Když přišly po termínu porodní bolesti, byly úplně jiné než při prvním dítěti. Odkládala jsem odvoz do porodnice s tím, že radši strávím první hodiny bolesti doma. Pak mně praskla voda a všechno mělo rychlý spád. Do porodnice jsme přijeli na poslední chvíli a do 20 minut byla malá na světě. Porod proběhl za hodinu a půl po prvních kontrakcích. Manžel musel jít zaparkovat auto a když se vrátil, bylo po všem. Bylo vidět, že si oddechl, že u porodu nemusel být. Nemusela jsem požádat o žádné léky od bolesti ani během porodu a ani potom. Péči při pobytu v nemocnici jsem si pochvalovala. Zdravotnický personál se o nás staral moc pěkně. Kojení bylo bez problémů a za šest dní nás propustili.*

*Po porodu jsem se cítila podstatně lépe, než když jsem rodila jako holka. Byla jsem klidnější, ale bez pláče se to neobešlo. Doma už to bylo lepší, ale nastaly další povinnosti. Starší dcera potřebovala pomoc s učením, malá skoro nespala a vstávala ve čtyři ráno. Byla jsem jako mátoha.*

*Šestinedělí nebylo ve znamení výrazných změn. Plně jsem kojila a malá prospívala. Znepokojoval mě však pláč před i po krmení. Raději jsem požádala o přijetí do dětské nemocnice, aby vyloučili lékaři nějaké závažné onemocnění. Na větu od pana primáře „Zase jedna matka, která se chce vyspat“, nikdy nezapomenu. Byla potvrzena novorozenecká kolika a pustili nás domů. V jídle jsem se musela hlídat, abych nezhoršovala bolesti břicha naší malé. Alespoň tak mi to navrhla dětská lékařka. Častý pláč a špatné spaní trvalo do dvou let. Myslela jsem, že to nemůže nikdy skončit. Co se týče péče o vlastní osobu, jsem typ, že bych ven nevyšla neupravená a nenamalovaná, kdyby se dělo cokoliv.*



*Partner byl u druhého dítěte starší a zralejší, bylo to poznat. Snažil se mně pomáhat a dokázal si i něco odříct. Po půl roce po porodu jsem jedla všechno a poměrně hodně, ale díky kojení byla moje váha přímo ideální. Čas na sebe jsem si sem tam udělala, ale bylo to náročné.*

*Po roce od porodu nebyl důvod pro pláč, začala jsem si mateřství konečně užívat.*

### **DÍTĚ 3**

**Pohlaví:** Děvče

**Věk:** 4 roky

**Rodinná anamnéza:** Harmonická čtyřčlenná rodina. Matka věk 39, otec 42 let. Starší sestra 16 let.

**Verbální projev a intelekt:** Vyjadřování a slovní zásoba odpovídá věku.

**Sebeobsluha:** Ve všech oblastech sebeobsluhy naprosto samostatná – stravování, hygiena. Samostatnost v oblékání dle momentální nálady dítěte.

**Jemná a hrubá motorika:** Pohyby jsou přiměřené k jejímu věku. Zatím dostatečně nerozvinutá jemná motorika. Stříhání jí činí značný problém. Má problémy s držení psacího a kresebného materiálu, držení je křečovitě, a to se odráží i v kresbě. Přestože se této činnosti nevyhýbá, její výsledky ve výtvarné výchově neodpovídají jejímu věku.

**Sociální a emocionální projevy:** Děvče je poměrně klidné, často až zakřiknuté. Pokud se k dětem a jejich hře přidá, dokáže být vůdčí. Nemá ráda změny a je labilní. Hledá stále oporu u dospělé osoby. Neustále se snaží na sebe upozornit, ať už pozitivním nebo i negativním způsobem. Většinou je zamračená a často i kvůli drobnosti pláče. Neustále se ubezpečuje, co budeme dělat, kam půjdeme, kdo tam bude, která učitelka bude mít odpolední směnu. Častá potřeba močení nasvědčuje o přítomnosti určitých neurotických rysů. Adaptace na mateřskou školu proběhla s menšími obtížemi. Děvče téměř nehovořilo ani s učitelkou ani s vrstevníky, spíše pozorovalo a nechtělo se zapojovat do činností.

#### **PRIMIPARA 4**

*S budoucím manželem jsme již čtyři roky žili ve společné domácnosti. Když jsme začali uvažovat o miminku, vzali jsme se. Otěhotnět se mi podařilo velice brzy. V době těhotenství jsem měla já i manžel 31 let. Oba máme středoškolské vzdělání. Naši blízcí a rodina přijali radostnou novinu s nadšením.*

*Zpočátku těhotenství mě trápily ranní nevolnosti, ale ty kolem čtvrtého měsíce odezněly. Dále pak mělo vše plynulý bezproblémový průběh.*

*Když na mě přišly první porodní bolesti, které se projeví silnými bolestmi zad v kříži, jsem ještě netušila, že budu rodit až za devatenáct hodin. Naštěstí se mnou byl po celou dobu manžel, a to mně opravdu moc psychicky pomohlo. Snažila jsem se všechno vydržet bez jakýchkoliv tišících prostředků, ale bylo to téměř nemožné. Lékař povolil alespoň oxytocin. Kojení probíhalo od začátku dobře a vydržela jsem to až do 11. měsíce. Po porodu jsem pociťovala nejistotu, jestli jsem schopna všechno zvládnout a jak. Tyto myšlenky byly potlačovány s obrovským pocitem štěstí, že je miminko zdravé.*

*V šestinedělí se celkem nic nezměnilo. Kojení bez problémů, jen jsem byla moc unavená, nevyspaná, ale péči o malého to nijak neovlivnilo. Únavu jsem řešila zvýšenou konzumací sladkostí.*

*Po půl roce od porodu jsem byla stále unavená a i nervózní, protože jsem nestíhala všechno tak dobře jako dřív. Ať už péči o domácnost, vaření pro dítě, partnera a péči o svůj zevnějšek. Nemůžu však říci, že by se mě zmocňovala beznaděj nebo jsem byla uplakaná. To ne.*

*Teprve po roce můžu hovořit o špatném období. Chlapec začal chodit, ale vyžadoval chodit s oporou a neustále se dožadoval mojí pozornosti. Nebyla jsem schopna všechno sama stihnout a byla jsem bezmocná. Zlobila jsem se na partnera, že mi málo pomáhá a špatně jsem to snášela. Na sebe jsem neměla vůbec čas. Babičky z obou stran nemají důchodový věk, tak byla výpomoc z jejich strany jen občasná. Jediné, co mi trochu pomáhalo, bylo občasné setkání s mými kamarádkami. Mohla jsem si jim postěžovat, poplakat, zahnat pocit samoty, zbytečnosti a už nebylo všechno tak černé.*

## **DÍTĚ 4**

**Pohlaví:** Chlapec

**Věk:** 4 roky

**Rodinná anamnéza:** Fungující rodina se zájmem o dítě. Věk matky i otce 35 let.

**Verbální projev a intelekt:** Užívá špatných koncovek ve slovech, má logopedické vady: č, š, s, ř, l. Při společných rozumových hrách nebo komunikaci neustále odbíhá od tématu. Má problémy se stavbou věty, agramatismus.

**Sebeobsluha:** V sebeobsluze není příliš samostatný, musí dostávat neustále pokyny, jinak činnosti nevykonává a stále si jen s něčím hraje.

**Jemná a hrubá motorika:** Je to živé dítě, jeho pohyby jsou velmi nekoordinované až těžkopádné. Jemná motorika není zatím dobře vyvinutá. Stříhání a vystřihování činí značný problém. Protože neovládá dobře kreslení, této činnosti se vyhýbá. Držení tužky je nesprávné.

**Sociální a emocionální projevy:** Hraje si v úzké skupince kamarádů. Při hře se válí po zemi nebo záměrně padá na kamarády. Dokáže být až agresivní. Není vůdčí osobností, příliš si nevěří. Dostatečně nerozpoznává emoce u druhých kamarádů. Někdy si ani neuvědomuje, že jim ublížil. Při řízených činnostech je nesoustředěný a ruší ostatní. Adaptace proběhla bez větších problémů.

