



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

Hodnocení vztahu a pocitů matka - dítě v prvních dnech po porodu

Vypracovala: Bc. Jana Chovancová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku hodnocení vztahu matka - dítě v prvních třech dnech po porodu.

V teoretické části se věnujeme fenoménu mateřství, těhotenství a období porodu. Z hlediska poporodního období se zabýváme kromě psychiky matek a psychologie novorozenců zejména problematikou podpory a zajištění vzniku citové vazby mezi matkou a dítětem. Popisujeme zde kromě jiného ranou komunikaci mezi matkou a dítětem či vznik a vývoj vazebného chování. Pro vypracování teoretické části diplomové práce s touto tematikou byly použity dostupné české i zahraniční literární zdroje.

Cílem výzkumu diplomové práce bylo zmapovat, jaký mají prvorodičky pocit ze své nové sociální role - role matky a jaký mají vztah ke svému novorozenci v prvních dnech po porodu. Abychom tento cíl naplnili, pro empirickou část výzkumu jsme zvolili kvalitativně - kvantitativní metodu s využitím různých výzkumných metod: individuální polostrukturované rozhovory, analýzu a následnou syntézu získaných dat, metodu „myšlení nahlas“ - průběžnou verbalizaci vlastního myšlenkového procesu a písemné vyplnění MIRF škály. Souhlas s výzkumem vyslovilo deset matek, které byly v době od jednoho do tří dnů po porodu svého prvního dítěte.

Analýzou získaných dat jsme zjistili, že můžeme dotazované matky rozdělit z hlediska jejich pocitů z mateřství a vztahu k novorozenci do čtyř hlavních skupin. Do první skupiny jsme zařadili matky, pro které je mateřství přirozenou a samozřejmou rolí v jejich životě, se kterou se sžívají bez větších obtíží. Skupinu jsme pojmenovali „vyrovnané matky“. Tyto matky pro své dítě udělají vše a mají potřebu a sebejistotu o ně pečovat samy. Dítě jim připadá jedinečné a nádherné, s potěšením si užívají jeho společnost. Mateřské pocity vůči dítěti vnímají jako velmi silné. Druhou skupinu charakterizují matky, které v prvních dnech po porodu popisují emocionální zmatek. Nazvali jsme tuto skupinu „matky pocitující emocionální zmatek“. Na jednu stranu hovoří o velkých pocitech štěstí a lásky vůči dítěti. Na druhé straně popisují znejistující zodpovědnost, stavy velké únavy, nejistotu, že péči o dítě snadno zvládnou.

Matky mohou z nastalé situace i trochu panikařit. Nicméně se snaží a očekávají, že mateřství zvládnou v pořádku i na úkor svých momentálních potřeb. Vnímají dítě jako někoho, kdo je velmi potřebuje a koho ony samy velmi milují. Třetí skupinu matek jsme popsali jako matky, které vnímají vstup do mateřství určitým způsobem jako nesnadný a nazvali jsme ji „nejisté matky“. Ačkoli považují mateřství stejně jako předchozí dvě skupiny matek za krásné a naplňující, necítí zatím potřebu mít dítě neustále ve svém dosahu. Neumějí zatím správně porozumět projevům svého dítěte, a proto si zcela nedůvěřují, jak samostatnou péčí o ně zvládnou. Jedná se zejména o matky, které se cítí být po porodu velmi unavené a momentálně fyzicky indisponované. Do čtvrté skupiny bychom zařadili matky, jež si na mateřství prozatím příliš nezvykly, a proto jsme tuto skupinu pojmenovali jako „vystrašené matky“. Do této skupiny jsme zařadili jednu matku, jež má ze své nové role rozporuplné pocity. V roli matky se cítí být nejistá, necítí se prozatím v péči o dítě kompetentní a příliš nerozumí tomu, co její dítě potřebuje. Své mateřské pocity hodnotí zatím jako slabší. Závěry získané naším výzkumem jsme porovnali s výsledky výzkumu Thorstensson et al. (2012), jenž nás svojí problematikou pro tento výzkum inspiroval.

Podle našich zkušeností z rozhovorů s matkami můžeme konstatovat, že v případě, kdy matky odpovídaly v polostrukturovaném rozhovoru na naše otázky, byly více orientovány na sebe a na své pocity a problémy. Když ovšem následně vyplňovaly matky MIRF škálu, situace se změnila. Matky se zaměřily více na dítě a na své konkrétní pocity vůči němu. Matky si pomocí vyplnění položek MIFR škály mohly lépe uvědomit jednotlivé aspekty jejich vztahu k dítěti, MIRF škála jim pomohla lépe si jednotlivé oblasti identifikovat. Z tohoto důvodu vnímáme použití MIRF škály za přínosné z hlediska matek i z pozice zdravotníků starajících se o matky a jejich novorozence v prvních dnech po porodu.

Škála MIRF by mohla být prakticky využitelná při rutinní péči o matky a jejich děti, kdy můžeme s její pomocí zkvalitnit podporu matek v jejich interakci s novorozencem a tím účinně zvyšovat citlivost matek vůči jeho projevům.

Klíčová slova: matka, novorozenec, mateřství, vazebné chování, MIRF škála

Abstract

This diploma thesis focuses on assessment of the mother - child relationship during the first three days after childbirth.

The theoretical section discusses motherhood, pregnancy and the act of childbirth. From the postpartum standpoint, the mother's psyche and the psychology of the newborn are at the centre of our attention, along with issues related to providing support and ensuring the mother - child bonding processes takes place. Early communication between mother and child is described, as is the origin and development of bonding. To prepare the theoretical section of the thesis, available Czech and foreign sources on the topic were used.

The thesis aims to map out how primiparas feel about their new social role as mother, and the nature of their relationship to their newborn in the first days after childbirth. To fulfil this objective, we employ a qualitative-quantitative methodology in the empirical section. Various research methods are used: individual semi-structured interviews, analyses and subsequent data analyses, the "think out loud" method (i.e., the regular verbalisation of one's own thinking process), and the MIRF scale. Ten mothers agreed to take part in the research; all of them in the period from one to three days after the birth of their first child.

Based upon an analysis of the data, we determined that in terms of their feelings about motherhood and their relationship with their newborn, these research subjects may be divided into four major groups. The first group consists of mothers who found motherhood a natural and obvious role in their lives which they took on with no great difficulty. We label this group "Well Balanced Mothers". These mothers will do anything for their children and have a need and possess the self-confidence to take care of their newborn children by themselves. The child seems to them unique and beautiful, and they enjoy the infant's company. They perceive their feelings for the child as very strong. The second group consists of mothers who are emotionally at a loss during the first days after childbirth. We label this group "Emotionally Confused Mothers". On the one hand, these mothers talk about intensive feelings of happiness and love

for their children. On the other hand, they describe an unsettling feeling of responsibility, exhaustion, uncertainty whether they will manage to take care of their child easily. These mothers can even panic a little because of their situation. However, they do their best and expect they will be able to do well as mothers even at the expense of their momentary needs. They see their child as someone who needs them very much and whom they deeply love. Women in the third group are mothers who perceive feel their transition into motherhood has been rough. We labelled this group “Insecure Mothers”. Although as with the previous two groups of mothers they see motherhood as beautiful and fulfilling, so far they have not felt the need to have their child nearby at all times. They have not been able to properly understand the behaviour of their children and they are somewhat insecure whether they will manage to look after them by themselves. In particular, these are mothers who were exhausted after childbirth and have not regained their physical fitness yet. The fourth group includes mothers who have not gotten used to the idea of motherhood yet and, for this reason, we label them as “Frightened Mothers”. Only one mother who had ambivalent feelings about her new role was included in this group. She did not feel confident in the role of a mother, at that time felt incompetent to look after her child and did not understand much about what her child needed. She described her maternal feelings at that point as weak. The conclusions arrived at in the research were compared with those of Thorstensson et al. (2012), the study that inspired our efforts.

Our experience with the interviews carried out with mothers shows that during the semi-structured interview during which they answered our questions these mothers were more focused on themselves, their feelings and issues. However, when they subsequently filled out the MIRF scale, the situation changed. The mothers shifted their focus to their children and their specific feelings towards them. Filling out the MIRF scale improved the mothers’ understanding of the individual aspects of their relationship towards their children.

The MIRF scale helped them to identify individual areas better. For this reason, we consider the use of the MIRF scale as beneficial from the standpoint of both mothers

and the medical staff caring for them and their newborns in the first days after childbirth.

The MIRF scale could be utilised practically as part of routine care for mothers and their children. It might improve the support mothers for interacting with their newborns and thereby effectively increase the mothers' sensitivity to their baby's behaviour.

Keywords: mother, newborn, maternity, attachment, MIRF scale

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to - v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.3.2016

.....

Bc. Jana Chovancová

Poděkování

Moje poděkování patří doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za cenné rady, za poskytnutí literárních materiálů a v neposlední řadě za podporu a trpělivost.

Děkuji mojí rodině za toleranci a povzbuzující přístup, jež mi projevovala po celou dobu mého studia.

Speciální dík patří mojí mamince, která mi neúnavně všechna léta mého studování projevovala svoji podporu, věřila ve mě a byla mi vždy oporou.

Obsah

Úvod.....	12
1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 Mateřství	14
1.2 Těhotenství	16
1.3 Období po porodu	22
1.3.1 Psychika ženy po porodu.....	23
1.3.2 Psychologie novorozence.....	27
1.4 Podpora a zajištění vzniku citové vazby.....	31
1.4.1 Bonding	31
1.4.2 Rooming-in.....	34
1.4.3 Raná komunikace matky a dítěte	37
1.4.4 Vazebné chování	39
1.4.5 Kojení.....	45
1.5 Hodnocení vztahu matky a dítěte	49
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	52
2.1 Cíl práce.....	52
2.2 Výzkumné otázky	52
3 METODIKA VÝZKUMU.....	53
3.1 Metodika a technika výzkumu	53
3.2 Výzkumný soubor.....	54
3.3 Příprava a průběh výzkumného šetření.....	55
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	57
4.1 Charakteristika výzkumného souboru	57
4.2 Analýza rozhovorů s matkami	58
4.2 Shrnutí rozhovorů s matkami.....	80
4.3 Analýza údajů MIRF škály	82
4.4 Shrnutí výsledků a rozdělení matek do jednotlivých skupin	89
5 DISKUZE	92
Závěr	102

Seznam literárních zdrojů	103
Seznam příloh	111

Seznam použitých zkratk

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
cm	centimetr
č.	číslo
et al.	a kolektiv
induk.	indukovaný (porod)
M/PAAS	Maternal/Paternal Antenatal Attachment Scale
M1 (resp. M10)	matka 1 (respective matka 10)
MAAS	Maternal Antenatal Attachment Scale
MFA	Maternal-Fetal Attachment
MFAS	Maternal-Fetal Attachment Scale
MIFR	Mother-to-Infant Relation and Feeling
MIRFS	Mother-to-Infant relation and Feeling Scale
např.	například
PCOS	Paternal Sense of Competence Scale
PRAM	Pictorial Representation of Attachment Measure
resp.	respective
s.c.	sectio caesarea - císařský řez
spont.	spontánní (porod)
SŠ	středoškolské vzdělání
tj.	to jest
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
VŠ	vysokoškolské vzdělání
vyuč.	vyučení (vzdělání)

Úvod

Mateřství bývá popisováno jako jedno z nejkrásnějších období v životě ženy, pro něž je naplněním smyslu života a otevřením nových, dosud netušených obzorů. Nesporně to tak zcela určitě je. Role matky je ta nejdůležitější, nejzodpovědnější, nejnáročnější a nejobdivuhodnější ze všech rolí. V roli matky se žena snaží vychovat ze svého potomka dobrého člověka a dělá tak podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Leckdy metodou pokus - omyl. Přirozenost ženské mateřské role se totiž nikde nevyučuje, nedá se nastudovat ani načíst. Mateřství je třeba prožít. Projít si těhotenstvím, porodem, naučit se pečovat o novorozence, batole, následně předškoláka a školáka. Po náročných starostech s pubertou se matka ani nenaděje a z dítěte je dospělý člověk, který stojí na vlastních nohách. Ale přesto, pokud se vše podaří, pro tohoto nového dospělého bude navždy matka tou jedinou „maminkou“ v jeho životě, jeho oporou a životní jistotou. Roli matky, mateřství, si s sebou matka - my všechny matky - poneseme již po celý zbytek života.