## MULTIPARA 5

*Náše druhé dítě byla také holčička, první dceru máme o osm let starší a je z mého prvního manželství. Mně bylo tehdy 27 a druhému manželovi 28let.*

*Jsem vyučená kadeřnice a manžel má středoškolské vzdělání. Já jsem byla v té době nezaměstnaná a manžel rozvážel zboží na prodejny.*

*Těhotenství bylo plánované, druhé dítě jsme si oba velmi přáli. Díky zdravotním problémům jsem však otěhotněla až po dvou letech snažení. Všichni se z radostné zprávy radovali a nejvíce starší dcera, ta se na sourozence opravdu velmi těšila.*

*Těhotenství bylo hned od začátku v pořádku, byla jsem šťastná a spokojená, že budu mít vytoužené miminko. Celých dalších devět měsíců pak proběhlo bez jakýchkoli problémů. Cítila jsem se velmi dobře a překypovala vitalitou.*

*Termín porodu stanovili lékaři na 28.11., ale již 20.11. jsem byla hospitalizována z důvodu odtoku plodové vody. Porod však stále nenastával, a protože hrozilo nebezpečí infekce, ošetřující porodník rozhodl porod vyvolat. Díky kapačce začaly být bolesti silnější, ale na porod to ještě nebylo. Strávila jsem další celý den a stále nic. Teprve druhý den ráno nastoupila na směnu moje paní doktorka, ta mě prohlédla a naznala, že prostě porodíme hned. Byla jsem po noci do růžova vyspaná, plná energie, tak mi píchla něco, co vyvolalo silné bolesti a do 15 minut byla holčička na světě. Rodila jsem v poloze - polosedě. Manžel byl celé dva dny se mnou v nemocnici a u porodu přestříhl i pupeční šňůru. Oba jsme prožívali pocit štěstí a naprosté úlevy, že je miminko na světě a v pořádku. Zbylý pobyt v nemocnici proběhl v naprosté pohodě. Malou jsem od počátku dokrmovala umělou výživou, jsem kuřačka a přála jsem si, aby malá postupně přešla plně na umělou výživu. Holčička po krmení dobře spala, a tak jsem se vyspala i já a cítila se odpočatá.*

*Celé šestinedělí proběhlo bez komplikací, žádné nepříjemné emoce se mě nezmocňovaly, vše jsem zvládala v naprostém poklidu a neustále cítila pocit obrovského štěstí.*

*Ani po půlroce opět nenastaly změny ani k horšímu, ani k lepšímu. Všechno začalo mít svůj řád.*

*Malička v roce začala dělat první krůčky a já díky podpoře mých rodičů jsem se mohla vrátit k zálibám, kterým jsem se věnovala dříve. Když byl problém, pomohlo mně sejít se s kamarádkami a všechno probrat a všechno bylo to zase, jak má být. Vždycky jsem viděla věci pozitivně a nikdy mě hned tak něco nevyvedlo z míry.*

## DÍTĚ 5

**Pohlaví:** Dívče

**Věk:** 4 roky

**Rodinná anamnéza:** Rodina se zájmem o dítě a pěknými vztahy mezi členy. Starší sestra 12let, matka 31 a otec 32 let.

**Verbální projev a intelekt:** Vůbec v mateřské škole nekomunikuje, neodpovídá na otázku ano či ne. Neužívá gesta ani mimiku.

**Sebeobsluha:** V oblasti sebeobsluhy je naprosto samostatná, bezproblémová.

**Jemná a hrubá motorika:** Hrubá motorika odpovídá přiměřeně jejímu věku. Docela ráda kreslí, ale stále plete i základní barvy.

**Sociální a emocionální projevy:** Dívčátko je klidné, tiché. Vyhledává oporu u dospělé osoby. Nehraje si s ostatními. Spíše jen pozoruje, ale na pokyny učitele dokáže reagovat. Někdy je však vzdorovitá. U činnosti příliš dlouho nevydrží, ale pokud ji něco skutečně zaujme, dotáhne to do konce. Nenašla si zatím kamarády. Neprojevuje emoce spokojenosti ani nespokojenosti. Neusmívá se, neraduje a z počátku hodně plakávala. V domácím prostředí je prý naprosto jiná, komunikuje, hraje si. Adaptace neproběhla bez obtíží. Holčička plakala a nechtěla si hrát a ani se zapojovat do činností.

## PRIMIPARA 6

*V době narození holčičky, měl manžel 36 a já 31 let. Bylo to naše první dítě. Oba máme středoškolské vzdělání. Já pracuji jako laborantka a manžel v mlékárenském podniku jako vedoucí úseku. Širší rodina přijala mé těhotenství s radostí, stejně, jako rodina nejbližší. Nejužší rodina věděla o problémech s otěhotněním, proto jeho počátky těhotenství provázely i obavy, zda bude vše v pořádku. Manžel byl po všech postoupených vyšetřeních a mém léčení určitě rád, ale také značně „psychicky unavený“ - nemyslím v negativním smyslu slova, spíš se bál věřit, že to vše dopadne dobře. Těhotenství bylo velmi dlouho plánované, několik let jsem se léčila na neplodnost. Vzhledem k tomu, že se těhotenství nedařilo přirozenou cestou, podstoupila jsem umělé oplodnění. Vzhledem k tomu a upozornění lékařem, že mám počítat s potratem (tělo prý plod neudrží) jsem byla doma, do práce jsem nechodila a počátky těhotenství jsem strávila na lůžku. Nevolnosti, které první trimestr provázejí téměř u všech žen, se nevyhnuly ani mně. Takže i přes radost z toho, že budu možná máma, se mi občas připlety do cesty i myšlenky, že pokud je těhotenství nejkrásnější období v životě ženy, jsem asi úplně nemožná a neschopná. Také navíc po upozornění lékaři, že to asi špatně dopadne jsem se bála se příliš na těhotenství „fixovat“. Nevolnosti trvaly až do 4. měsíce. Zvracení a nevolnost bylo celodenní a i to přispělo k tomu, že jsem nepřibírala na váze. Pro lékaře to byla dobrá zpráva, přibírat jsem nesměla ani moc ani rychle, aby se miminko udrželo. Zbytek těhotenství probíhal úplně normálně, držela jsem se nařízení nejíst umělé vitamíny, nepřejídat se. Musím říct, že to bylo opravdu krásné období. Navíc každý týden, který jsem s dítětem „žila a byla“ byla naše společná výhra. Že bude naše dítě děvčátko, jsem věděla v podstatě od začátku, jakmile jsem její život v sobě začala cítit, mluvila jsem k ní.*

*Přes všechny prognózy jsem miminko ještě přenášela, porod, ale proběhl normálně. Byl přirozený, trval 14 hodin. Začal, že mi odešla plodová voda, a proto jsem musela odjet do porodnice, i když porod proběhl za dlouhou dobu. Pocity při porodu se nedají popsat, musí se zažít. Žádné utišující léky jsem nedostávala. Kojení byl ze začátku boj hlavně v porodnici. Neměla jsem štěstí na dobrou zdravotní sestru. Všechny prvorodičky dle ní byly nemožné. Až doma jsem si poradila díky manželce mého bratra. Co se týče porodu samotného, neměla jsem problémy. Rodila jsem tradičně na operačním sále, přirozenou cestou. Manžel u porodu být nechtěl.*

*Po porodu jsem byla samozřejmě šťastná, ale unavená. Plakala jsem štěstím, zároveň ve mně klíčil strach, zda jako matka obstojím. Pocit bezmoci jsem cítila, když se mi nedařilo*

*kojit, ale to je asi u většiny prvorodiček podobné. Doma už bylo vše v pořádku, ve svém prostředí a se svými blízkými se začalo vše dařit a bezmoc byla pryč.*

*V šestinedělí se mi projevila silná alergie (svědivá vyrážka) na léky, které jsem musela brát po porodu ( byla jsem velmi chudokrevná), proto jsem byla hodně nervózní, psychicky to bylo hodně náročné. Také zde byla obava, zda nemůže potlačování alergické reakce uškodit miminku. Léčba byla prováděna silnými kortikoidy. Lékaři sice tvrdili, že krátkodobé ( v mém případě týden) podávání kortikoidů nemůže dítěti ublížit, ale strach tu byl. Každý den mě manžel vozil do 25km vzdáleného města na injekce,(museli jsme jezdit mezi kojením).Co se týče jídla, hlídala jsem se, protože při kojení jsem nechtěla riskovat potíže miminka díky špatné skladbě jídelníčku. Spánek mi chyběl, dcera už od narození nepatřila mezi spáče. Musím přiznat, že můj zevnějšek nebyl úplně prvořadý. Ne že bych se neoblékala pěkně, dělalo mi ale potíže se líčit. Nemalovala jsem se vůbec, přitom jsem byla před porodem zvyklá se denně alespoň upravit řasenkou, tužkou na oči a rtěnkou. První měsíce po porodu jsem necítila potřebu se líčit. Stejně tak vlasy – nechala jsem je růst a ke kadeřnici jsem nechodila. Ale myslím, že jsem nepůsobila a ani nevypadala zanedbaně! Nenalíčená neznamená neupravená- alespoň já to tak cítím. Deprese ani jiné problémy jsem neměla.*

*Po půl roce jsem již byla zaběhlá. Dcera byla nespavá, bylo to náročné. Pocit štěstí byl pořád stejný, pyšná a spokojená máma zdravého dítěte. Duševní vyrovnanost.*

*Rok po porodu přišel šok v podobě okamžitého a neplánovaného zastavení kojení. Mléka jsem měla hodně, ale zdravotní problémy bohužel ukončily toto intenzivní spojení mezi matkou a dítětem. Dcera byla samozřejmě v té době již na příkrmech, ale ráno i večer vyžadovala mléko, v noci pak na utišení. Bylo to velmi těžké nejen pro ni. Neměla jsem čas se psychicky připravit na tuto situaci, někomu to nevadí, pro mě to bylo velmi těžké. Strašně moc mi chyběly naše společné chvíle, nedá se to popsat, v tu chvíli jsem pochopila svoji závislost na svém dítěti. Partner a otec dítěte se snažil pomáhat. Také nás živil, což obnášelo brzký ranní odchod do práce a návrat ve večerních hodinách. Přes den tedy samy, večer společně koupání dcery. Je jasné, že přes týden s námi moc nebýval. Ale přes víkend to bývalo dobré. Co se týče mého okolí, rozhodně jsem nebyla izolovaná, spíš naopak. Do města, ve kterém bydlím, jsem se přistěhovala za manželem, nikoho jsem neznala. Díky mateřské dovolené jsem poznala spoustu maminek a jejich dětí a vytvořila si nová přátelství.*

*Nikdy jsem neměla deprese. Pouze po roce od porodu, kdy dcera přes den nespávala vůbec a v noci byla neustále vzhůru, jsem měla lehké zdravotní potíže, pramenící z nevyspaní*

*a absolutní únavy. Vše se vyřešilo tím, že mi manžel dával více prostoru pro spaní a v noci vstával k dceři sám. (Nespavost dcery jsem řešila s dětskou lékařkou. Tvrdila, že jde o hyperaktivitu, dnes moderní název, za který se dá schovat cokoliv. Je pravda, že dcera dodnes nepotřebuje moc spát, jestli je opravdu hyperaktivní, nevím).*

## **DÍTĚ 6**

**Pohlaví:** Děvče

**Věk:** 4 roky

**Rodinná anamnéza:** Úplná rodina s pěknými fungujícími vztahy. Věk matky 35 a otec 40 let.

**Verbální projev a intelekt:** Komunikace odpovídá věku dítěte. Řečové vady nemá. Vědomosti má děvče přiměřené věku. Vyjadřuje se v celých větách.