Ale cesta k tomu nádhernému mateřskému, láskyplnému, všeobjímajícímu pocitu může být i strastiplná, úzkostná, plná nejistoty, únavy a nevspání. Žena musí projít těhotenstvím. S tvrzením, že je těhotenství jedno z nejkrásnějších období života ženy, většina těhotných příliš nesouhlasí. V tomto období často bývá budoucím matkám nevolno, obtěžují je nateklé nohy a prudké změny nálad. Těhotenství bývá psychology přirovnáváno k vývojové krizi. Celý svět budoucí matky prochází obrovskou změnou po stránce jak fyzické, tak po stránce psychické a sociální. Dítě mění vztahovou strukturu rodiny, pro každého z ní přináší novou sociální roli. Budoucí matka mívá ohledně svého mateřství velká očekávání, ale zároveň také smíšené pocity. To, že žena během těhotenství pociťuje protichůdné emoce, např. radost, nadšení, očekávání, zmatek, nejistotu, úzkost i strach, je obvyklé a normální. Strach a nejistota k těhotenství do jisté míry patří. Čeká-li žena první dítě, její těhotenství je navíc výrazně spojeno s fantaziemi a nejistotou, jak bude průběh těhotenství vypadat a jaké to bude, až se dítě narodí. Těhotenství a narození dítěte, to je zásadní změna v životě ženy, a kromě strachu z budoucnosti, obav o zdraví své nebo svého dítěte se žena může

obávat třeba toho, jak svoji novou sociální roli zvládne. Přemýšlí, zda bude umět být dobrou matkou, zda jí půjde dobře kojení, zda porozumí svému dítěti, když bude plakat, zda pro ni péče o novorozence nebude nezvládnutelná či příliš složitá, v podstatě jestli v této svojí nové životní roli obstojí. Na druhé straně se bojí i o sebe a především pociťuje úzkost při pomyšlení na porod dítěte, má strach z porodních bolestí a z poranění. O těchto citových zmatacích ženy příliš nemluví z obavy, aby nebyly okolím vnímány jako neschopné či špatné matky.

Navíc ani milovat své čerstvě narozené dítě není takovou samozřejmostí, jak si většina budoucích matek představuje. Někdy se radost z dítěte nedostaví hned a nějakou dobu trvá, než se žena do svého dítěte zamiluje a vytvoří si k němu pevné citové pouto. Když se dítě konečně narodí, může být matka průběhem událostí zaskočena. Ocitne se v kolotoči dní, kdy se s dítětem sžívá, žije ze dne na den a dítě jí zabírá naprostou většinu času, který má. V prvních dnech po porodu může být matka zahleděná do sebe, zcela zahlcena svojí permanentní únavou a nevyspáním. Není tím řečeno, že by své dítě neměla ráda. Mateřské pocity obvykle ženy líčí jako spíše silné nebo silné, pouze intenzita péče o novorozence však často velmi předčí matčiny představy a matku zcela vyčerpává. Matka je zcela zaměstnána péčí o dítě, její vlastní potřeby jdou zcela stranou a prioritou jsou pouze potřeby novorozence dítěte.

Toto jsou informace, které by měl každý zdravotník věnující se ošetrovatelské péči o matku a novorozence znát. Zdravotník by měl nejen matku a novorozence ošetřovat, ale měl by jim být i partnerem. Měl by znát dynamiku časného poporodního období včetně jeho potenciálních rizik, měl by umět aktivně vyhledávat možné problémy. Zároveň by měl být schopen problémům preventivně předejít, případně s již vzniklými potížemi matce umět poradit a pomoci. Velkým pomocníkem pro zdravotníky pečující o matku a dítě v prvních dnech po porodu může být MIRF škála, která pomáhá objektivizovat vztah matka – dítě a dokáže poukázat na silné a slabé stránky v pocitech ženy, která prožívá první dny mateřství. Tím dokonale zmapuje oblasti, do kterých by měla směřovat intervence zdravotníků.

1 SOUČASNÝ STAV

„Náleží k tomu nemnoho umění a práce, aby byl člověk počat. Jakmile se však narodí, jest na sebe vzíti péči pilnou a úzkostlivou, aby byl odchován a vychován“

Platón

1.1 Mateřství

Rodina je základem společnosti. Rodina je nejvhodnějším prostředím, kde může dítě vyrůstat a vyvíjet se. Její členové jsou na sobě závislí a navzájem se ovlivňují, proto právě v rodině dochází k prvním a nejdůležitějším sociálním kontaktům dítěte. Rozhodnutí mít dítě ovšem nebývá pro řadu budoucích rodičů jednoduché. Mladí lidé mají v dnešní společnosti možnost širšího uplatnění, než tomu bývalo dříve. V dnešní společnosti mohou studovat, cestovat, budovat kariéru, dostatečně se finančně a materiálně zajistit. Z tohoto důvodu mnohdy odkládají rozhodování o založení rodiny, což může být z biologického hlediska, obzvláště pro ženu, problém (Gregora, 2013).

Pro začínající rodinu, matku i otce, znamená rodičovství podstatnou změnu v jejich dosavadním životě. Změní se vzájemný vztah obou nastávajících rodičů, dojde k výrazné proměně jejich rolí a pozmění se jejich dosud zaběhlý životní styl. Dojde také ke změně v socioekonomické situaci rodiny. Zvýší se výdaje rodiny a sníží se o příjmy ženy, která zůstává s dítětem na rodičovské dovolené. Žena ztrácí svoji ekonomickou nezávislost a je vystavena závislosti na partnerovi. Očekávané dítě vyvádí z rovnováhy všechny dosud zaběhlé životní stereotypy budoucích rodičů. Je třeba, aby se matka, resp. oba rodiče s touto velkou životní změnou vyrovnali (Ratislavová, 2008; Šulová, 2010). Jsou rodiče, kteří si dítě ze srdce přejí a velmi po něm touží, jsou rodiče, kteří s dětmi „tak nějak počítají“, a jsou i tací rodiče, kteří nejsou z rodičovství nikterak nadšeni a přijímají je jen jako nutné zlo (Matějček, 2010). Podle výsledků studií v ČR i ve světě je potřeba, aby matkou byla žena, která si dítě opravdu přeje a je na mateřskou roli připravena. Pokud je matka negativně naladěna na příchod dítěte, je tato negace jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů

pro vývoj dítěte před narozením a znesnadňuje zahájení úspěšné rané interakce matky s dítětem. Dítě ovšem dokáže být svým rodičům v adaptaci na novou životní roli nápomocné. Je mu při jeho narození dána do vínku schopnost tzv. protosociálního chování. Toto jeho chování dokáže matku i otce nejen smířit se svým nově nabytým rodičovstvím, ale dokonce i pozitivně naladit do rodičovské role. Přes všechny těžkosti, které s sebou přichod dítěte do rodiny přináší, rodičovství uspokojuje psychické a citové potřeby matky i otce a je vnímáno jako naplnění života (Hanzlíková a kol., 2007; Macháčková, 2008; Matějček, 2010; Šulová, 2010).

Všechny tyto životní změny se ovšem netýkají pouze matky, otce a jejich dítěte. S příchodem nového člena rodiny se musí vyrovnávat i ostatní členové rodiny. Mění se celý rodinný systém, změna sociální role se týká prakticky každého člena stávající rodiny. Z rodičů se stanou prarodiče, z jedináčků starší sourozenci. Pro většinu prarodičů bývá příchod jejich vnoučete vytouženou událostí. Prarodiče cítí ve svých vnoučatech pokračování vlastního života a zároveň je posilováno pouto mezi nimi a jejich dospělými dětmi. Z přítomnosti prarodičů v mladé rodině profitují všichni zúčastnění. Jak již bylo řečeno, jde o naplnění života prarodičů. Ti dále obohacují šíři stimulů dítěte a poskytují mu zároveň jedinečnou zkušenost se stářím. A nakonec matka získává tím, že (samozřejmě po vzájemné domluvě) mohou prarodiče pomáhat rodině i fyzicky, a tím snížit fyzickou i psychickou zátěž matky (rodičů). Problematické může být přijetí novorozence starším dítětem. Rodiče by určitě měli starší dítě na příchod sourozence připravovat postupně - čtením obrázkových knih, rozhovory a zapojováním dítěte do příprav rodiny na příchod dítěte. V tomto záleží na jeho stáří a vývojovém stupni. Přestože má vliv na reakci staršího dítěte ve velké míře postoj rodičů, často příchod sourozence vyvolává ve starším dítěti žárlivost. Žárlivost staršího dítěte ovšem nemusí být nezvládnutelná, při rozumném vedení dítěte rodiči brzy ustává a je nahrazena pozitivnějším vztahem k novorozenci (Bašková, 2015; Ratislavová, 2008).

1.2 Těhotenství

Těhotenství je pro ženu významnou životní etapou, kdy se z ženy stává matkou. Dochází k zázraku početí a darování nového života. Těhotenství pro ženu představuje období, kdy u ní dochází k výrazným fyzickým, psychickým i sociálním změnám. Je to období, kdy se vyrovnává se svou novou životní rolí a snaží se s ní ztotožnit. Pokud nebylo těhotenství plánované a z různých důvodů není žádoucí, pak závisí na pomíjivosti těchto důvodů. Pokud jsou důvody pro zvažování budoucnosti těhotenství například studijní, ekonomické či bytové, žena se s touto situací postupně během těhotenství vyrovná. Pokud jsou důvody hlubší nebo trvalé, může těhotná uvažovat o umělém přerušení těhotenství (Vachková, 2012).

Pro ženu znamená přijetí mateřství a příprava na ně otevření nových, dosud netušených obzorů. Nachází nový pozitivní smysl svého života. Ovšem zároveň také může žena během těhotenství pociťovat opačné emoce - zmatek, nejistotu, úzkost i strach. Pocity ztracenosti nebo nostalgie po starém způsobu života. V akceptaci svého mateřství je pro budoucí matku velice důležité přijetí těhotenství partnerem i jejím okolím. V neposlední řadě žena tím, že se stane matkou, pomyslně stoupá na společenském žebříčku. I toto je jedna z věcí, které mají významný vliv na přijetí její nové mateřské role (Bašková, 2015; Vachková, 2012).

Těhotenství je považováno za fyziologický proces, během něhož dochází v těle ženy k růstu a vývoji plodu. Zatěžuje mateřský organismus tím, že na něj klade zvýšené nároky a nutí jej přizpůsobit se rozličným změnám. Změny probíhají v mnoha oblastech - v oblasti tělesné, fyziologické, endokrinní, psychické i sociální.

Těhotenství trvá obvykle 280 dní a bývá pro lepší přehlednost rozděleno na tři trimestry. Těhotenské změny v jednotlivých trimestrech se od sebe odlišují ve fyzické, psychické i sociální oblasti (Vachková, 2012).

V každém trimestru probíhají také určitá speciální vyšetření zaměřená na aktivní vyhledávání možných vývojových vad plodu (Gregora, 2013).

První trimestr

První trimestr začíná oplozením a trvá do 13. týdne gravidity. Základním úkolem v prvním trimestru je adaptace na těhotenství a jeho přijetí. Těhotná žena pozoruje sama sebe, zaměřuje se na vlastní tělo a pozoruje první známky těhotenství. Zvláště budoucí matka, která na otěhotnění čekala delší dobu, může všechny pocity prožívat ještě intenzivněji. Těhotná může být uzavřena sama do sebe a svých myšlenek (Gregora, 2013; Vachková, 2012).

Nálada těhotné bývá v prvním trimestru typicky proměnlivá. I v případě, že je těhotenství chtěné a plánované, žena prožívá protichůdné pocity. Objevují se pocity nejistoty, žena bývá rozladěná, náladová a může se projevovat introvertně. Může se obávat neúspěchu, například že dojde ke spontánnímu ukončení těhotenství. Může mít také obavy, zda je její nenarozené dítě v pořádku. Je třeba vědět, že jsou tyto pocity úplně normální a není třeba se znepokojovat (Gregora, 2013). Budoucí matka uvažuje i o tom, čeho všeho se bude muset kvůli dítěti vzdát, a následuje pocit provinění za tyto myšlenky. Důvodem obav a úzkosti může být očekávání, jak těhotenství přijme partner nebo rodiče. To může být značným zdrojem stresu, zejména pokud žena tuší, že její těhotenství nebude s radostí přijato (Bašková, 2015; Vachková, 2012).

Fyzické příznaky těhotenství na sebe nedají dlouho čekat. Pro časný stádium těhotenství jsou charakteristické ranní pocity nevolnosti či zvracení, které zažívá většina těhotných. Tyto nepříjemné pocity jsou často úplně prvním příznakem toho, že je žena těhotná (Chan, 2011). Dalšími obtěžujícími průvodními znaky časného těhotenství jsou zvýšená tvorba slin, sklon k mdlobě a závratím, poruchy nálady či únavnost. Přibližně v osmém týdnu těhotenství začne žena přibírat na váze a začínají se zvětšovat prsy. Těhotná může pociťovat častější nucení na močení (Gregora, 2013).