**Sebeobsluha:** V oblasti sebeobsluhy je soběstačná. Jen při oblékání potřebuje občas pomoci, jinak se vzteká.

**Jemná a hrubá motorika:** Je velmi pohybově nadaná. Má velký fyzický potenciál. V oblasti hrubé motoriky nastávají změny k lepšímu. Z počátku byly pohyby prudké, nekoordinované a nepředvídatelné. Má tendence neustále běhat po třídě, na chodbě školy i venku. Jemnou motoriku je třeba u ní stále rozvíjet. Především špatné držení tužky a kreslicího materiálu a také procvičovat uvolňování ruky. Neumí správně držet nůžky a tvoření ji příliš nebaví, proto tento druh činnosti nevyhledává.

**Sociální a emocionální projevy:** Děvče je netrpělivé, nevydrží déle u žádné činnosti. Špatně se soustředí a má neustálý motorický neklid. Často vykřikuje a dožaduje se pozornosti. Nikdy nebyla výrazně fixovaná na matku ani na jinou osobu. Adaptace v MŠ probíhala poměrně bez potíží. Bylo však nutné zavedení pravidel, dítě si dělalo co chtělo. Bylo nutné uplatňovat důslednost. Hraje si společně s ostatními dětmi a má spíše dominantní postavení ve hře. Při činnostech se nedokáže déle soustředit a je roztržitá. Kouše si nehty na rukou i nohou. Při odpoledním odpočinku zpravidla usne, ale trvá déle, než se zklidní.



## MULTIPARA 7

*Chlapec byl neplánované miminko. Z prvního manželství jsem měla dvanáctiletého syna. Mně bylo 34 a druhému manželovi 35 let. Oba máme středoškolské vzdělání.*

*Oznámení, že čekáme miminko, mělo radostnou odezvu u nejbližších příbuzných, i od partnera.*

*Těhotenství bylo rizikové, proto jsem od pátého měsíce byla na nemocenské a chodila po vyšetřeních. Protože jsme se do toho všeho ještě stěhovali spolu se synem k současnému manželovi, bylo to pro všechny hodně náročné období.*

*Chlapec se ohlásil přesně v den plánovaného termínu porodu. Přestože to byl druhý porod, rozhodně neproběhl úplně v pohodě. Trval deset hodin. Dítě sestoupilo do porodních cest, ale díky úzké pánvi nemohl vyjít na svět tradiční cestou. Nebyl čas ani na císařský řez, proto porod proběhl „s dopomocí“. Byl však spontánní a proběhl záhlavím. Manžel byl se mnou u porodu. Dostala jsem řadu léků, I.V. Algifen + Spasmopan, Buscopan nitrožilně a Sorbifer.*

*Po porodu se dostavily pocity štěstí, naprosté vyčerpání, krátké stavy bezvědomí. Kojení bylo zahájeno bez problémů. Bezprostředně po porodu byly pocity štěstí a úleva..*

*Šestinedělí proběhlo pro mě po psychické stránce bez komplikací. Malý byl v pořádku, ale já po velké ztrátě krve a kvůli špatnému krevnímu obrazu jsem byla nucena užívat vitaminové preparáty a Maltofer. Trpěla jsem velkou únavou a ospalostí. Neměla jsem však problém o sebe pečovat, upravit se a pěkně obléknout.*

*Ještě po půl roce jsem měla ten pocit, že je člověk hrozně organizovaný, nemá čas na sebe. Současně však vědomí, že to co dělám a jak to dělám, je správné. Podpora ze strany rodiny nebyla, protože teď bydlíme poměrně daleko od mých rodičů. Byla jsem tedy odkázána sama na sebe. Manžel se hodně staral o dům a jeho okolí, ale mně to v ten okamžik bylo jedno, i když bych raději přivítala, kdyby se víc zajímal o nás. Můj syn procházel pubertou a všechno zvládat bylo opravdu hodně náročné.*

*Po roce se všechno zase vrátilo k normálu. Myslím si, že jako rodina jsme v pohodě. Negativní pocity se u většiny z nás dostavují často. Ale jedno vím už teď, že život, i přes všechna možná protivenství, nebude tak pěkný jako teď. Vzhledem k tomu, že další dítě už neplánujeme, jsem se snažila si všechno maximálně vychutnat.*

## DÍTĚ 7

**Pohlaví:** Chlapec

**Věk:** 4 roky

**Rodinná anamnéza:** Úplná rodina se zájmem o dítě. Matka 38 let, působí až příliš ochranným dojmem. Otec 39 let, starší sourozenec 16let.

**Verbální projev a intelekt:** Protože pouze artikuluje a má nesrozumitelnou řeč, dorozumívá se s vrstevníky nepřiměřeným až agresivním chováním. Po návštěvě psychologa nám matka sdělila, že je to způsob jeho komunikace, protože neumí mluvit a nemůže komunikovat se svým okolím. Rodiče navštěvují logopedickou poradnu, ale zatím bez dílčích úspěchů. Má však snahu a sleduje výraz tváře a artikulaci, když s ním mluví učitelka.

**Sebeobsluha:** Chlapec je samostatný, ale musí být důsledně kontrolován a povzbuzován, jinak se neumyje, neobleče apod.

**Jemná a hrubá motorika:** Je to velmi živé dítě. Má nekoordinované pohyby a problémy v hrubé motorice. Nerad kreslí nebo maluje. Výdrž u těchto typů činností je téměř nulová. Nedokáže činnosti dotáhnout do konce. Pokud je u činností podporován učitelkou, alespoň se snaží, i když jen krátce.

Zatím má problémy s koordinací ruky a oka. Problémy mu činí i prostorová představivost.

**Sociální a emocionální projevy:** Zatím chlapec nerozeznává co se smí, a co není správné. Má velmi oblíbeného kamaráda, na kterého je zvyklý a vyhledává ho i ke společným hrám. Pokud se přidá k větší skupince dětí, kazí jejich hru a ubližuje jim. Nevyhledává a nevyžaduje oporu dospělého a někdy ho ani nechce akceptovat. Pokud chce učitelka něčeho dosáhnout, nesmí na něj tlačit, jinak se dítě zapře. K dětem se nechová pěkně, často se projevuje až agresivně, když jim bere hračky přímo z rukou. Pokud chlapec něco nechce nebo s něčím nesouhlasí, reaguje pláčem.

Nastane-li nějaký problém, vždy se s maminkou rozumně domluvíme. Jinak se snažíme s dítětem jednat podle společně stanovených pravidel všech dětí třídy, ovšem s individuálním přístupem k chlapci. Adaptace na MŠ probíhala bez problémů

## PRIMIPARA 8

*V době prvního těhotenství jsem měla 32 let a manželovi bylo 47. Bylo to naše první dítě. Oba s manželem máme vysokoškolské vzdělání. Já se zaměřením na sociální práci, manžel pracuje v oblasti stavebnictví. Těhotenství jsme si naplánovali. Když jsme novinku oznámili blízké rodině, zaskočila nás reakce rodičů mého manžela. Doslova řekli, jestli jsme se nezbláznili. Těhotenství mělo hladký průběh bez komplikací. Jen jsem navštěvovala lékaře z důvodu běžných prohlídek a kontrol u ženského lékaře.*

*Porod proběhl velmi neočekávaně a poměrně rychle. První příznaky, že se blíží porod, byly nevýrazné. Neměla jsem silné bolesti. Kolem 4 hodiny ranní, mě začalo sem tam píchat v břiše. Pak už začaly stahy. Manžel mě přivezl do porodnice v 6.30 a holčička byla již v 8 hodin na světě. Porod nebyl komplikovaný, proběhl na porodním křesle. Manžel byl po celou dobu se mnou. Nepožádala jsem a ani nebylo nutné, abych užila nějaké tišící prostředky během porodu a ani po něm. Kojení probíhalo bez problémů a vydržela jsem to až do jednoho roku věku děťátka.*

*Hned po porodu, ještě na porodním sále, jsem měla pocit úlevy a ani netoužila dítě vidět nebo si ho pochovat. Manžel nechápal, co se se mnou děje. Byla jsem i přes tu krátkou dobu porodní hodně vyčerpaná. Na pokoji jsem to byla zase já a malého jsem nedala z ruky. Pořád jsem ho jen pusinkovala a těšila se z něj.*

*Šestinedělí jako by pro mě ani neexistovalo. Nepocítovala jsem nic výjimečného. Chut' k jídlu byla, ale spánek mě narušovalo časté kojení, tak nemůžu říci, že by byl dobrý. Zevnějšek jsem moc neřešila. S miminkem jsme moc nikam nechodili, takže pouze návštěva lékaře byla příležitostí pěkně se obléknout a upravit. Nelíčila jsem se, ale ani nezanedbávala zevnějšek.*

*Po půl roc, běžný život s každodenními radostmi a starostmi. Celkem jsem to zvládala.*

*Po roce nenastaly žádné výrazné změny. Miminko jsem stále stejně milovala. Pocítovala jsem však určitou společenskou izolaci. Babičky téměř nehlídaly. Manžel někdy nepochopil mou potřebu okamžitě někam zajít, zajet, mít změnu. Na štěstí jsem z té skupiny maminek, které nemusely, a doufám ani nebudu v budoucnu nucena, navštívit psychologa.*

## DÍTĚ 8

**Pohlaví:** Chlapec

**Věk:** 4 roky

**Rodinná anamnéza:** Tříčlenná harmonická rodina. Je však znát, že je dítě jedináček. Matka 36let, otec 51let.

**Verbální projev a intelekt:** Jde o velmi bystré dítě s hlubokými vědomostmi. Je velmi zvědavý a chápe i širší souvislosti. Hovoří v celých větách. Má velkou slovní zásobu. Užívá i cizí slova. Pouze špatně vyslovuje s, š. Při společné činnosti předčí ostatní vrstevníky ve znalostech, postřehu. Soustředit se mu však činí potíže.

**Sebeobsluha:** V oblasti sebeobsluhy je poměrně soběstačný, jeho tempo je však velmi pomalé. Je nutné vylepšit kulturu stolování. Jí velmi dlouho a neesteticky. Hygiena a oblékání nečiní problém.

**Jemná a hrubá motorika:** Vývoj v oblasti hrubé motoriky odpovídá věku. V jemné motorice má chlapec nedostatky. Nerad kreslí a špatně drží tužku. Nemá dosud dostatečně vyvinutou koordinaci ruky a oka, vystřihování mu činí obtíže, je nepřesné. Přestože má velkou fantazii, neumí ji vyjádřit prostřednictvím kresby. Tento nedostatek kompenzuje nápaditostí a originalitou ve hrách.

**Sociální a emocionální projevy:** Hraje si v úzké skupince dětí. Snaží se být ve všem nejlepší. Je organizační typ. U dospělé osoby již nehledá oporu.

Adaptace na MŠ nebyla bezproblémová, chlapec zpočátku velmi plakal a dožadoval se matky.

Matka se mu velice věnuje a podporuje jeho zvědavost. Je však znát, že je jedináček. Má vše, co si usmyslí.

## PRIMIPARA 9

*Mám středoškolské vzdělání ekonomického směru a partner technického směru. Pracuje jako hlavní údržbář v jedné firmě. Bydleli jsme ve společné domácnosti, ale nebyli jsme sezdaní. Teprve po zjištění, že jsem těhotná, jsme se vzali. Měla jsem v té době 22 let, manžel 23 a čekali jsme naše první dítě. Lékaři mi těhotenství nedoporučili vzhledem ke zdravotnímu stavu. Trpěla jsem opakovaným zánětem ledvin. Těhotenství bylo chtěné. Byli jsme oba s partnerem nadšení. Moje matka řekla, ať jdu na potrat. Měla strach o moje zdraví. Prodělala jsem i složitou operaci tříselné kýly. Lékařka však doporučila udělat různá vyšetření, která potvrdila, že přes veškeré mé předešlé zdravotní komplikace jsem schopná donosit dítě.*

*Těhotenství bylo rizikové. Časté záněty ledvin a zvýšený cukr. Na konci druhého měsíce jsem krvácela a skončila v nemocnici. Tam mi dávali injekce na udržení těhotenství, v nemocnici jsem pak střídavě pobývala až do porodu. Ten trval 10 hodin a byl velmi fyzicky náročný. Měla jsem křížové bolesti. Rodila jsem tradičně, ale ve vaně v nadstandardním pokoji. Partner byl po celou dobu se mnou a podporoval mě. Kojení hned od začátku bylo zdařilé a trvalo až do 3. let věku dítěte. Chlapec je alergik a astmatik, proto mi lékaři kojení vřele doporučili. (Neprodělával žádné dětské nemoci, ani nachlazení angíny apod.)*

*Často jsem po nachlazení trpěla záněty prsů a léčila si je sama. Emoce po porodu byly správné. Pocity štěstí, že je vše, jak má být.*

*Šestinedělí také proběhlo bez problémů. Nebyla jsem příliš unavená, protože syn dobře spával. Chodila jsem na procházky a mezi lidi. Hubená jsem byla vždycky, tehdy ještě víc, ale chutnalo mi. Bydlíme na dědině, oblékání jsem příliš neřešila.*

*Po roce stále trvala spokojenost, vše jsem zvládala. Byla jsem klidná, spokojená a plánovala druhé dítě. Mé štěstí však pokazilo zhoršení zdravotního stavu syna. Propadala jsem beznaději. Musel změnit stravu, nový režim a stálé běhání po lékařských kontrolách. A stále často kladené otázky, proč zrovna já mám nemocné dítě. Na štěstí jsem měla obrovskou psychickou oporu ve své dětské lékařce. Povzbuzovala mě a držela mě nad vodou v těžkých chvílích. Můžu říct, že i víc než moje vlastní rodina. Nemusela jsem však navštívit psychologa a poprala jsem se s tím sama.*

## DÍTĚ 9

**Pohlaví:** Chlapec

**Věk:** 4 roky

**Rodinná anamnéza:** Pěkné partnerské i rodinné vztahy. Věk matky 26let, otce 27 let.

**Verbální projev a intelekt:** Je to tichý chlapec. Má kultivované projevy i mluvu. Nemluví příliš, ale při individuálních činnostech se dokáže uvolnit a hovořit o všem možném. Hovoří v celých větách a používá výrazy a slovní obraty jako dospělí.

**Sebeobsluha:** V sebeobsluze je naprosto soběstačný. Má však velmi pomalé tempo.

**Jemná a hrubá motorika:** Jeho reakce jsou klidné, pomalé. Hrubá motorika je přiměřená věku. V jemné motorice se postupně zlepšuje a začíná mít zálibu v kreslení, především pokud může vyjádřit vlastní fantazii.

**Sociální a emocionální projevy:** Je citlivý a ohleduplný k ostatním. Je však neprůbojný a musí být k činnostem neustále pobízen. Na dospělé osobě je nezávislý.

Hraje si spíše v malé skupince kamarádů a využívá fantazii ve hrách. Adaptace v MŠ proběhla bez problémů, navštěvoval již dříve jesle, proto mu nečinilo problém zvykat si na režim školy.

Rodiče se o něho velmi zajímají. Z vyprávění chlapce u něho pěstují lásku k vědomostem, navštěvují různá muzea, dětská zábavná centra a snaží se s ním trávit veškerý volný čas.

## MULTIPARA 10

*Mám středoškolské vzdělání a pracuji na poště. Manžel je elektrikář, má maturitu. Pořídili jsme si druhé dítě až po téměř 9 letech od narození prvního potomka. Bylo mi 31 a manželovi o rok víc. Bydlíme sami ve velkém rodinném domě, rodiče žijí ve stejné vesnici v blízkosti nás. Plánovali jsme děťátko už hodně dlouho, ale nedařilo se mi stále otěhotnět. Absolvovala jsem nespočet vyšetření. Lékař mi nedával žádnou naději, že bych mohla otěhotnět. Až když jsme to vzdali, jsem přišla s radostnou zprávou. Manžel tomu nemohl uvěřit a blízká rodina přijala zprávu s nadšením. Byla jsem však sledována pro zvýšenou hladinu bílkovin. Těhotenství nebylo rizikové. Chodila jsem do práce asi do 5 měsíce, a pak mě raději nechal lékař na nemocenské. Výrazné komplikace jsem neměla.*

*Porod proběhl po termínu a velmi rychle. Trval pouhé dvě hodiny, ale nebyl spontánní. Museli mi ho vyvolat. Byl mi aplikován i epidural. Lékař naznal, že jsem měla až neskutečně málo plodové vody. Po porodu jsem žádné tišící prostředky nedostala. Kojení od počátku probíhalo bez komplikací, ale dostavovaly se časté záněty prsů. Byla jsem šťastná a manžel se mnou, tak jsme to prožívali oba společně. Dcerka ani nezaplakala, jen tak nějak koukala. Byla jsem spokojená máma.*

*Šestinedělí nebylo zrovna příjemné. Dcera stále plakala i po jídle a přebalení. Jedině na mých prsou se dokázala utišit. Lékařka řekla, že ji zřejmě uklidňuje tlukot mého srdce. Spánek jsem měla mizerný. Byla jsem unavená, bez elánu a líčení nebo šlechtění, bylo to poslední, na co jsem měla myšlenky.*

*Po půl roce obrat k lepšímu díky podpoře ze strany mé rodiny. Měla jsem i trochu času na odpočinek, když si vzali dcerku na procházku. Partner byl často dlouho v práci, tak z jeho strany jsem se na pomoc nemohla spolehnout.*

*Po roce jsem byla docela klidná. Věci dostaly svůj řád, začal fungovat určitý režim. Dcerka byla živější, a tak jsem začala podnikat různé výlety a aktivity, abych ji zabavila. Navštěvovaly jsme společně s jinými maminkami kurzy plavání. Chodila jsem do kroužku keramiky a začala si mateřství n plno užívat. Když byl problém, pomohla mi kamarádka, která měla stejně staré dítě. Nemusela jsem proto a doufám, že nikdy muset nebudu, navštívit odborníka psychologa.*

## **DÍTĚ 10**

**Pohlaví:** Děvče

**Věk:** 4 roky

**Rodinná anamnéza:** Fungující rodina se zájmem o dítě. Starší sourozenec 13let. Věk matky 35 let, věk otce 36 let.

**Verbální projev a intelekt:** Vyjadřování jí činí trochu problém. Má výrazné vady ve výslovnosti v, k, l, r, ř. Po obsahové stránce řeči nemá dítě problém. Vyjadřuje se v souvětích. Řeč je však dosti nesrozumitelná.