Pro potvrzení těhotenství gynekolog obvykle provede laboratorní vyšetření a gynekologické vyšetření včetně ultrazvuku vaginální sondou. Anamnézu těhotné gynekolog zaměřuje na zjištění přítomnosti rodinné zátěže některých chorobných stavů, které by mohly ovlivnit probíhající těhotenství. V případě, kdy lékař předpokládá zvýšené riziko vrozené vývojové vady plodu, může již v této fázi těhotenství ženě nabídnout speciální laboratorní testy nebo další ultrazvukové vyšetření (Gregora, 2013).

Druhý trimestr

Druhý trimestr začíná zakončeným 13. týdnem a končí ve 26. týdnu gravidity. Úlohou druhého trimestru je přijetí dítěte jako samostatné lidské bytosti. Pro většinu budoucích matek je druhý trimestr tím nejkrásnějším obdobím, protože se opět cítí dobře fyzicky i psychicky. Ranní nevolnosti již pominuly a těhotenství v této době ženu nijak zvlášť neomezuje. Ženě zřetelně roste břicho, které jí zatím příliš nepřekáží. Začínají se také zvětšovat prsy a dochází ke zvýšení pigmentace prsních dvorců, ve střední čáře na břicho a někdy na tváři (Ratislavová, 2008; Gregora, 2013).

Ve druhém trimestru žena poprvé ucítí pohyby svého nenarozeného dítěte. U vícerodiček nebo extrémně štíhlých žen tento okamžik nastane kolem 18. týdne, u prvorodiček spíše později, až okolo 20. týdne. Pro těhotnou ženu je toto velmi důležitý okamžik, který v ní vzbuzuje silné emoce. Dítě touto chvílí začíná být pro matku aktivním partnerem v komunikaci (Gregora, 2013). Walsh et al. (2014) ve svém výzkumu uvádí, že kvalita vztahu matka - dítě je ve 23. týdnu těhotenství vyšší, než tomu bylo ve 13. týdnu těhotenství. Ambivalentní pocity z prvního trimestru se mění v pocity pozitivní. Budoucí matka se snaží žít zdravým životním stylem a dodržovat doporučení zdravotnického personálu. Vyhledává aktivity pro těhotné, navštěvuje plavání, cvičení a předporodní kurzy. Budoucí matka přemýšlí o pohlaví a vzhledu svého dítěte a má potřebu znát, jak se v jejím těle dítě vyvíjí a jak v ní roste (Ratislavová, 2008; Vachková, 2012; Bašková, 2015). Z hlediska sexuálního života v tomto období může u části těhotných žen dojít ke zvýšení libida (Gregora, 2013).

Ve druhém trimestru budoucí matka absolvuje dvě vyšetření, která jsou zaměřena na eventuální vývojové vady plodu. Tato vyšetření jsou screeningová, to znamená, že by je měla absolvovat každá těhotná žena navštěvující prenatalní poradnu. V 16. týdnu se jedná o odběr a vyšetření krve a mezi 18. až 22. týdnem by měla těhotná podstoupit ultrazvukové vyšetření. Obě tato vyšetření jsou užitečná pro včasné odhalení chromozomální nebo anatomické anomálie plodu, protože vyšetření krve i ultrazvuk jsou velmi vysoce úspěšné metody k zachycení jeho možného nitroděložního postižení (Gregora, 2013; Yang, 2015).

Třetí trimestr

Třetí trimestr začíná zakončeným 27. týdnem těhotenství a končí porodem. Tento trimestr je obdobím zvýšené zátěže, pro ženu je těhotenství již velmi nepohodlné. Pro toto období je příznačný bouřlivý růst nenarozeného dítěte a tělesná i duševní příprava ženy na jeho porod. Pro poslední čtyři týdny gravidity je charakteristické „stavění hnízda“. Žena si připravuje ve svém okolí vše, co bude k péči o novorozence potřebovat, a nakupuje výbavičku (Vachková, 2012; Gregora, 2013).

S blížícím se porodem u budoucí matky i jejích blízkých vzrůstá netrpělivost, obavy z porodu i nedočkavost z touhy pochovat si své dítě již v náručí. Těhotná ve třetím trimestru těhotenství obvykle opět prožívá silné ambivalentní pocity, jako tomu bylo již v prvním trimestru. Opět je třeba zopakovat fakt, že tyto ženiny protichůdné pocity jsou normální. Jsou přítomny i při pozitivním postoji k těhotenství. Klíčovou je pro těhotnou ženu podpora jejího partnera. Velkou výhodou je, pokud ženě pomáhá nejen partner, ale i další její blízké okolí (Gregora, 2013).

Emoční pohoda těhotné může být ovlivněna rozličnými podněty. Budoucí matka prožívá strach o zdraví svého nenarozeného dítěte i obavy z průběhu blížícího se porodu. Míra úzkosti záleží také na délce samotného těhotenství. Žena je zvýšeně úzkostná, pokud již minul termín porodu, žena dítě přenáší a očekává jeho narození každým okamžikem (Lopéz, 2015). Prvorodičky také mohou pociťovat úzkost z problémů s akceptací svojí mateřské role, což se může projevit partnerskými problémy či dokonce ambivalentními problémy k ostatním dětem. Dalším významným zdrojem úzkosti může být podle studie na vybraných těhotných ženách nedůvěra k personálu, strach z vlastní neschopnosti, strach ze smrti své nebo smrti dítěte, strach z nesnesitelné bolesti a strach ze ztráty sebeovládání a ztráty kontroly nad svým tělem (Vachková, 2012; Bašková, 2015).

Adaptační mechanismy na těhotenství

Adaptace obecně je nezbytnou podmínkou pro přežití. Je to takové chování, které umožňuje organismu přizpůsobit se podmínkám prostředí. Adaptace pomáhá vyrovnávat se s neustálými nároky okolí a pružně reagovat na změny a to jak pasivně,

tak aktivně (Paulík, 2010). V době těhotenství a po porodu se vyvíjí mateřská identita, která je jedinečná pro každé dítě. Žena se snaží přijmout své těhotenství a přizpůsobit se mateřské roli. V tomto procesu se uplatňují adaptační mechanismy, jejichž úkolem je správně ženu přizpůsobit nové sociální roli. Jak tuto roli přijme, závisí z velké části na osobnosti ženy, jejím věku a zralosti, na ekonomické či sociální situaci. V neposlední řadě je velmi důležitá kvalita jejího partnerského vztahu (Paulík, 2010). Pokud žena svoji mateřskou roli přijme, pak můžeme hovořit o akceptaci. Pokud k adaptaci nedojde, žena se s novou rolí neztotožní, je pro ni nevhodná, hovoříme o zamítnutí (Paulík, 2010; Bašková, 2015).

Šulová (2010) uvádí, že existují psychologické fáze těhotenství ženy. Ihned poté, co žena zjistí své těhotenství, nastává fáze nejistoty, která přetrvává do přibližně 12. týdne gravidity. Následující přibližně tři týdny se tvoří matce v hlavě „obraz jejího dítěte“ a narůstá její touha po něm. Tato fáze je ukončena kolem 15. týdne gravidity, kdy žena dostane první jasný obrázek svého budoucího dítěte z ultrazvukového vyšetření. Další důležitý mezník v těhotenství přichází se začátkem vnímání pohybů dítěte - kolem 20. týdne gravidity. Šulovou je tato fáze nazývána konkretizační fází, kdy matka začíná vnímat „dítě v břiše“. Vnímání pohybů dítěte je pro budoucí matku důležitým mezníkem v prožívání jejího těhotenství. Pro matku dítě přestává být dítětem pouze v jejích představách, nyní má reálný důkaz, že je hmatatelné a skutečné a živé (Matějček, 2010). S postupujícím těhotenstvím si matka začíná představovat „dítě v náručí“. Je to zhruba kolem 30. týdne gravidity a matka si představuje svoje dítě jako samostatnou živou bytost - jako konkrétní dítě, které má určitou podobu a bude vyžadovat její péči. Tato fáze je nazývána fází anticipační, přípravnou (Šulová, 2010).

Komunikace matky a dítěte v těhotenství

Za počátek života člověka je často považováno jeho narození se na svět. Ve skutečnosti je prenatální fáze života rovnocenná všem ostatním fázím - porodu, všem obdobím dětství, dospívání, produktivního věku, stáří a smrti. Každá tato fáze má svá specifika.

Prenatální fáze je v životě jedince dokonce tou nejdůležitější. Z hlediska jak fyzického, tak z hlediska psychologického.

Dítěti se v děloze nejen vyvíjejí všechny potřebné orgány, ale formuje se i základ celé jeho budoucí osobnosti, životních cílů a názorů. Dítě se připravuje na život po narození. Učí se a procvičuje si mechanismy k přizpůsobení se na život mimo dělohu, např. si vytváří spojení mezi dotykovým stimulem a zvukem (Ratislavová, 2008). Jak uvádí Fedor-Freybergh (2013), tyto adaptační mechanismy bude dítě později potřebovat doslova pro svoje přežití. K tomu, aby se mohlo dítě zadaptovat, potřebuje zkušenosti a získané zkušenosti nemůže dále využívat bez funkční paměti.

Prenatální fáze je také obdobím rozvoje vzniku vzájemného pouta matky a dítěte. Navázání emocionálního spojení matky se svým budoucím dítětem je považováno za důležitou součást procesu matčiny identifikace s mateřskou rolí (McFarland et al., 2011). Každá těhotná žena by si měla uvědomovat, že její emoční prožívání ovlivňuje její dítě jak v prenatálním, tak v postnatálním psychickém vývoji. Každá změna v emočním prožívání těhotné ženy s sebou nese patřičnou hormonální odpověď jejího těla a naopak, každý hormonální proces přináší změnu v psychickém a emočním prožívání ženy. A potažmo jejího dítěte. Žena není pouhá „líheň“ pro budoucí dítě, budoucí matka žije se svým nenarozeným dítětem v symbióze. Sdílejí spolu jeden organismus, jedno prostředí humorální, biochemické i emoční (Bašková, 2015; Fedor-Freybergh, 2013). Je výzkumy potvrzeno, že pokud žena trpí prenatální depresí, má to přímý vliv na pravděpodobnost vzniku komplikací v těhotenství. Žena častěji trpí těžkostmi typu spontánního potratu, předčasného porodu, preeklampsie, různých abnormalit placenty a jiných dalších komplikací, které vyžadují intenzivní péči o matku a dítě (Marinescu, 2014).

Za úplně prvotní komunikaci matky s dítětem je považována interakce na úrovni biochemické. Vyvíjející se zárodek má polovinu genů od matky a polovinu genů od otce a tím získává i antigenové vlastnosti jich obou. Otcovy antigeny jsou pro matčin organismus cizí, dalo by se tedy přepokládat, že dojde k imunitní reakci a následnému zániku zárodku. Ve většině případů se tak nestane. Další z úrovní prvotní komunikace

je neurohumorální komunikace. Jak již bylo výše uvedeno, matčiny prožívané emoce zaktivují její endokrinní a vegetativní systém, a tím následně ovlivňují její vyvíjející se plod neurohumorálními změnami. Lze tedy říci, že když je plod po dlouhou dobu v matčině těle vystaven negativním emocím, má to přímý vliv na jeho další vývoj. Další rovinou komunikace je komunikace emocionální. Tou je opravdové těšení se na dítě nebo naopak nechtěnost očekávaného dítěte. Přímou reakcí matky na její dítě (plod) či dítěte na matku je komunikace smyslová (behaviorální), kdy např. plod reaguje na nepohodlnou pozici matky a svojí vyšší pohybovou aktivitou ji dokáže přimět ke změně polohy na jemu více vyhovující. V jiném příkladu se plod zklidní, jestliže slyší matčin hlas, či když se matka dotýká břicha a hladí je (Šulová, 2010).

Žena je vedena svým přirozeným mateřským instinktem, aby ke svému, dosud nenarozenému dítěti promlouvala a hladila je přes břicho. Prenatální komunikace obsahuje nejen kontakt s dítětem prostřednictvím mluvení, ale i ostatními smysly - gesty, pohyby, dotýkáním se, a má velké výhody pro matku i dítě. Komunikace matky s nenarozeným dítětem dává matce pocit důvěry ve své vlastní mateřské schopnosti, podněcuje matku k vyšší citlivosti k potřebám svého dítěte a také stimuluje lepší psychický a fyzický vývoj dítěte. Už nenarozené dítě v děloze je schopno pociťovat, zda je jeho příchod na svět radostně očekáván nebo není (Bašková, 2015). Mateřská láska je zázračný mechanismus. Je to hluboce zakořeněná psychická potřeba matky být nablízku svému dítěti a poskytovat mu pomoc. Bez tohoto vztahu by bylo novorozené dítě příliš bezmocné a zranitelné a zcela určitě by samo nepřežilo (Matějček, 2015).

1.3 Období po porodu

Období bezprostředně po porodu je plné nových zážitků a podnětů pro obě hlavní zúčastněné osoby - pro matku i pro novorozené dítě. Psychika ženy je podrobena zátěži z hormonálních změn, které v jejím organismu po porodu zcela přirozeně probíhají, fyzickými změnami a také potřebou adaptace na novou roli matky. Novorozenec prochází jednou z nejnáročnějších situací ve svém životě, přizpůsobuje se životu mimo dělohu.

1.3.1 Psychika ženy po porodu

Kromě změn hormonálních, změn fyzických a vyčerpání z porodu mají vliv na psychiku šestinedělky i okolnosti psychosociální povahy. Novopečená matka i přes velkou únavu nemůže spát a stále dokola si ve svých představách přehrává celý porod. Její psychika porovnává svůj zážitek z porodu se sebepojetím. Matka se také sžívá s tím, že je novorozenec náhle, po devíti měsících symbiózy s ní, samostatnou bytostí. Dítě samozřejmě potřebuje celodenní péči, nicméně již může žít mimo tělo matky. V časném poporodním období matka pečuje o svého novorozence, kojí jej a navazuje s ním láskyplný vztah. Dítě začíná zaujímat většinu matčinych myšlenek. První den po porodu můžeme u matky pozorovat radostnou náladu, kdy je matka šťastná, že se dítě narodilo zdravé a že vše dobře dopadlo. Toto je však dočasné období, které bývá střídáno obavami, úzkostí a emocionální nestabilitou. Na matku doléhá pocit zodpovědnosti za novorozence, za jeho zdravotní stav a pozdější výchovu. Novorozené dítě najednou není pouze součástí fantazií a tužeb. Je reálné a situace vyžaduje neustálou odpovědnost, odříkání a neustálou povinnost být dítěti nablízku a k dispozici po 24 hodin denně. Než si šestinedělka na tuto novou zátěž navykne a než se ujistí, že je trvalé péče o dítě schopna, může žena dočasně zažívat úzkost a pocity neschopnosti. Tyto pocity mohou být navíc násobeny fyzickou únavou a nevyspaním (Ratislavová, 2008).

Psychický stav matky v době těhotenství a po porodu má podle Mohr et al. (2008) klíčový význam pro přijetí mateřství, pro přijetí novorozeného dítěte i pro jeho začleňování do rodiny. Za poporodní období je z psychiatrického hlediska považována nejen doba samotného šestinedělí, ale rizikový může být až jeden rok po porodu dítěte. V poporodním období dochází k bouřlivým hormonálním změnám v těle matky. Tyto změny mohou být příčinou nově vzniklých psychických poruch, stejně tak je poporodní období rizikové pro vzplanutí nebo návrat psychických poruch již dříve diagnostikovaných. Nejčastějšími poruchami jsou rozlady typu poporodního blues, afektivní poruchy, deprese či úzkosti. Nejzávažnějšími stavy jsou poporodní psychózy, které mohou v určitých případech ohrožovat matku a dítě na životě (Takács, 2015).

Poporodní blues

Syndrom poporodního blues („baby blues“) je popisován až u 85 % žen. Poporodní blues se může objevit řádově již za několik hodin po porodu, vrcholí 3. až 4. den po porodu a rychle, opět během několika hodin, zpravidla odeznívá. Poporodní blues tedy nemá stálého trvání, celý tento proces je ukončen během asi jednoho, maximálně dvou týdnů od porodu. Je natolik častý, že bývá považován za normální průběh poporodního období. Matka bývá plačtivá, emočně labilní, úzkostná, podrážděná, mohou být přítomny také poruchy spánku. Kromě smutku může pociťovat také zlobu a zklamané očekávání. Stala se matkou. Novorozeneček je na ní závislý 24 hodin denně, což je pro matku nový pocit a může být zdrojem úzkosti. Žena je unavena z porodu, je nevyspalá, může ji rozčilovat, že dítě pláče. Tento stav může nepřipravenou matku překvapit, zvláště proto, že společností jsou takovéto pocity v mateřství považovány za nepatřičné. Pro matku by měl být oporou partner nebo ostatní rodina, jejichž pozitivní přístup a sociální podpora matce výrazně napomáhá. Je třeba umožnit matce hovořit o svých pocitech, pozitivních i negativních. Ačkoli se většinou psychický stav matky stabilizuje, v určitém počtu případů přejde do poporodní deprese (Gaskin, 2010; Takács, 2015).

Poporodní deprese

Riziko vzniku poporodní deprese je vyšší tehdy, pokud již žena depresi či jiné úzkosti někdy v životě zažila, nebo pokud má k depresi určité dědičné dispozice. Dalšími důležitými ovlivňujícími faktory jsou kvalita vztahu s jejími nejbližšími, matčino sociální zázemí a podpora, které se jí od jejích blízkých dostává. Zdá se, že vyšší výskyt poporodní deprese je zaznamenán u žen, které otěhotněly neplánovaně, nicméně ani ženám s plánovaným otěhotněním se tento stav nevyhýbá.

Poporodní deprese je vážný psychický stav ženy, který již vyžaduje psychiatrickou intervenci. Náhlada matky se nelepší ani dva až čtyři týdny od porodu. Žena je stále vysoce úzkostná a prožívá pocity beznaděje. Zvláště ohrožené poporodní depresí jsou ženy, které touží být dokonalé a mít vše pod kontrolou (Gaskin, 2010). Mohou být přítomny sebevražedné myšlenky, kdy u pacientek s poporodní depresí nesmíme

podcenit riziko sebevraždy. Vyšší riziko suicida je u žen, které měly porodní komplikace. Jako nejčastější způsob vykonání sebevraždy matky volí předávkování léky. Poměrně často také může mít žena nutkavé násilné myšlenky, že svému dítěti ublíží (například shodí je ze schodů, utopí je, pobodá je). Pokud si však žena tyto myšlenky uvědomuje, je jimi stresována, ale zároveň je přítomen její racionální náhled na dopad tohoto činu, pak není nutný okamžitý zásah. Prevalence myšlenek na vraždu dítěte je u poporodní deprese okolo 40 %. Ve skutečnosti je ale počet zrealizovaných vražd dítěte do 1 roku života naštěstí o mnoho nižší. (Takács, 2015). Většina žen také udává pocit viny za to, že si nemohou díky pocitům úzkosti, špatné náladě a smutku soužití s dítětem pořádně vychutnat (Meltzer-Brody, 2015).

Terapie poporodní deprese vyžaduje součinnost gynekologa a psychiatra. V léčbě by se měla, stejně jako u deprese v jakémkoli jiném období života ženy, doplňovat léčba nefarmakologická s léčbou farmaky. Nefarmakologická léčba spočívá ve specifické psychoterapii prováděné specializovanými odborníky, kteří se v tomto případě zaměří na interpersonální psychoterapii, kognitivně - behaviorální či rodinnou terapii. Další nedílnou složkou psychoterapie je podpurná psychoterapie, kterou mohou provádět lékaři či zdravotníci bez ohledu na svoji specializaci. V přístupu je důležitá empatie, laskavost, aktivní naslouchání a podpora matky. Samozřejmě klademe důraz na informovanost matky a možnost spolupodílení a spolurozhodování na léčbě. Velmi důležitá je podpora otce dítěte a ostatních rodinných příslušníků. Základem farmakoterapie poporodní deprese jsou antidepresiva. Je třeba informovat matku, že antidepresiva v určité koncentraci přecházejí do mateřského mléka. Matka by společně s otcem měli zvážit přínos kojení oproti možným rizikům pro kojené dítě při užívání antidepresiv. Obecně ale platí, že jsou rizika pro kojeného novorozence, jehož matka užívá antidepresiva, velmi nízká a vážné následky jsou spíše raritní událostí (Yonkers, 2014). Pokud kojící matka užívá antidepresiva, mělo by být dítě po dobu léčby matky také klinicky sledováno pediatrem, aby bylo eventuální riziko skutečně minimalizováno (Grover, 2015). Léčba deprese je dlouhodobou záležitostí, nelze s ní překlenout pouze akutní příznaky. Akutní fáze léčby trvá pouze několik týdnů či měsíců, ovšem v medikaci antidepresivy je nutno vydržet minimálně jeden rok.

Někdy bývá (například u opakovaných atak deprese) indikována léčba i na několik let (Takács et al., 2015).

Poporodní psychóza

Poporodní psychóza může mít symptomy částečně shodné s poporodní depresí. U psychózy však nabývají na intenzitě poruchy chování či vnímání, stavy zmatenosti, chybění náhledu na své chování, bludy a halucinace, podezřívavost, žárlivost, paranoidita, vztahovačnost či nedostatečná péče o svoji osobu. Je-li v chování přítomna zvýšená aktivita, nižší potřeba spánku, agitovanost nebo bizarní chování, můžeme pomýšlet na manickou fázi bipolární afektivní poruchy.

Poporodní psychóza má akutní nástup, kdy první symptomy mohou být patrné v prvních 2-3 týdnech od porodu a stav má tendenci rychle se horšit. V tomto stavu je riziko, že matka ublíží sobě nebo novorozenci bez zdánlivě zjevného motivu, pod vlivem imperativních halucinací. Matčiny halucinace jí mohou našeptávat, aby zabila dítě nebo sebe. Přeludy mohou mít náboženskou symboliku, matky mohou být například přesvědčeny, že je jejich dítě d'ábel (Gaskin, 2010). Proto je nutno matčin zdravotní stav jak při hospitalizaci, tak i v domácím prostředí velmi intenzivně sledovat a vyhodnocovat možné náznaky suicidálního či infanticidního jednání.

Absolutní prioritou při terapii je zajištění bezpečí matky i dítěte. Zatímco u poporodní deprese je hospitalizace volbou podle momentální situace, u poporodní psychózy je hospitalizace (nebo dočasné fyzické omezení) nemocné matky nutností. Vzhledem k absenci náhledu na onemocnění je hospitalizace nutná mnohdy bez souhlasu samotné pacientky. Hospitalizace bez souhlasu pacienta podléhá zákonným normám. Nedobrovolnou hospitalizaci, která samozřejmě musí splňovat podmínku, že je žena nebezpečná sobě nebo svému okolí, musí ošetřující lékař do 24 hodin nahlásit příslušnému soudu. Omezovací prostředky - fixační pásy, kurty apod. - mohou být používány pouze na nezbytně nutnou dobu. Po celou tuto dobu musí být sledován fyzický a psychický stav pacientky. Vše musí být přesně a čitelně zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci. Léčba poporodní psychózy je obdobná léčbě poporodní deprese. Ve farmakoterapii jsou lékem volby antipsychotika.

Podáváme je přednostně per os, v případě nespolupráce pacientky jsou aplikována parneterálně. Opět je zde možná na počátku léčby kombinace s benzodiazepiny. Kromě farmakoterapie jsou v tomto případě nezbytná i režimová opatření. Je třeba informovat o všech možnostech a rizicích nejen nemocnou matku, ale i její rodinu. Často musí dojít k oddělení dítěte od matky, které může být přímo (agresí matky) nebo nepřímo (absencí mateřské péče) ohroženo na životě (Takács et al. 2015).

1.3.2 Psychologie novorozence

Novorozencem je nazýváno dítě od okamžiku narození do dokončeného 28. dne jeho života. V těchto prvních dnech můžeme hovořit ještě o časném novorozeneckém období, které trvá do 7. dne po narození a kdy probíhá bezprostřední adaptace dítěte na život mimo tělo matky, a pozdním novorozeneckém období trvajícím do onoho 28. dne po narození.

Dítě na svět přichází vybaveno reflexy, smysly a schopností protosociálního chování, které mu pomáhají v adaptaci na život mimo dělohu. Jsou pro ně doslova životně důležité.

Reflexy

Novorozenci se rodí na svět vybaveni všemi základními nepodmíněnými reflexy. Mezi obranné reflexy patří kašláním, kýčání, dávící či mrkací reflex. Dítě má také vrozený úchopový reflex, kdy okamžitě sevře v dlani náš prst, pokud mu jej podáme. Moorův reflex snadno vybavíme při prudkém škunutí podložkou, na které dítě leží. Dítě v úleku prudce roztáhne končetiny na obě strany. Novorozenec má také reflex chůze - pokud jej držíme nad podložkou, „chodí“ po ní. Tato reflexní chůze nemá ale s opravdovou pozdější chůzí nic společného. Dalšími reflexy je dítě vybaveno zejména pro příjem potravy. Jakmile se dotkneme obličeje nebo okolí úst novorozence, snadno vybavíme pátrací, hledací reflex. Novorozenec otevře ústa, vystrčí jazyk a instinkt jej vede k tomu, aby sám aktivně hledal mateřský prs. Jakmile má v ústech bradavku včetně dvorce, obejmeme jej jazykem svinutým do žlábků a sevře jej dásněmi.