**Sebeobsluha:** V oblasti osobní hygieny, stravování je naprosto samostatná a nevyžaduje žádnou pomoc od dospělého a ani u něho nehledá oporu..

**Jemná a hrubá motorika:** Děvče je hravé, pohybově trochu těžkopádné. Jemnou motoriku má na vyšší úrovni než vrstevníci. Je při činnostech pečlivá a kreativní. Ráda vystřihuje, kreslí, a to s velkým nasazením. Má zálibu ve skládání puzzlí, což ostatní děti tolik nebaví.

**Sociální a emocionální projevy:** Při činnostech, které ji baví, vydrží a je trpělivá, při společných činnostech např. v komunitním kruhu bývá nesoustředěná. Ráda si hraje, a to v užší skupince kamarádů.

Dokáže být velmi tvrdohlavá, někdy až paličatě zastává svůj postoj. Adaptace proběhla poměrně bez problémů



## 5. PŘEHLED ŠETŘENÍ

### Cíl hypotézy H1:

Cílem hypotézy H1, bylo zjistit, zda matky dětí s negativními projevy chování měly v době těhotenství, porodu nebo v raném vývoji dítěte psychické problémy, například se u nich projevila poporodní deprese.

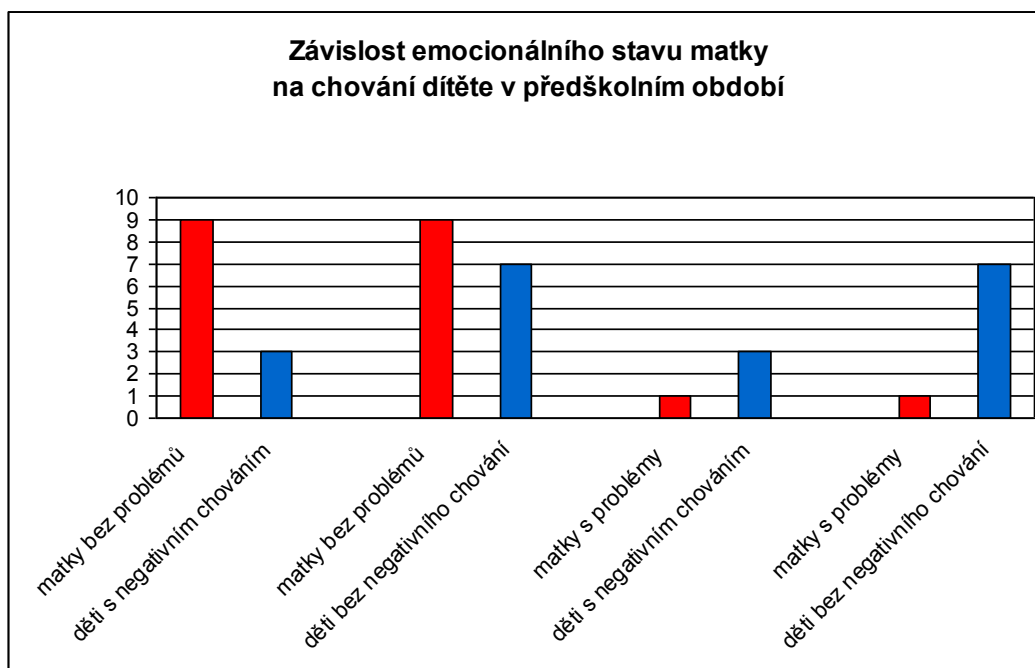
### Ověření hypotézy H1:

Matky s psychickými problémy	ano	ne	Děti s negativním chováním	ano	ne
Primipara 1	–	ne	Dítě 1	–	ne
<b>Primipara 2</b>	<b>ano</b>	–	<b>Dítě 2</b>	–	<b>ne</b>
Multipara 3	–	<b>ne</b>	Dítě 3	–	ne
Primipara 4	–	<b>ne</b>	Dítě 4	<b>ano</b>	–
Multipara 5	–	<b>ne</b>	Dítě 5	<b>ano</b>	–
Primipara 6	–	<b>ne</b>	Dítě 6	<b>ano</b>	–
Multipara 7	–	ne	Dítě 7	–	ne
Primipara 8	–	ne	Dítě 8	–	ne
Primipara 9	–	ne	Dítě 9	–	ne
Multipara 10	–	ne	Dítě 10	–	ne

Tabulka č.2a) Přehled závislosti emocionálního stavu matky v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu na výskyt negativního chování u jejich dětí.

matky bez psychických problémů	9
děti s negativním chováním	3
matky bez psychických problémů	9
děti bez negativního chování	7
<b>matky s psychickými problémy</b>	<b>1</b>
děti s negativním chováním	3
matky s psychickými problémy	1
děti bez negativního chování	7

Tabulka č.2b) Celkový přehled výsledků závislosti emocionálního stavu matky v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu na výskyt negativního chování u jejich dětí.



Graf č.1 Přehled výsledků závislosti emocionálního stavu matky v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu na výskyt negativního chování u jejich dětí.

U 10% žen po porodu dochází k mnohem výraznějším psychickým změnám, které se za přirozené nepovažují.

Z deseti dotazovaných uvedlo osm matek, že prodělaly běžný poporodní splín. Jedna matka měla bezproblémový průběh těhotenství, šestinedělí i půl rok po porodu. A pouze jedna matka uvedla, že prodělala slabší formu poporodní deprese, která se u ní projevovala ještě půl roku po porodu dítěte.

Výsledky šetření ukázaly, že právě matka, která prodělala slabší poporodní depresi, má dítě, které se neprojevuje nápadným ani negativním chováním. U zbývajících devíti matek vyšlo šetření takto: tři děti těchto matek se projevují negativním chováním až agresivitou, šest zbývajících dětí se neprojevuje agresivitou ani negativním chováním.

### Cíl hypotézy V1:

Cílem hypotézy V1 bylo zjistit, mají-li vliv psychické problémy matky až projevy deprese v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu, na vývoj verbální komunikace jejich dětí.

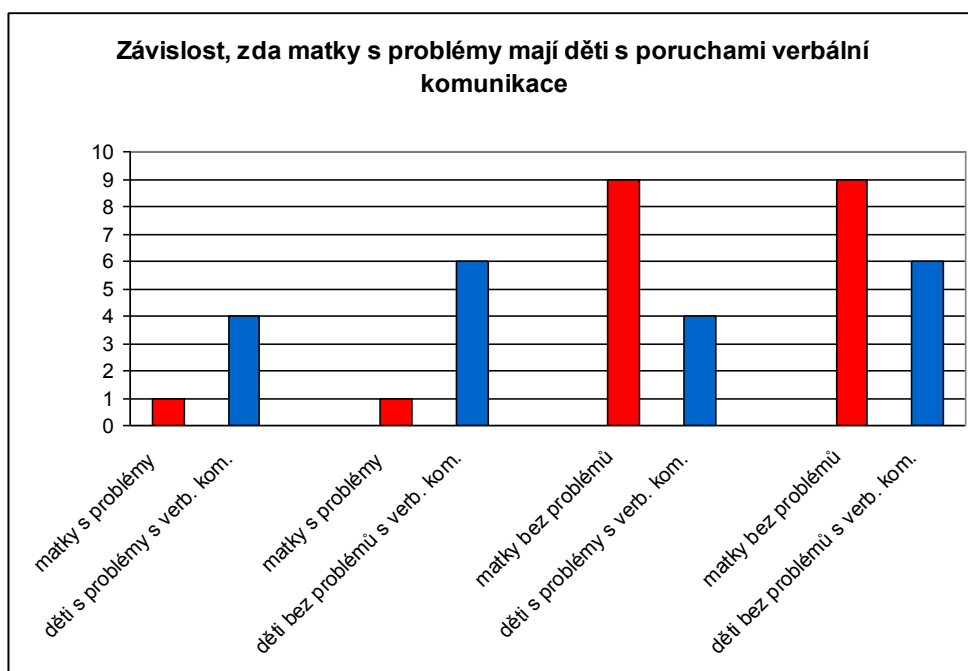
### Ověření hypotézy V1:

Matky s psychickými problémy	ano	ne	Děti s poruchami ve verbální komunikaci	ano	ne
Primipara 1	–	ne	Dítě 1	–	ne
Primipara 2	<b>ano</b>	–	Dítě 2	–	<b>ne</b>
Multipara 3	–	ne	Dítě 3	–	ne
Primipara 4	–	ne	Dítě 4	ano	–
Multipara 5	–	ne	Dítě 5	ano	–
Primipara 6	–	ne	Dítě 6	–	ne
Multipara 7	–	ne	Dítě 7	ano	
Primipara 8	–	ne	Dítě 8	–	ne
Primipara 9	–	ne	Dítě 9	–	ne
Multipara 10	–	ne	Dítě 10	ano	–

Tabulka č.3a) Přehled závislosti psychických problémů matky v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu, na vývoj verbální komunikace jejich dětí.

Matky s psychickými problémy	1
Děti s problémy verbální komunikace	4
Matky s psychickými problémy	1
Děti bez problémů ve verbální komunikaci	6
Matky bez psychických problémů	9
Děti s problémy ve verbální komunikace	4
Matky bez psychických problémů	9
Děti bez problémů ve verbální komunikaci	6

Tabulka č. 3b) : Celkový přehled výsledků závislosti psychických problémů matek v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu na verbální komunikaci jejich dětí.



Graf č. 2 Přehled závislosti psychických problémů matky v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu, na vývoj verbální komunikace jejich dětí.

Pouze jedna matka z deseti, v následujícím šetření, měla emocionální potíže a prodělala slabší poporodní depresi. Tato matka má však dítě, které nemá výrazné problémy ve verbální komunikaci.

Výsledky šetření dopadly takto: celkem devět matek nemělo emoční potíže v době těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu. Z toho šest matek má dítě bez problémů v oblasti verbální komunikace. Zbývající čtyři matky mají děti, které se potýkají s problémy ve verbální komunikaci. Převážně se jedná o špatnou výslovnost celé skupiny hlásek: r, ř, s, š, c, č a l. Jedno dítě má ještě i problémy ve skloňování a je mu špatně rozumět. Další z těchto dětí se snaží artikulovat, ale vydává pouze zvuky. V případě dítěte multipary 5, se dokonce jedná o nemluvnost. V domácím prostředí dítě běžně komunikuje, v mateřské škole nikoliv. Jedná se pravděpodobně o selektivní mutismus.

### Cíl hypotézy V2:

Cílem hypotézy V2 bylo zjistit, má-li věk matky nad třicet let, vliv na adaptaci jejího dítěte.

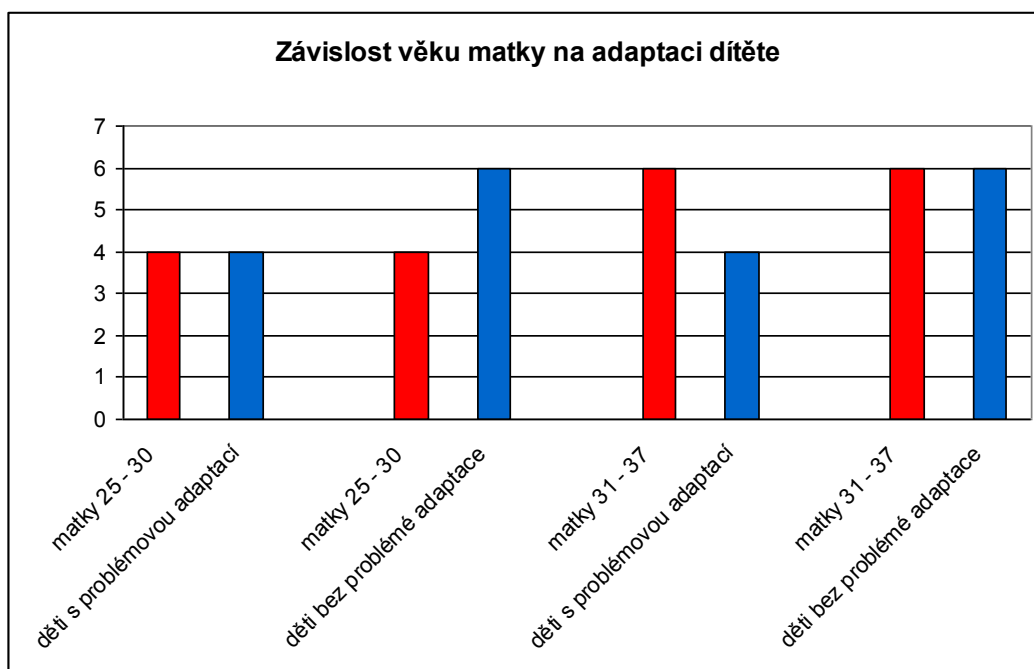
### Ověření hypotézy V2:

Matky s věkem	25-30 let	31-37 let	Děti s problémovou adaptací	ano	ne
Primipara 1	ano	–	Dítě 1	–	ne
Primipara 2	ano	–	Dítě 2	–	ne
Multipara 3	–	<b>ano</b>	Dítě 3	<b>ano</b>	–
Primipara 4	–	ano	Dítě 4	–	ne
Multipara 5	ano	–	Dítě 5	ano	–
Primipara 6	–	ano	Dítě 6	–	ne
Multipara 7	–	ano	Dítě 7	–	ne
Primipara 8	–	<b>ano</b>	Dítě 8	<b>ano</b>	–
Primipara 9	ano	–	Dítě 9	–	ne
Multipara 10	–	<b>ano</b>	Dítě 10	<b>ano</b>	–

Tabulka č.4.a) : Přehled závislosti věku matky na adaptaci dítěte v mateřské škole

Matky s věkem 25-30	4
Děti s problémovou adaptací	4
Matky s věkem 25 – 30 let	4
Děti bez problémové adaptace	6
Matky s věkem 31-37 let	6
Děti s problémovou adaptací	4
Matky s věkem 31-37	6
Děti bez problémové adaptace	6

Tabulka č.4b) Celkový přehled výsledků zjišťované závislosti věku matky na adaptaci dítěte v mateřské škole



Graf č.3 Přehled závislosti věku matky na adaptaci dítěte v mateřské školy

Jak vyplývá z tabulky, matek s věkem nad třicet let bylo celkem šest. U jejich dětí byly zjištěny problémy v adaptaci ve třech případech a ve zbývajících třech byly výsledky negativní.

### Cíl hypotézy V3:

Cílem hypotézy V3 bylo zjistit, má -li nedostatečná podpora matky ze strany partnera a nejbližší rodiny, vliv na výskyt poporodní deprese u matky.

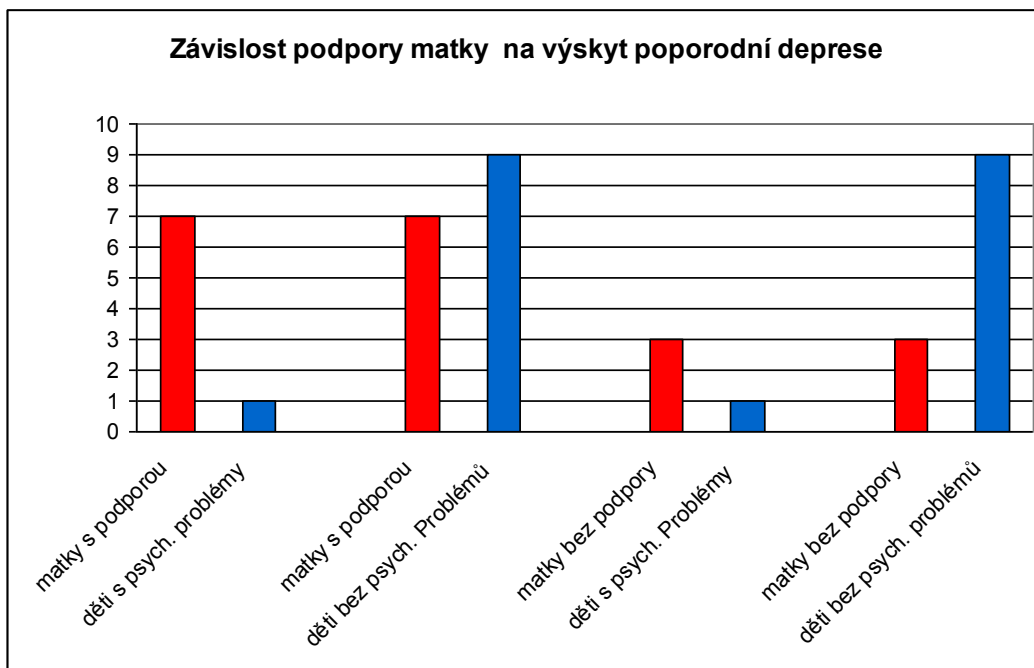
### Ověření hypotézy V3:

Matky s podporou ze strany partnera a blízké rodiny	ano	ne	Matky s poporodní depresí	ano	ne
Primipara 1	ano	–	Dítě 1	–	ne
Primipara 2	ano	–	Dítě 2	ano	–
Multipara 3	ano	–	Dítě 3	–	ne
Primipara 4	–	ne	Dítě 4	–	ne
Multipara 5	ano	–	Dítě 5	–	ne
Primipara 6	ano	–	Dítě 6	–	ne
Multipara 7	ano	–	Dítě 7	–	ne
Primipara 8	–	ne	Dítě 8	–	ne
Primipara 9	–	ne	Dítě 9	–	ne
Multipara 10	ano	–	Dítě 10	–	ne

Tabulka č. 5a) Přehled závislosti podpory matky ze strany partnera a nejbližší rodiny na výskyt poporodní deprese u matky.