Hluběji v ústech novorozence se při tom podráždí citlivý sací bod, který vyvolá sací reflex. Jakmile se novorozenci podaří jazykem vytlačit kapky mléka do pusinky, přichází na řadu třetí z důležitých reflexů, polykací reflex (Gregora, 2013). Při prvních pokusech o kojení novorozenec ovšem tápe, hledá-li prs. Po několika dnech kojení je již znát „zpevnění reflexního chování“, novorozenec je již v nacházení prsu a sání mateřského mléka jistější, než při oněch prvních pokusech. Je to způsobeno častým opakováním situace, posilováním reflexního chování funkčním cvičením - v tomto případě kojením (Piaget, 2010).

Smyslové vnímání novorozence

Znalost a pochopení vývoje smyslových systémů u plodu a novorozence výrazně pokročily až v posledních dvaceti až třiceti letech. Základní struktura smyslových receptorů (oči, uši) se zakládá již v prvních týdnech prenatálního vývoje, zatímco většina neuropsychického vývoje je dokončována až zhruba v druhé polovině těhotenství či v jeho posledním trimestru (Graven, 2008).

Novorozenec se o své okolí zajímá jen omezeně. Oční kontakt novorozenec udrží jen na velmi krátký okamžik, což je podmíněno nezralostí jeho mozkových struktur. Ovšem podle posledních výzkumů je i novorozené dítě již schopno fixovat cíl pohledem (Stjerna, 2015). Papageorgiou (2015) ve své studii zkoumal vuziální pozornost jeden- až čtyřdenních novorozenců pomocí videokamer, kdy novorozencům bylo umožněno pozorovat lidské tváře. Zjistil, že novorozenci preferují pohled na lidskou tvář nebo jakýkoli předmět ji napodobující. Pozornost novorozenec také spíše věnuje pohybujícímu se předmětu. Papageorgiou svým výzkumem zjistil a potvrdil, že už v tomto raném období existují individuální rozdíly nejen v možnostech udržení pozornosti, ale také v délce doby pozorování a fixace objektu pohledem. Tyto rozdíly v individuálním vývoji novorozenců následně odpovídají individuálním odlišnostem i v pozdějších věkových obdobích.

Novorozenec využívá také svého sluchu. Novorozenec je schopný rozeznat rozdíl mezi lidským hlasem a jiným zdrojem zvuku, upřednostňuje vyšší ženský hlas a je „naprogramován“ k tomu, aby vnímal charakteristické znaky lidské řeči.

Tato vrozená schopnost mu později pomáhá naučit se mluvit. Je také výzkumem dokázáno, že novorozenec rozezná a preferuje zvuk hlasu svojí matky před hlasem jiné ženy. Novorozené dítě se točí ve směru, odkud přichází zvuk. Tato reakce na zvuk se po asi šesti týdnech po porodu vytrácí a objeví se znovu ve třetím až čtvrtém měsíci života (Ratislavová, 2008).

Dalšími smysly, které novorozenec nezbytně potřebuje k seznamování se s okolním světem, jsou jeho chuť a čich. Pomocí nich spolehlivě identifikuje svojí matku. Po pár dnech života je novorozenec dokonce schopen rozeznat vůni a chuť mateřského mléka své matky od mateřského mléka jiné ženy. Z tohoto důvodu není vhodné, aby žena v šestinedělí používala parfémy či parfémovaná mýdla, novorozenec to může jen zmást. Novorozenec preferuje sladkou chuť. Při konzumaci sladké tekutiny má spokojený výraz a někdy si může olíznout rty. Naopak na hořkou chuť reaguje vystrkováním jazyka a odmítáním hořké tekutiny. Velmi dobře má novorozenec vyvinutý hmat. Dítěti dělá dobře hlazení, mazlení se s matkou, jemné doteky či jiná taktilní stimulační matkou nebo jinou milující osobou (Ratislavová, 2008).

Sociální interakce

Prozkoumávání afektivity novorozenec je velmi obtížné. Je zde velké riziko, že budeme posuzovat cítění dítěte podle názorů cítění dospělého a posuzovat je chybně (Piaget, 2010). Mahler (2006) ve své egopsychologické studii popisuje vnímání v prvních dvou týdnech života dítěte jako „normální autismus“. Je možné říci, že v tomto období převažují fyziologické potřeby novorozenec nad potřebami psychologickými, protože novorozenec se v prvních dvou týdnech po narození snaží především o uspokojování své potřeby homeostázy. Novorozenec v tomto období nereaguje na vnější podněty, většinu dne stráví v polospánku a s pláčem se budí prakticky pouze tehdy, pokud má hlad nebo nějakou jinou potřebu. Ihned, jak je tato jeho potřeba naplněna, novorozenec okamžitě opět usíná. První dny po narození se podobají prenatalnímu prožívání dítěte. Autismus pomáhá dítěti filtrovat zevní podněty tak, aby nebyla jeho nervová soustava příliš přetěžována zevními stimuly. Podle této studie novorozenec nedokáže odlišit svůj podíl na uspokojování svých potřeb (močení,

defekace, kašel, kýchání, slinění, říhání a zvracení) od matčiny snahy mu tyto potřeby zajistit (uspokojení hladu, zajištění tepla, sucha, čistoty). Neuvědomuje si svoji absolutní závislost na své matce (Mahler, 2006). Dítě zejména nevnímá samo sebe jako jedinečnou bytost, která je oddělena od matky. Vnímá se být jejím prodloužením, její součástí. Naštěstí na to je matka velmi dobře připravená. Během těhotenství se u ní rozvinula schopnost rozpoznat a reagovat na signály jejího dítěte (Rufo, 2009).

Novorozenec, jak již bylo výše uvedeno, je vybavený k sociálnímu kontaktu, přestože mu zatím chybí sociální zkušenosti. Zcela nepochybně jsou novorozené děti schopny ovlivňovat rodičovské chování ve svůj prospěch. Zajímavé je, že pokud dítěti vložíme do dlaně svůj prst, je jeho úchopový reflex zřetelně silnější, než pokud bychom mu do dlaně vložili dřevěnou hůlku o stejných rozměrech. Pokud je novorozené dítě položeno v postýlce, nesnaží se o plazení nebo o poznání mírněji, než pokud si je nahé položí matka na své tělo. Na matčině těle jsou pohyby novorozence čilejší a živější. Velmi často studovanou dětskou sociální reakcí je úsměv. Jsou pozorovány rané úsměvy novorozence jako spontánní projev po kojení, jako reakce na pohybující se předmět nebo na blízkost lidské tváře (Piaget, 2010). Poslední výzkumy naznačují, že vyvolání úsměvu, či zmírnění pláče, velkou měrou napomáhá dostatečné mazlení se s matkou. Tomuto napomáhá i jiná taktilní stimulace a v neposlední řadě také kvalitní, nepřerušovaný spánek novorozence (Cecchini, 2013).

Paměť a učení

Novorozenec je schopen učit se. To, jak kvalitně matka synchronizuje svoje chování s chováním dítěte, napomáhá jeho pohotovosti k učení ve všech ohledech. Novorozenec hledá a nachází souvislosti v podnětech od svého okolí. Na základě této zkušenosti novorozenec reaguje a je schopen uchovat naučenou reakci déle než 24 hodin. Novorozené dítě je schopno vyhledávat příjemné zkušenosti a aktivně se umí vyhnout nepříjemnému podnětu (Ratislavová, 2008).

1.4 Podpora a zajištění vzniku citové vazby

„Bonding je tak jednoduchý (a záhadný) a tak snadný (nebo složitý) jako samotná láska“.

Chamberlain, 2014

1.4.1 Bonding

Bonding je anglické slovo ve významu „lepení“ či „připoutání“. Bonding je biologicky podmíněnou láskyplnou citovou vazbou, jedná se o proces tvorby hlubokých emočních vazeb mezi matkou a dítětem. Matka (či otec) se zamilovává do svého dítěte a citově se k němu připoutává. Bonding je přirozeným pokračováním vztahu mezi matkou a otcem - matčino a otcovo láskyplné pouto k dítěti, které spolu zplodili. Rodiče si zpravidla ke svému dítěti vytvoří velmi silnou citovou vazbu (Mrowetz, 2011; Chamberlain, 2014). Zajímavé zjištění ve srovnání prožívání vzniku pouta ke svému dítěti z hlediska matek a otců uvádí ve výsledku své studie Guillaume et. al (2013). Výzkumníci uvádějí, že otcové popisovali pouto k dítěti více slovy, málo zmiňovali potřebu fyzického kontaktu, stačilo jim dítě si prohlížet, dívat se na ně, fotit je apod. Naproti tomu u žen je pouto s dítětem prožíváno více fyzicky. Projevuje se touhou dítěte se dotýkat, nosit je. Matky mají k dítěti doslova potřebu kontaktu kůže na kůži, polibků a chování je v náruči.

Bonding je přírodou dokonale vytvořený mechanismus pro přežití mláďete. U některých živočišných druhů (např. kachňata) si mláďata vytváří vazbu k matce (nebo k čemukoliv prvním, co vidí). Matku pak mláďata bez váhání kamkoliv následují. Tomuto jevu se říká "otisk", odborně "imprinting". Imprinting příroda vytvořila u živočišných druhů, u kterých není k přežití nezbytně potřeba, aby si matka k potomkovi vytvořila láskyplné pouto. Lidské mláďe se ovšem rodí extrémně nesamostatné a bezmocné. Není možné, aby se samo matky přidržovalo nebo ji dokonce následovalo, bez neustálé péče by nebylo schopné přežít. Díky mateřské lásce přežívá a může se vyvíjet. U lidského druhu je tím, kdo si vytváří vazbu, matka (Solterová, 2014).

Jak Chamberlain ve své knize „Pohled do mateřského lůna“ uvádí, bonding může začít kdykoli. Před nebo po početí, kdykoli v těhotenství, před porodem, při porodu i po něm. Už v těhotenství je jednoduché mluvit na dítě, úmyslně a láskyplně mu dávat najevo, že je milované a s láskou očekávané. Po porodu vyhledávat fyzický kontakt s dítětem, tiše k němu hovořit, prohlubovat důvěrnost vzájemného vztahu. Dítě velmi dobře vnímá, zda je milované a chtěné (Chamberlain, 2014; Solterová, 2014). V časném poporodním období je třeba novorozenci i jeho matce zajistit vhodné podmínky k vzájemnému seznámení, kdy oba využijí všechny smysly k tomu, aby se citově a emočně navázali jeden na druhého (Fedor-Freybergh, 2013).

V literatuře je pod pojem bonding zmiňováno a zdůrazňováno zejména „kritické období“ ihned po porodu. Jedná se zpravidla o první okamžiky (až první hodiny) po porodu, které jsou v navazování kontaktu matky s novorozencem zřejmě doslova klíčové. V tomto krátkém časovém období dochází k dokonalému zázraku přírody. Je to nádherný důvěrný okamžik mezi matkou a dítětem. Novorozené dítě, v ideálním případě položené na nahou hrud' své matky, se uklidní a naslouchá rytmu tlukotu mateřského srdce (Fedor-Freybergh, 2013). Matka se snaží velmi intenzivně o oční kontakt s dítětem a vyjadřuje přání, aby také dítě pohlédlo na ni. Dítě je ihned po porodu v bdělém stavu, s otevřenýma očima a pozorně si matku prohlíží. Zdá se, že jak matka, tak dítě jsou vzájemnými pohledy zcela uchvázeni. Oční kontakt mezi matkou a dítětem podporuje mateřské chování (Mrowetz, 2013). Matka okamžitě spontánně reaguje, hladí dítě po tváři, ručičkách a zádičkách, promlouvá k němu změněným něžným hlasem a prohlíží si je. Kontakt skin-to-skin výrazně napomáhá procesu, kdy se ze ženy stává matkou. Většina matek instinktivně dítě drží ve svém náručí na levé ruce, blíže ke svému srdci, jehož tlukot dítě důvěrně zná (Ratislavová, 2008). Novorozené dítě nachází matčin prs, což se stává obvykle zhruba do jedné hodiny po porodu, a zkouší poprvé sát mateřské mléko. První pokus o kojení novorozence spouští hormonální záplavu v těle matky. Vyplavené hormony pomáhají zároveň jak odloučit placentu, zavinout dělohu a zmenšit tím rannou plochu v ní, tak umožní vznik mleziva a následně i samotného mateřského mléka (Chamberlain, 2014; Solterová, 2014). Časný skin-to-skin kontakt podle provedených

výzkumů přináší pouze samá pozitiva a nemá žádné krátkodobé ani dlouhodobé negativní účinky pro dítě ani pro matku (Mrowetz, 2013). Jak již bylo řečeno, má pozitivní vliv na spouštění kojení. Další výhodou je stabilizace kardio-respiračního systému dítěte a snížení hladiny jeho stresových hormonů. Dítě položené na matčinu hrud' méně pláče (Moore, 2012). Matky, kterým byl umožněn kontakt kůže na kůži s novorozencem, jsou méně úzkostné a mají více rodičovské sebedůvěry. Mají více víry ve své mateřské schopnosti po propuštění z porodnice (Anderzén-Carlsson, 2014).

Bonding má zásadní vliv na následné chování matky v péči o dítě. Výzkumy poukazují na to, že pokud měla matka možnost strávit se svým novorozencem nerušené chvíle po narození a byl-li jim umožněn vzájemný blízký kontakt, byla tato matka měsíc po narození schopna svoje dítě efektivněji uklidnit a utišit než ty matky, které možnost kontaktu s dítětem neměly. Matky častěji vyhledávaly se svým dítětem fyzický kontakt. Více se také se svými dětmi mazlily a při kojení se jim více dívaly do obličeje než matky, které byly o možnost bondingu ochuzeny. Zároveň byly matky méně ochotné ponechat dítě v péči jiné osoby. Bylo také výzkumy zjištěno, že tyto matky svoje děti kojily déle. Na podkladě všech získaných údajů z výzkumu jeho autoři odvodili, že v prvních minutách či hodinách po narození nastává u novorozenců citlivá vývojová fáze, kdy je naladěné na navazování vztahu se svou matkou. (Mrowetz, 2011; Solterová, 2014).

Raná interakce probíhá bezděčně a je patrné, že oběma stranám, matce i novorozenci, přináší potěšení a radost. Zároveň je pro ně možnost být jeden s druhým velmi uspokojující. Je tedy velmi vhodné přizpůsobit či vytvořit podmínky k tomu, aby časná interakce mezi matkou a novorozencem mohla probíhat nerušeně, matku povzbuzujeme v kontaktu s dítětem a v komunikaci s ním. Jsou-li zajištěny správné podmínky, maximálně tím podporujeme vznik a správný rozvoj rodičského se vztahu mezi matkou a dítětem, rozvoj bondingu (Ratislavová, 2008). Jakékoli oddalování či přerušování společně tráveného času těsně po porodu může mít negativní dopad na budoucí vztah matky a dítěte a také na úspěšnost kojení (Mrowetz, 2011).

V ideálním případě by měl být novorozenec ihned po porodu položen matce na břicho. U fyziologického porodu upřednostňujeme jeho umístění do vertikální

polohy, u porodu sekci dítě pokládáme horizontálně pod prsa matky. Novorozence, stále na těle matky, osušíme nahřátou sterilní plenou. Poté matku i dítě společně přikryjeme teplou dekou nebo ručníkem, přičemž matka má stále položené ruce na tělíčku novorozence. Pokud matka potřebuje, podle potřeby jí ošetřující personál nebo matčin doprovod pomůže s přidržováním novorozence. Během této doby ošetřující personál neodkladně zhodnotí Apgar skóre dítěte. Necháme v klidu dotepat pupečník, teprve poté jej přerušíme. Po následné 4. době porodní, kdy matka porodí placentu, zkontrolujeme a ošetříme případná porodní poranění.

V následujících chvílích není nutné na nic spěchat. Není třeba novorozence k prsu přikládat a nutit jej z něho sát, dokud sám nechce. Fyziologický novorozenec po přibližně 15 minutách nečinnosti začne vyvíjet spontánní pohybovou aktivitu, kdy sám začne matčin prs aktivně vyhledávat, instinktivně se k němu doplazí a bude se snažit si jej přichytit. Při těchto prvních pokusech matka nemusí vyvíjet žádnou spolupráci s dítětem. Jedinou pomocí může být přidržení prsu například z důvodu jeho velké objemnosti. Je tedy velmi vhodné pokládat dítě na matčino tělo a podpořit je v hledání prsu i u matky spící po narkóze (Mrowetz, 2013). Novorozenec poprvé saje z prsu různě dlouhou dobu a často u sání usne. Teprve po úspěšném prvním přísátí novorozence může následovat a být dokončeno rutinní ošetření. Doplňme označení novorozence a matky, vážení dítěte a změření jeho délky, aplikace Ophtalmo-septonexu a Kanavitu. Porodní sál by měla matka opouštět společně s novorozencem, ideálně v kontaktu skin-to-skin, rovnou na rooming-in (Mrowetz, 2013).

Michaela Mrowetz, česká klinická psychologka a soudní znalkyně společně s pediatričkou Marcelou Peremskou zpracovaly přehledné doporučení na podporu raného kontaktu matky a dítěte pro ošetřující personál v porodnicích (Příloha 9). Nazvaly je 10 kroků k podpoře raného kontaktu (Mrowetz, 2013).

1.4.2 Rooming-in

Z evolučního hlediska je nasnadě, že přežití lidského novorozence závisí na jeho prakticky nepřetržitém kontaktu s matkou. V minulosti byly děti rozeny v domácím

prostředí za asistence porodních bab. Pojem bonding byl v té době neznámý, ale matky přirozeně byly se svými dětmi nablízku, chovaly je v náručí a udržovaly je v bezpečí a teple. Před několika desetiletími se porod přesunul z domácího prostředí do nemocnic a situace se podstatně změnila. V západní kultuře začalo být běžné, že docházelo k separaci matek a novorozenců (Moore, 2012). Matka si mohla po porodu pochovat své dítě pouze pár minut. Poté je zdravotníci, v dobré víře, že si matka potřebuje po porodu odpočinout, odnášeli na novorozenecké oddělení a matka byla přeložena na oddělení šestinedělí. Matky dlouho čekaly na to, aby své dítě spatřily, děti jim byly přinášeny pouze na kojení (Mrowetz, 2011).

Rooming-in je anglický název pro umístění zdravé šestinedělky a fyziologického novorozence společně na jednom pokoji nepřetržitě ve dne i v noci. Tento název se začal běžně užívat i v České republice. Rooming-in byl v tehdejší Československu zaveden již v roce 1977 ve znojenské nemocnici. Testovací provoz byl ve svých prvopočátcích polodenní, posléze byl prodloužen na celodenní. Z těchto dvou zkušebních provozů se osvědčil celodenní společný pobyt matek a novorozenců, který je i dnešními psychology nadále doporučován jako ideální model poporodní péče.

V období po porodu, v šestinedělí a ještě i v pozdějším období hovoříme o symbióze mezi matkou a dítětem. Není možné chápat matku s novorozencem jako oddělené samostatné jednotky. Co prožívá matka, prožívá zároveň skrze ni i novorozenec. A naopak. Rooming-in je ideálním způsobem organizace poporodní péče o matku a fyziologického novorozence. Zdravotnický personál je matkám k dispozici 24 hodin denně, kdy může být matce nápomocen radou nebo praktickou pomocí ohledně manipulace s dítětem, kojení a celkové péče o novorozence. Komunikace zdravotníků s kojící ženou by měla být citlivá a taktní, neboť žena je v tomto období velmi emočně zranitelná. Jakýkoli nevlídný či strohý tón se jí může silně dotýkat (Takács, 2015). Matky jsou v tomto období velmi nakloněny spolupráci se zdravotníky a ti by měli mít v povědomí, že tyto první dny, kdy se matka a novorozenec vzájemně poznávají a sžívají, jsou doslova klíčovými obdobím (Ratislavová, 2008).

Rooming-in má hodně výhod. Je samozřejmé, že pokud spolu dva lidé tráví více času, mají větší šanci lépe se poznat. Nejinak je to i s novorozenci a matkami.

Novorozenec vyžaduje neustále uspokojování svých potřeb a vzhledem k jeho dosud nepravidelnému biorytmu je nutná prakticky celodenní péče. Výsledky výzkumu ukazují, že mohou-li trávit matka a novorozenec čas společně (včetně noci), matky pak dosahují lepších výsledků v testech, které pomáhají změřit sílu vazby matky k jejímu dítěti. Matky a jejich novorozené děti mají tělesné a emoční potřeby, vzájemnou touhu po blízkosti. Matky se neustálým kontaktem s dítětem učí rozpoznávat jeho potřeby a umět je spolehlivěji uspokojit. Umějí se o svého novorozence lépe postarat, konejšit jej a uklidnit jej, což snižuje jejich obavy ze zvládnutí péče o dítě po příchodu z porodnice. Starají se o svého novorozence s větší sebedůvěrou (Mrowetz, 2011).

Společný pobyt matky a novorozence na rooming-in také podporuje a usnadňuje kojení. Matkám využívajícím pro poporodní období rooming-in se mléko vytváří dříve. Mají také více mléka a kojí déle než matky, které nemají možnost po porodu trávit společný čas se svým dítětem. Pravděpodobně také budou kojit výlučně, bez využití průmyslově vyrobeného mléka. Podle výsledku výzkumu v porodnicích s restriktivní strategií byl výrazně větší počet žen, které přerušily kojení v době od jednoho do tří měsíců od porodu, než v porodnicích podporujících rooming-in (Ratislavová, 2008). Rooming-in přináší výhody samozřejmě i dítěti. Novorozenec, který je v kontaktu s matkou, je klidnější, méně pláče, rychleji se uklidní a tráví více času tím, že jej klidně prospí. Dítě vypije více mateřského mléka a přibírá lépe na váze.

Rooming-in je někdy matce rodinou či přáteli vymlouván dobře míněným konstatováním, že se unavená matka určitě lépe vyspí o samotě, kdy je dítě přes noc na novorozeneckém oddělení. Výzkumy však prokazují, že matky, jejichž děti spí vedle nich, spí naopak klidněji. Uklidňuje je vědomí, že jsou svým dětem nablízku (Mrowetz, 2011). Někteří autoři upozorňují na riziko vzniku pocitů viny, pocitů deprese a úzkosti matek, které z rozličných důvodů nemohly pobyt na rooming-in se svým novorozencem podstoupit (Ratislavová, 2008).

1.4.3 Raná komunikace matky a dítěte

Jak již bylo uvedeno, matka s dítětem rozličnými způsoby komunikuje již od počátku jeho vývoje. Po porodu je jejich vzájemná interakce zpočátku aktivně tvořena matkou, která neustále reaguje na dítě a zpětně na jeho chování. Tím postupně předává dítěti svoje zkušenosti a seznamuje je se světem a jeho souvislostmi a připravuje je na jeho budoucí samostatnost (Šulová, 2010).

V časném novorozeneckém věku se vytváří synchronie (nebo asynchronie) pozornosti a afektu mezi matkou a dítětem (Šulová, 2010). Synchronie spočívá v tom, že dítě (či matka) vyšle určitý signál, na který matka (resp. dítě) zareaguje. Komunikace se tím postupně stabilizuje, stává se funkční a čitelnější pro obě strany. Dochází tím ke stále lepšímu porozumění mezi matkou a dítětem. Množství vzájemně vysílaných signálů se proto může úspěšně zvyšovat, což opět zpětně napomáhá k upevnování jejich vzájemného citového pouta. Kvalitu synchronicity vztahu matky a dítěte samozřejmě určují oba aktéři této dyády. Ze strany dítěte synchronizace nemůže probíhat kvalitně tehdy, pokud se novorozenec hůře adaptuje na postnatální období. Nejčastější příčinou asynchronie ze strany novorozence je jeho zdravotní stav, kvalita a funkčnost jeho smyslů nebo také zvýšená dráždivost. Překážky v rané komunikaci ze strany matky mohou být rozličné – významnou roli hraje, zda je matka zdravá, dostatečně odpočatá, či zda pečuje ještě o další svoje děti. Důležitá je samozřejmě zralost matky, její sebedůvěra a připravenost k mateřství, ekonomická situace či momentální psychické rozpoložení. V neposlední řadě svoji roli samozřejmě hraje kvalita a funkčnost vztahu s partnerem, kdy je možné až negativní naladění vůči dítěti – např. když je dítě nechtěné nebo se narodilo ze vztahu s „nesprávným partnerem“. Opakem negace vůči dítěti bývá úzkostná péče o dítě, kdy je matka přehlčuje péčí a stimuly bez ohledu na to, jaké má dítě aktuální potřeby. Dalším důvodem k asynchronii ve vzájemných interakcích matky a dítěte může být poporodní stres, kdy má matka sklon k nepřiměřenému prožívání a k depresivním pocitům. Tyto stavy sice po několika měsících trvání odeznívají, nicméně ztěžují zdárný průběh rané interakce matky a dítěte (Šulová, 2010).

Při verbální komunikaci matky (rodiče) s dítětem můžeme pozorovat charakteristické projevy. Matka se instinktivně přiblíží k dítěti na vzdálenost 25-30 cm k jeho obličejí, udržuje oční kontakt s dítětem, používá vyšší tón hlasu, zřetelně a pomalu vyslovuje a má výraznou mimiku. Repertoár používaných slov vůči novorozenci je chudší, přičemž matka tato slova stereotypně opakuje, dokud dítě neztratí o kontakt zájem. Do neverbální komunikace matka zapojuje všechny smysly - dítěte se dotýká a kolébá je v náručí (hmat), udržuje oční kontakt (zrak), konejší je a mluví na ně (sluch), nechává dítě k sobě přivonět a „ochutnávat“ se jím (čich a chuť). (Šulová, 2010). Využití všech smyslů ve vzájemném poznávání se matky a jejího novorozeného dítěte je významným spouštěcím mechanismem mateřského chování (Matějček, 2010).