Matky s podporou	7
Matky s psychickými problémy	1
Matky s podporou	7
Matky bez psychických problémů	9
Matky bez podpory	3
Matky s psychickými problémy	1
Matky bez podpory	3
Matky bez psychických problémů	9

Tabulka č. 5a) Celkový přehled výsledků závislosti podpory matky ze strany partnera a nejbližší rodiny na výskyt poporodní deprese u matky.



Graf č. 4 Přehled závislosti podpory matky ze strany partnera a nejbližší rodiny na výskyt poporodní deprese matky.

Z výsledků rozhovorů s deseti ženami vyplynulo, že pouze tři neměly dostatečnou oporu a pomoc v nové roli matky, ať už ze strany partnera nebo rodiny. Tyto tři ženy se však ani za těchto okolností nepotýkaly s emocionálními problémy a neprodělaly poporodní depresi. Primipara 2 přes podporu a pomoc nejbližší rodiny však prodělala slabší poporodní depresi.

Zbývajících šest matek mělo podporu ze strany partnera a nejbližší rodiny a neprodělaly poporodní depresi, neměly žádné emoční obtíže.



## 6. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

První hypotéza H1 byla postavena na mém předpokladu, že psychické problémy matky v období těhotenství, po porodu a v raném vývoji dítěte mají souvislost s negativním chováním jejich dětí.

Tato *hypotéza H1 se však nepotvrdila*. Z deseti dotázaných prodělala pouze jedna matka slabší poporodní depresi, která se u ní projevila ještě půl roku po porodu. Tato matka má dítě, které se neprojevuje negativním chováním. Nemá výrazné problémy ani v komunikaci s druhými, při hře a neprojevuje se agresivně. Ostatní matky, kromě jedné, uvedly, že po porodu prodělaly pouze poporodní blues. Tři děti těchto matek vykazují známky problémového chování až agrese nebo se projevují nepřiměřeným chováním při hře a řízené činnosti.

Řada dětí předškolního věku má problémy s narušením verbální komunikace. Některé problémy se týkají výraznějších vad řeči, špatné výslovnosti, obtíží v některé z jazykových rovin nebo i plynulosti řeči. Jsou však i děti, které nehovoří vůbec nebo trpí selektivním mutismem. Mají-li komunikační obtíže těchto dětí souvislost s emocionálními problémy jejich matek v období porodu, šestinedělí nebo až půl roku po porodu, se přímo nepotvrdilo.

Vzhledem k výsledku byla *vedlejší hypotéza VI vyvrácena*. Dítě matky, u které se projevila slabší forma poporodní deprese, nemá problémy s verbální komunikací. Pět matek, které neměly emocionální problémy v období šestinedělí, po porodu nebo půl roku po porodu, mají děti, které také nemají výrazné nedostatky ve verbální komunikaci. Čtyři matky s bezproblémovým těhotenstvím po stránce emocionální, bezproblémovým porodem a i obdobím půl roku po porodu, mají děti s problematickou verbální komunikací. Dvě děti chybně vyslovují skupinu hlásek s,š,č,l,ř (z toho jeden chlapec dává slova do špatného tvaru a současně chybně sestavuje věty). Jedno dítě vydává nesrozumitelné zvuky a jedno nemluví vůbec. V posledním případě se zřejmě jedná o selektivní mutismus, neboť mimo mateřskou školu dítě komunikuje bez obtíží.

V současné době se zvýšil počet matek, které se rozhodují pro rodičovství až po dovršení věku třiceti let. Také přibývá dětí s nedostatečnou schopností dobře snášet změny, se kterými se každodenně potýkají. Jednou ze zásadních změn je nástup do mateřské školy a adaptace na nové prostředí. Zajímalo mě, jestli je mezi těmito jevy souvislost.

Předpokládala jsem, že děti matek s věkem nad třicet let, budou mít větší adaptační potíže, než děti matek s věkem nižším jak třicet let.

**Hypotéza V2 nebyla ani potvrzena ani vyvrácena.** Matek s věkem nad třicet let bylo šest z deseti vybraných. Tři z těchto matek mají děti, u nichž proběhla adaptace při příchodu do mateřské školy bez problémů. U dětí zbývajících matek s věkem nad třicet let proběhla adaptace s problémy. Zbývajících čtyři matky ve věku do třiceti let, mají děti, z nichž tři měly bezproblémovou a jedno dítě mělo problémovou adaptaci.

Výsledek hypotézy, která se týkala závislosti podpory žen ve složitém životním období, kdy se rozhodly stát matkami, na výskyt poporodní deprese, dopadl uspokojivě.

Z deseti dotazovaných žen uvedlo sedm, že měly podporu v partnerovi nebo blízké rodině a současně neměly emocionální problémy v období těhotenství, po porodu nebo půl roku po porodu. Třem ženám se nedostalo dostatečné podpory od partnera ani blízké rodiny, a přesto se u nich nedostavily negativní pocity při prožívání mateřství, neprodělaly poporodní deprese a nemusely vyhledat odbornou pomoc. Jedna žena přes dostatečnou podporu ze strany rodiny a partnera uvedla pomoc jako nedostatečnou a potýkala se se slabší formou poporodní deprese. Nemohu pro malý vzorek dotazovaných jednoznačně určit výsledek, ale z průzkumu vyplývá, že **hypotéza V3 vyšla jako nepotvrzená.**

## DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, mají-li děti předškolního věku, jejichž matky měly emocionální problémy v období těhotenství, po porodu nebo půl roku po porodu, nějaké obtíže. Tyto obtíže byly zkoumány v oblasti chování, projevech při hře a v komunikaci.

Výsledky výzkumu nedopadly tak, jak jsem předpokládala. Pouze jedna matka uvedla, že se potýkala s emocionálními výkyvy po porodu a půl roku po porodu. Svoje potíže však tehdy neřešila a neuvědomovala si, že její pocity, nálady neodpovídají situaci, ve které se nacházela. Především její negativní myšlení, únava a váhový úbytek měly být varovným signálem, že není všechno v pořádku. Matka však toto negativní období nakonec překonala sama, a to i bez pomoci odborníka. S odstupem času si však uvědomuje, že byla nedostatečně informována o této poměrně závažné nemoci, která se nazývá „poporodní deprese“. Nepřiznala si závažnost situace a zbytečně si toto krásné období mateřství znepříjemnila. Přesto dítě této matky nemělo a nemá žádné z uvedených potíží.

Naopak děti matek, které se nepotýkaly s výraznými změnami svých nálad a emočních prožitků, mají problémy. U chlapců se projevují agresí ve hrách a nepřiměřeným chováním při řešení běžných situací. Například při půjčování hraček, domluvě při společné hře, pobytu venku apod.

Dále jsem zaznamenala problémy v oblasti verbální komunikace. Kromě běžných logopedických vad, které jsou pro toto období typické a ve většině případů odstranitelné, se objevuje u dětí i nemluvnost nebo výraznější vady řeči s obtížnějším odstraňováním. Proto je zapotřebí řešit situaci návštěvou odborníka ve speciálně pedagogickém centru nebo vyhledat klinického logopeda, který prostřednictvím vyšetření stanoví diagnózu. Následně budou o způsobu odstraňování vadné výslovnosti informováni rodiče a pedagogičtí pracovníci v mateřské škole. Společnou snahou a prací s dítětem bývá často velmi uspokojujivý výsledek.

V neposlední řadě činí dětem potíže adaptace a vyrovnávání se změnami, které nás každodenně doprovází. Jedním z významných období pro dítě je vstup do mateřské školy a následná adaptace. Dalšími změnami může být i pouhá změna učitelky, třídy nebo kolektivu a některé děti tyto změny velmi intenzivně vnímají a těžko se s nimi vyrovnávají. V dnešní době neustálých změn je tato schopnost pro dítě nepostradatelná.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala poměrně stále podceňovaným tématem, a to poporodní depresí a jejím vlivem na emoce předškolního dítěte. O této závažné nemoci, která postihuje asi 10% rodiček, nemá mnoho žen stále dostatek informací. Toto onemocnění nezasahuje do života pouze jim samotným, ale i jejich blízkým. Tou nejdůležitější osobou je právě dítě. Je ovlivňováno psychikou matky prostřednictvím biochemických pochodů již v prenatálním období, dále pak právě v období raného vývoje.

Proto byl můj výzkum zaměřen na chování, komunikaci a hry předškolních dětí v závislosti na psychickém stavu jejich matky v období těhotenství, porodu a půl roku po porodu.

V první části jsem se zaměřila na teorii dané problematiky. Objasnila jsem hlavní zjištěné příčiny tohoto onemocnění, jeho závažnost i jednotlivá stádia. Věnovala jsem se podpoře, kterou může ženě rodina nebo nejbližší okolí poskytnout a také prevenci, předcházením nebo snížením rizikových faktorů, které jsou hlavními spouštěči nemoci.

Druhá polovina první části mapuje psychický vývoj dítěte od doby narození po dosažení věku šesti let. Ke zpracování této části jsem využila především publikace Marie Vágnerové, která se zabývá velmi podrobně psychickým vývojem dítěte.

Druhá část mé práce je věnována výzkumu, který byl založen na metodách pozorování a interview. Provedla jsem šetření závislosti emocionálních problémů matek a jejich vlivu na dítě v předškolním věku. Šetření jsem vyhodnotila a porovнала s předpokládanými výsledky.