Dobře nastavená interakce je velmi dobře patrná například na hravém kontaktu matky a novorozence. Hra začíná vzbuzením zájmu o vyslaný signál. Následuje sladění vzájemné orientace matky a dítěte (vhodnou polohou těla i hlavy) a zahleděním se vzájemně do očí. Následuje pozdrav, promluvení matky k dítěti s odpovídající mimikou, vokalizací a úsměvem. Celý hravý cyklus vrcholí „dialogem“, v němž jsou zapojeny všechny smysly matky i dítěte a přináší jim oběma potěšení. Hra v novorozeneckém věku nemá dlouhého trvání, novorozenec je pozorný pouze krátkodobě, kdy matka je k tomuto poklesu zájmu citlivá a přizpůsobuje se dítěti (Šulová, 2010).

Lze říci, že oba - jak dítě, tak matka - jsou od přírody velmi dobře vybaveni k tomu, aby jejich vzájemný vztah prosperoval. Novorozenec, jak již bylo mnohými výzkumy potvrzeno, má schopnost upoutávat pozornost dospělých svými tělesnými proporcemi (velká hlava k poměru k tělu), obličejem (široké čelo, kulaté tváře), celkově kulatým a buclatým tělíčkem i svými neverbálními projevy. Tyto typické „miminkovské znaky“ v dospělých vyvolávají potřebu o něho pečovat či různě jej stimulovat a hovořit na něj. Zároveň také matka má vrozenou, hormonálně podmíněnou schopnost vhodného chování k vlastnímu potomkovi. Tímto je zajištěn zdárný vývoj dítěte, které by bez nepřetržité péče nepřežilo (Šulová, 2010).

1.4.4 Vazebné chování

Vazebné chování (attachment behavior) je pouto dítěte k matce. Toto pouto je charakterizováno dvěma hlavními znaky. Prvním znakem je udržování blízkosti k matce a její obnovování v případě, je-li narušena. Druhým znakem je jedinečnost, výlučnost matky (mateřské postavy). Vazebné chování je považováno za určitý typ sociálního chování (Bowlby, 2010).

Teorie řízení vazebného chování

Na citlivost a jedinečnost vztahu matka - dítě jako jeden z prvních poukázal John Bowlby. Tento anglický psychoanalytik vychází z učení Freuda a Darwina. Svým konceptem ohledně prvotního přimknutí dítěte k matce (attachment) Bowlby silně ovlivnil i jiné psychologické školy. Bowlby definuje vztah dítěte a matky jako oboustranně velmi silné a nenahraditelné citové pouto. Poukazuje také na to, že kvalita tohoto prvotního vztahu má vliv na všechny další sociální vztahy dítěte. Podle jeho teorie narušení tohoto specifického vztahu může mít závažné následky pro budoucí citový a emocionální vývoj jedince.

Různí psychoanalytici jsou jednotní v tvrzení, že pouto dítěte a matky je výlučné, jedinečné. Všichni souhlasí s empirickým zjištěním, že si všichni novorozenci během prvního roku života vytvoří k matce velmi silné pouto. Ovšem nejsou již tak jednotní v tvrzení, jak rychle toto pouto vzniká, co napomáhá k jeho udržování, jak dlouho přetrvává a jaká je jeho funkce.

Bowlby (2010) uvádí, že se v psychologické či psychoanalytické literatuře dají najít čtyři hlavní teorie o vzniku vazebného chování:

1. teorie sekundárního pudu, také teorie vypočítavé lásky (cupboard-love-theory)

Novorozenec má celou škálu potřeb, zejména potřebu tepla a potravy. Matka tyto jeho potřeby uspokojuje a důsledkem toho, podle této teorie, je naučený vztah dítěte k matce coby k té lidské postavě, která je zdrojem jeho uspokojení.

2. *teorie primárního sání objektu (primary object sucking)*

Novorozenec se instinktivně zajímá o matčin prs a saje jej. Postupně se novorozenec naučí, že pokud je přiložen k prsu, je zároveň přítomna také matka a navazuje kontakt i s ní.

3. *teorie primárního upnutí k objektu (primary object clinging)*

Novorozenec má instinktivní touhu být v kontaktu s jiným člověkem a zdržovat se mu nablízku. Tato blízkost, kterou novorozenec vyžaduje nezávisle na příjmu potravy, je považována za stejně primární potřebu, jako je potřeba tepla a potravy.

4. *teorie primární touhy po návratu do dělohy (primary return-to-womb craving)*

Podle této teorie se novorozenec touží vrátit zpět do dělohy, z které byl vyhoštěn.

Podle Bowlbyho (2010) je v psychoanalytických textech nejčastěji uváděna a přijímána teorie sekundárního pudu. Odvolává se na to, že tuto teorii vyznával také Freud. Ve své knize Bowlby cituje Freudův výrok „*Láska má svůj původ ve vazbě na uspokojenou potřebu výživy*“ a považuje jej pro teorii sekundárního pudu typický. Všechny výše uvedené (alternativní) teorie mohou být pochopeny jako *teorie komponentních instinktivních reakcí*. Nová verze, navržená Bowlbym (2010), může být podle jejího autora charakterizována jako *teorie řízení vazebného chování*.

Bowlby (2010) navazuje na své vlastní výzkumy z roku 1958 a navrhuje teorii, která je odlišná od výše uvedených alternativních teorií a vychází z instinktivního chování novorozence. Bowlby tvrdí, že „*pouto dítěte k matce je výsledkem činnosti řady behaviorálních systémů, které mají blízkost k matce jako svůj předvídatelný výsledek*“ (Bowlby, 2010). Vazebné chování je v Bowlbyho teorii typem sociálního chování, které plní specifickou biologickou funkci - má podle Bowlbyho zvýšit šanci dítěte na přežití. Nenazývá je ani „*potřebami*“ ani „*pudy*“, ale vazebné chování popisuje tehdy, jsou-li aktivovány behaviorální systémy. V jejich aktivaci připisuje hlavní význam interakci novorozence s prostředím, zejména s hlavní postavou v tomto jeho prostředí - s matkou. Příjem potravy v této teorii nemá nikterak rozhodující důležitost. Dá se tedy říci, že Bowlby se částečně ztotožňuje s *teorií primárního sání objektu* i *teorií primárního upnutí se k objektu*. Obě teorie předpokládají samostatné

chování dítěte určitým způsobem k matce. Oproti tomu se Bowlbyho teorie neslučuje s *teorií sekundárního pudu* ani s *teorií primární touhy po návratu do dělohy*. Teorii primární touhy po návratu do dělohy Bowlby dokonce zmiňuje jako podle jeho názoru nadbytečnou a biologicky neudržitelnou.

Bowlby v navrhované hypotéze považuje blízkost dítěte k matce za cíl veškerého vývoje všech behaviorálních systémů dítěte. Behaviorální systémy, které řídí instinktivní chování dítěte, fungují velmi důmyslně a složitě. Novorozenec se učí svoji matku pozvolna si uvědomovat. V raném období života dítěte je k tvorbě citového pouta mezi matkou a dítětem velmi důležitých pět instinktivních vzorců chování dítěte: sání, přidržení, následování, pláč a úsměv. Teprve tehdy, když začne být samo pohyblivé, vyhledává dítě aktivně matčinu společnost. Mezi zhruba devátým a osmnáctým měsícem života se totiž obvykle aktivují důmyslné systémy, které jsou organizovány tak, aby udržely dítě v blízkosti jeho matky. Dá se tedy říci, že po několik měsíců je novorozenec udržován v blízkosti matky aktivitou z matčiny strany a postupně je tato blízkost dosahována rovněž aktivním chováním ze strany dítěte (Bowlby, 2010).

Funkce vazebného chování

Zastánci teorie sekundárního pudu budou zastávat názor, že funkcí vazebného chování je udržení dítěte v blízkosti matky primárně z důvodu jeho okamžitého nasycení. Ve skutečnosti to tak jednoznačné není. Podle nových dostupných poznatků hraje příjem potravy ve vzniku a další podpoře vazebného chování pouze podružnou roli. Například novorozenec má celou řadu fyziologických potřeb, které si není schopen sám uspokojit. Hrozí mu tím určité nebezpečí, že při neuspokojování potřeb dojde k nadměrné stimulaci jeho psychiky a dojde k poruše duševního aparátu. Matka, připravená bez odkladu uspokojovat všechny tyto potřeby novorozence, toto nebezpečí svojí péčí odvrací. Dalším vývojovým důsledkem vazebného chování je ochrana před predátory. Vazebné chování zcela nesporně pomáhá zajistit dítěti bezpečí. Bowlby rovněž zmiňuje další roli vazebného chování - možnost dítěte být v blízkosti matky mu umožňuje naučit se od matky různé činnosti nutné pro jeho přežití.

Dítě je od narození vybaveno schopností velmi tvárně se učit a mnohé z toho, co se naučí, pochází z napodobování matky. Preferuje např. stejné potraviny jako matka, varuje se činností a předmětů, kterých se obává i matka aj. (Bowlby, 2010).

Zajištění citové vazby - signalizační a přibližovací chování

Bowlby (2010) uvádí, že citová vazba vzniká na základě několika různých typů chování, z nichž asi nejvíce patrný je pláč a volání. Dále jsou to žvatlání a úsměv, přidržování se, nenutriční sání, přibližování se, následování a vyhledávání. Všechny tyto typy chování jsou cíleny ke konkrétní vazebné postavě, nejčastěji matce. Mají za svůj cíl vzájemné přiblížení dítěte a matky. Konkrétní formy chování se dají rozdělit do dvou hlavních tříd:

- *signalizační chování*, které má za úkol přivést matku k dítěti
- *přibližující chování* má za úkol přivést dítě k matce

Signalizační chování

Předvídatelným výsledkem signalizačního chování je přiblížení matky k dítěti. Pláč, úsměv, v pozdějším věku žvatlání a volání, to vše jsou sociální signály, kterými dítě přiměje matku, aby mu byla nablízku. Zpočátku signalizační chování není zaměřeno k cíli. Dítě zapláče, usměje se nebo žvatlá a matka buď reaguje, nebo nereaguje. Teprve v pozdějších měsících věku dítěte je toto chování více záměrné a cílené. Každá složka signalizačního chování je jedinečná a nezaměnitelná, s ostatními se navzájem doplňují.

Pláčem dítě komunikuje ihned od narození. Jeho křik je považován za první předřečový projev, jehož nuance se naučí matka brzy rozlišovat (Šulová, 2010). Pláč je vyvolán celou řadou rozdílných příčin. Dítě může být hladové, může mít mokrou plenku, může je bolet břicho, nebo jen potřebuje změnit polohu, nechat se utěšit či se pochovat. Dítě vyžaduje kontakt s matkou úplně samozřejmě. Po celou dobu těhotenství bylo s matkou spjato a stále potřebuje, aby mělo matku neustále u sebe (Gaskin, 2010). Když dítě pláče z hladu, tehdy pláč narůstá postupně. Začíná jako slabý a nepravidelný pláč, jehož intenzita postupně narůstá. Stává se hlasitějším a pravidelnějším.

Oproti tomu pláč z bolesti je od začátku hlasitý, intenzivní. Dítě dlouze silně křičí a následuje delší pauza z důvodu dočasné zástavy dechu, která nakonec spontánně ustoupí, dítě lapá po dechu a kucká při výdechu. Na každý tento pláč matka reaguje, ovšem její chování je rozdílné, stejně jako jsou rozdílné typy pláče. Bowlby (2010) cituje Wolffa (1969), který podle výzkumu přirozeného vývoje pláče ve 14 rodinách zjistil, že pláč z bolesti je jeden z nejsilnějších podnětů, který urychleně matku přivolá k dítěti. Při tomto druhu pláče je matka připravena okamžitě zakročit a učinit opatření na záchranu dítěte. Oproti tomu na pláč, který nastupuje pozvolna a začíná nízkou intenzitou, bude reakce matky pravděpodobně pomalejší. Tento druh pláče bude vyžadovat nakrmení nebo utišení dítěte v náruči.

Na rozdíl od pláče, který matku mobilizuje a přiměje ji k ochraně dítěte, jeho konejšení či nakrmení, úsměv vyvolává chování jiného druhu. Tento projev dítěte se začíná objevovat po čtvrtém týdnu života dítěte a docílí toho, že se matka na dítě také usmívá, povídá si s ním, dotýká se jej, hladí je, nebo je může pochovat. Úsměv napomáhá prodlužování sociální interakce mezi matkou a dítětem a je patrné, že matka i dítě mají z tohoto chování potěšení. Dětský úsměv má na matku ovšem nejen vliv krátkodobý, pro tento okamžik. Dítě z něj profituje i z dlouhodobého hlediska. Ovlivňuje matku úžasným způsobem. Zdá se, že od okamžiku, kdy matka zaznamená první sociální úsměvy dítěte, jako by začala být ke svému dítěti ještě vnímavější. Vztah matky a dítěte se prohlubuje tím, že dítě úsměvem matku odměňuje, když o ně matka pečuje nebo je krmí, a dokáže být odzbrojující, je-li matka unavená nebo mrzutá. Jednoduše úsměv dítěte u matky zvyšuje pravděpodobnost, že bude na dítě reagovat okamžitě a v jeho prospěch.