Výsledky šetření však nepotvrdily přímou závislost emocionálních problémů matky na raný vývoj dítěte v oblasti chování, projevech a komunikaci. Domnívám se, že se tak stalo z několika důvodů. Šetření proběhlo pouze s velmi malým vzorkem dotazovaných matek a sledovaných dětí. Téma poporodní deprese je natolik intimní, že mohlo dojít k zamlčování pravdivých informací při rozhovorech s matkami. Pouze jedna matka se svěřila, že půl roku po porodu na tom nebyla po psychické stránce dobře. Na jejím dítěti to však nezanechalo žádné následky. Ve všech oblastech, na které jsem se ve svém pozorování zaměřila, se dítě projevovalo standardně i s ohledem ke svému věku a pohlaví. Šetření mimo jiné ukázalo, že děti matek druhorodiček měly problémy v oblasti chování, komunikace a projevech při hře větší, než děti matek prvorodiček.

## SEZNAM UŽITÉ LITERATURY

1. ALLEN EILEEN K. MAROTZ LYN R. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. Vyd. 3. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-421-2
2. ATKINSON, L.R. *Psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-71-78-640-3.
3. CARTEROVÁ, R. *Lidský mozek – Obrazový průvodce stavbou, funkcí a nemocemi mozku*. 1. vyd. Praha : 2010. ISBN 978-80-242-2669-9
4. ČAČKA, O. *Psychologie dítěte*. 3. doplněné vydání. SURSUM : v Tišnově L.P., : 1997. ISBN 80-85799-3-03
5. HANUŠ, H. a KOL. *Speciální psychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-873-5
6. HOSKOVCOVÁ, S. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1424-8
7. CHMEL, R. *Průvodce těhotenstvím*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0962-7
8. CHMITTBAUER, W. *Psychologie, Lexikon základních pojmů*. 1. vyd. Praha : Naše vojsko, 1994. ISBN 80-206-0459-6
9. JANÁČKOVÁ, L. *Aplikovaná zdravotnická psychologie v gynekologii*. Medical tribune, 2009, roč. 18, č.1, s. 14-21. ISSN 12-142093
10. KLINDOVÁ, Í. RYBÁROVÁ E. *Vývojová psychologie, Učebnice pro 3. ročník středních pedagogických škol*. 3. vyd. SPN Praha, 1978. ISBN nemá

11. LANGMAJER, J. *Vývojová psychologie 2.*, 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-1284-9
12. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7
13. LISÁ, L. *Vývoj dítěte a jeho úskalí*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1986. ISBN nemá
14. MALÁ E., PAVLOVSKÝ P. *Psychiatrie : učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002 ISBN 80-7178-700-0
15. MILLER, LAURA J., Poporodní deprese. *Jama*. 2002, Roč. 10, č. 4, s. 297-300. ISSN 12-104132.
16. NAKONEČNÝ, M., *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. vyd. Praha : Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7
17. NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-938-1
18. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-653-3
19. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vydání. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-411-3
20. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha : Academia, 2004. ISBN 978-80-200-1499-3.
21. PRAŠKO, J. *Bipolární afektivní porucha. Příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha : Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-002-X

22. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ H., PRAŠKOVÁ, J., *Deprese a jak je léčit : stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003  
PRAŠKO, J., *Psychoterapie poporodních depresí*, Psychiatrie 2002; 6 (Suppl.2) : 39–44.
23. PRAŠKO, J., BULIKOVÁ B., SIGMUNDOVÁ, Z. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-656-4
24. SEIFERTOVÁ, D., MOHR, P., PRAŠKO, J., ČERMÁK J. *Deprese a úzkost těhotných žen*. Praktický lékař, 2009, roč. 89, č. 9, s. 508-513. ISSN 0032-6739.
25. SIMOČKOVÁ, V. *Poporodné psychické poruchy v intenciách ošetrovatel'stva*. Florence, 2010, roč. 6, č. 6, s. 16-18. ISSN 1801-464X.
26. STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. 1.vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-553-9.
27. TRČA, S., *Těhotenství a porod*. 1. vyd. Praha : Avicentrum, 1990. ISBN 80-201-0024-5.
28. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. a KOL. *Přehled vývojové psychologie* 2.vyd. Vydala Univerzita Palackého v Olomouci : 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.
29. VACÍNOVÁ, M. *Psychologie a společenská výchova*. 1. vyd. Praha : Victoria publishing, a.s, 1995. ISBN 80-7187-006-4.
30. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-317-2.
31. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I., Dětství a dospívání*. UK Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

## **INTERNETOVÉ ZDROJE:**

<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=145>, Roztočil

<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/?pdf=22>, Peschout

<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=15>, Ratislavová

<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>, Ratislavová

<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=67>, Fait

<http://www.velkaepocha.sk/2009111911558/Emoce-matky-ovlivnuji-dite-behem-tehotenstvi.html>, Verny



## SEZNAM TABULEK

Tabulka	č. 1: Symptomy deprese
Tabulka	č.2a): Přehled závislosti emocionálního stavu matky v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu na výskyt negativního chování u jejich dětí
Tabulka	č.2b): Celkový přehled výsledků závislosti emocionálního stavu matky v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu na výskyt negativního chování u jejich dětí
Tabulka	č.3a): Přehled závislosti psychických problémů matky v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu, na vývoj verbální komunikace jejich dětí
Tabulka	č.3b): Celkový přehled výsledků závislosti psychických problémů matek v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu na verbální komunikace jejich dětí
Tabulka	č.4a): Přehled závislosti věku matky na adaptaci dítěte v mateřské škole
Tabulka	č.4b): Celkový přehled výsledků zjišťované závislosti věku matky na adaptaci dítěte v mateřské škole
Tabulka	č.5a): Přehled závislosti podpory matky ze strany partnera a nejbližší rodiny na výskyt poporodní deprese u matky
Tabulka	č.5b): Celkový přehled výsledků závislosti podpory matky ze strany partnera a nejbližší rodiny na výskyt poporodní deprese u matky

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf č.1 Přehled výsledků závislosti emocionálního stavu matky v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu na výskyt negativního chování u jejich dětí

Graf č. 2 Přehled závislosti psychických problémů matky v období těhotenství, šestinedělí a půl roku po porodu na vývoj verbální komunikace jejich dětí

Graf č.3 Přehled závislosti věku matky na adaptaci dítěte v mateřské škole

Graf č. 4 Přehled závislosti podpory matky ze strany partnera a nejbližší rodiny na výskyt poporodní deprese matky

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č.1 - Osnova k interview

Příloha č.2 – Přehled sledovaných bodů u dětí

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení autora:</b>	Marta Chalupová
<b>Název katedry:</b>	Psychologie a patopsychologie
<b>Název fakulty</b>	Pedagogická fakulta
<b>Název bakalářské práce:</b>	Vliv poporodní deprese matky na emocionální vývoj dítěte do šesti let
<b>Vedoucí bakalářské práce:</b>	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D
<b>Počet titulů použité literatury a dalších zdrojů:</b>	36
<b>Resumé v češtině:</b>	<p>Bakalářská práce se zabývá vlivem poporodní deprese matky na emoce dítěte v jeho ranném vývoji. První část obsahuje objasnění příčin a způsoby léčby poporodní deprese. Také mapuje psychický vývoj dítěte od narození do 6 let.</p> <p>Praktická část zjišťuje souvislost mezi poporodní depresí matky a výskytem problémů u dětí, a to v chování, při hře a komunikaci.</p>
<b>Resumé v angličtině:</b>	<p>This bachelor thesis deals with the effect of mother's postpartum depression on children's emotions in their early child development. The first part contains the explanation of the causes and methods of treatment postpartum depression. It also maps out mental development of children from their birth to the age of 6 years.</p> <p>Practical section detects correlation between postpartum depression and the occurrence of children's problems</p>

<b>Klíčová slova:</b>	Emoce, deprese, těhotenství, porod, šestinedělí, psychický vývoj dítěte
<b>Přílohy:</b>	2
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk

## **PŘÍLOHY**

### Příloha č.1 - OSNOVA K INTERVIEW

#### *1. Osobní údaje*

Věk rodičů

Vzdělání/povolání – matky a otce dítěte

Pořadí dítěte v rodině

Složení domácnosti

Postoje rodiny (jak žena přijala těhotenství , přijetí ze strany partnera, rodiny)

#### *2. Průběh těhotenství a porod*

Jak proběhlo těhotenství (normální průběh, rizikové těhotenství)

Porod ( jak proběhl porod, celková délka, průběh a způsob porodu, typ porodu, jiná poloha plodu)

Partner u porodu

Podávání utišujících léků v průběhu nebo po porodu

Způsob výživy dítěte (kojení, umělá výživa)

*3. Emoce matky po porodu* (pocity štěstí jako matka, pláč v porodnici nebo i doma, pocit bezmoci)

*4. Období šestinedělí* ( nastaly změny k horšímu nebo k lepšímu, zdravotní stav matky, chuť k jídlu, spánek, zájem a péče o svůj zevnějšek)

*5. Období půl roku po porodu* (nastaly nové změny, plačtivost, únava)

*6. Období rok po porodu* (zhodnocení, pocity)

## Příloha č.2 – PŘEHLED SLEDOVANÝCH BODŮ U DĚTÍ

Pohlaví

Věk

Rodinná anamnéza

Verbální projev a intelekt

Sebeobsluha

Jemná a hrubá motorika

Sociální a emocionální projevy