Tentýž dlouhodobý vliv na matku má také spokojené žvatlání jejího dítěte. Žvatlání vyvolává, podobně jako úsměv, delší či kratší komunikační výměnu matky a dítěte. Pokud matka zareaguje na pláč, dítě pochová, konejší, mluví k němu, dítě tím uklidní. Zajímavý a méně známý je fakt, že pokud matka zvedne do náruče usmívající se dítě, přestane se dítě také usmívat. Pochování dítěte ukončuje také žvatlání.

Dalším druhem signalizačního chování bychom mohli nazvat gesto zdvižených rukou. Objevuje se u zhruba půlročního dítěte. Pozorujeme je tehdy, když se matka

přiblíží k dětské postýlce, nebo u lezoucího batolete tehdy, když se přibližuje k matce, nebo když se matka přibližuje k němu. Toto gesto signalizuje touhu po zvednutí do náruče. Matka toto přání vždy pochopí a v naprosté většině případů dítě pochová. Z biologického hlediska gesto zdvižení rukou pomáhá k přichycení se matky.

Druhem signalizačního chování, které je tentokrát již od počátku záměrné, je snaha upoutat a udržet matčinu pozornost. Toto chování se objevuje ve věku třiceti dvou až třiceti čtyř týdnů. Snaha o upoutání pozornosti a nespokojenost, pokud ji nedostanou, je považována za obtěžující. Je to však nedílná součást vazebného chování a z evolučního hlediska má své opodstatnění. Je maximálně důležité, aby matka dítěte mladšího tří let měla přesný přehled o tom, kde její dítě přesně je a co přesně dělá, aby v případě hrozícího nebezpečí mohla okamžitě zasáhnout. Z tohoto pohledu je naprosto pochopitelné, že dítě instinktivně oznamuje matce svoji polohu a činnost do té doby, dokud matka nenaznačí, že o něm ví (Bowlby, 2010).

Přibližovací chování

Mezi takzvané přibližovací chování patří samotné přibližování a následování, přidržování se matky a třetím, ne běžně uznávaným typem přibližovacího chování, je nenutriční sání nebo uchopování prsní bradavky.

Přibližování se k matce a její následování jsou pozorovaný typ chování ihned, jakmile se dítě začne samostatně pohybovat. Od devátého měsíce toto chování začíná být záměrné k matce - pokud matka změní svoji polohu, dítě změní směr a pohybuje se opět směrem k matce. Dítě využije veškeré své dostupné pohybové možnosti - bude se batolit, kutálet po zemi, plazit, kráčet či utíkat, dokud svého cíle nedosáhne. Navíc podle Piageta (1936), kterého cituje Bowlby (2010), kolem devátého měsíce dítě dozraje k tomu, že dokáže v mysli podržet nepřítomné předměty a hledat je. Matku tedy po tomto věku dítě v její nepřítomnosti také dokáže hledat na obvyklých místech.

Přidržování se matky můžeme pozorovat u dítěte již od narození, v dalších čtyřech týdnech se tato schopnost neustále zdokonaluje. Přidržování se matky je v prvních dnech a týdnech života docela jednoduchou reflexní reakcí. U dítěte vyvolá přidržování jeho nahota či změny gravitace, např. když jeho matka zakopne nebo poskočí. Matějček

(2015) také uvádí, že postavení kyčlí novorozence s největší pravděpodobností svědčí pro to, že lidské mládě nosí matky již od nepaměti na svém levém boku, kde se dítě celkem pohodlně usadí a je na něm přidržováno. Matka má druhou ruku volnou a může s ní volně pracovat. Toto je dokonalý systém péče o dítě. Dítě přitiskuté na tělo matky vnímá tlukot jejího srdce, je v teple a je blízko prsu, tudíž má potravu neustále na blízku. Tento způsob „přidržování“ samozřejmě v raném věku aktivně zajišťuje matka. V pozdějším věku je přidržování dítětem již zcela záměrné. Dítě ve věku devíti měsíců se dokáže přidržovat již velice pevně, zejména tehdy, je-li vylekané. Např. při snaze dát dítě z náručí dolů v neznámém prostředí se dítě podaří „setřást“ jen s velkými obtížemi.

Uchopování prsní bradavky a nenutriční sání jsou nedílnou součástí vazebného chování dítěte a matky. Plní dvě různé funkce - dítě se může nakrmit anebo uspokojit svoji citovou potřebu. Není možné říci, která funkce, zda nutriční, či citová, je důležitější. Není jedna prvořadá a druhá pouze vedlejší, doplňková. Každá má svůj vlastní mimořádný význam. Všichni novorozenci tráví velké množství času tím, že sají v ústech prsní bradavku bez nutnosti příjmu potravy. Nenutriční sání ve skutečnosti zabere dítěti daleko více času než sání prsní bradavky za účelem potravy. Hlavním důvodem pro nenutriční sání a uchopení bradavky je potřeba udržet blízký kontakt s matkou. Alternativou tohoto chování je cucání palce nebo dudlíku. Nenutriční sání má za úkol dítě upokojit, uklidnit. Proto se mrzuté či vylekané dítě, které má možnost uchopit prsní bradavku nebo cucat dudlík, uklidní mnohem dříve než dítě, které tuto možnost nemá. Ve světle poznání toho, jak jsou rozdílné funkce nutričního a nenutričního sání, je pochopitelné, že pohyby čelistí dítěte jsou u obou forem odlišné. Pohyby u sání nenutričního jsou povrchnější, než je tomu u sání k zajištění potravy (Bowlby, 2010).

1.4.5 Kojení

Kojení je základem pro navázání rané interakce matky a dítěte, má proto velmi důležitou úlohu při vzniku a posilování jejich vzájemného vztahu. Tvoří důležitou

součástí jejich vzájemné komunikace. Prostřednictvím kojení se vytváří důvěrný vztah mezi matkou a novorozencem, rozvíjejí se a upevňují jejich vzájemné citové vazby. Navíc toto přirozeně vzniklé pouto může v pozitivním smyslu ovlivnit vztahy matky a dítěte i v budoucnosti. Matka, která své dítě kojí, je více empatická vůči jeho potřebám a lépe přijme svoji mateřskou roli (Kim, 2011). Kojení je prvním sociálním kontaktem dítěte za pomoci všech jeho smyslů - hmatu, čichu, chuti, sluchu a vestibulárního aparátu. Formou sociálního chování je kojení i pro matku. U ní takové chování vzniká na podkladě sociálního učení, akceptování vzorů i zaběhnutých vzorců chování. Po porodu by neměla být žena ničím rušena, aby mohla všechnu pozornost věnovat novorozenci (Boledovičová, 2010; Javorka, 2014).

Mateřské mléko je považováno v prvních měsících života dítěte za jeho ideální výživu. Navzdory vědeckému pokroku je nenahraditelné pro lidské zdraví (Aquiar, 2011). Dítě má právo být kojeno. Není to ve smyslu, že by měla matka za povinnost kojit své dítě, ale je to bráno tak, že nikdo nesmí zasahovat do práva matky své dítě kojit (Sacks, 2015). Většina žen je rozhodnutá svoje dítě kojit. Z pohledu zdravotníka je potřeba matku v rozhodnutí kojit své novorozené dítě podpořit. Je nezbytné poskytnout matce dostatek informací a zároveň také praktické pomoci. Všichni zúčastnění zdravotníci by měli čerpat vědomosti z nejnovějších poznatků o výživě, měli by umět matce tyto vědomosti srozumitelně předat, vysvětlit a prakticky předvést vše potřebné. (Boledovičová, 2010).

Ačkoli tvorba mléka nastává až později, již před porodem a velmi krátce po něm se v prsech tvoří tzv. mlezivo, kolostrum. Mlezivo je nažloutlé a hustější, asi jako vaječný bílek. Mlezivo je pro novorozence velmi vzácná tekutina. Pro novorozené dítě je mlezivo natolik důležité, že by je měla alespoň v prvních třech dnech po porodu svému dítěti nabídnout i matka, která plánuje po porodu nekojit a krmit dítě umělou výživou. Kolostrum je lehce stravitelné a obsahuje pro novorozence nezbytné obranné látky a bílkoviny, a proto je důležité jej neochudit o možnost sát mlezivo ze zdánlivě ještě prázdného prsu. Mlezivo také působí částečně projímavě, kdy pomáhá novorozenci vyloučit první stolici, smolku. Zažívací ústrojí novorozence se tak začíná připravovat na potřebu trávení většího množství mléka v budoucích dnech (Gaskin,

2011; Gregora, 2013). Vlastní laktace se po fyziologickém porodu plně spouští okolo druhého až třetího dne po porodu. Po operativním porodu k rozvoji tvorby mateřského mléka dochází zhruba o 24 hodin déle než po spontánním porodu. V této době bývají prsy nalité a tvrdé, což může matka bolestivě vnímat (Koudelková, 2013).

Někteří novorozenci jako by věděli hned, jak si mají mateřský prs najít a uchopit, jiní k tomuto poznání potřebují více času a je třeba trpělivosti, než se naučí efektivně sát mlezivo a mléko. Je třeba přírodě důvěřovat, novorozenec i matka jsou ke vzájemnému kontaktu vybaveni. Novorozené dítě, položené na matčino nahé břicho, se dovede rychle posunout dopředu. Zpočátku matku trošku olizuje a ochutnává a oba si užívají vzájemného kontaktu kůže na kůži. Matka se touží svého dítěte dotýkat a hladit je. Takovéto její instinktivní chování přesně zapadá do vzorce mateřského chování a dítě začíná vysílat signály přípravy ke kojení. Dítě může vysouvat jazyk, očichávat matku, otvírat ústa, dávat si pěstičku do pusinky či kroutit hlavičkou ze strany na stranu. Když dítě kroucí hlavou, neznamená to, že by prs nechtělo, ale naopak jej hledá. Teprve po určité době je schopné aktivními pohyby samo najít prs, otevřít ústa a doopravdy sát. Ke vzájemnému pochopení a sladění je třeba, aby matka pozorovala pohyby a signály svého novorozeného dítěte a zároveň také svoje vlastní pocity a potřeby. Při těchto prvních pokusech o kojení není třeba nikam spěchat. Klid, vyrovnanost a důvěřování vlastnímu tělu výrazným způsobem podporuje a usnadňuje kojení. A začátek kojení proběhne nejsnadněji tehdy, pokud jsou spolu matka s novorozencem v takovém kontaktu, jaký je jim oběma nejpříjemnější (Gaskin, 2011).

Podle studií jsou reflexy novorozence nejvhodněji podporovány, volí-li si matka k prvnímu kojení polohu zcela svobodně a spontánně. Různým matkám a různým novorozencům vyhovují při kojení různé polohy. Není jeden univerzální způsob, kterým si dítě u prsu přidržívat. Všechny dvojice si nakonec najdou polohu, která jim oběma vyhovuje. Může záležet na chování novorozence, na únavě po porodu, na délce ruky matky či v neposlední řadě na tvaru velikosti prsů. Jakkoli dobře míněné rutinní rady mohou narušit její instinktivní mateřské chování a narušit přirozený průběh zahájení

kojení. Když je po porodu dítě položeno na nahé břicho ležící matce, téměř vždy začne s kojením v této poloze. Jen někdy si najde matka jinou pohodlnou polohu. Některé je lépe v polosedě, další se k prvnímu kojení posadí zpříma, některé volí polohu na boku. Ale všechny matky, kterým bylo umožněno najít si polohu spontánně, se cítily pohodlně, neměly napnuté šijové svalstvo ani ramena a byly schopné zaujímat vybranou polohu dlouhou dobu, aniž by se musely posunout jinak a pohodlněji. Ženy mnohdy ani necítí potřebu novorozené dítě podepírat rukama, těmi je raději hladí po tělíčku. Když se dítě správným způsobem přisaje, je správné je nechat u prsu tak dlouho, jak se mu líbí. Nepřerušujeme kojení, dokud dítě u prsu neusne nebo se ho samo nepustí (Gaskin, 2011).

Úkolem ošetřujícího personálu je matku poučit a pomoci jí, jak správně o prsy v době kojení pečovat. Prsy je vhodné omývat teplou vodou a po sprše je dokonale vysušit. Matka si může do podprsenky vsunout speciální vložky, které zachycují případné ukapávající mléko. Pokud jsou bradavky bolavé a popraskané, můžeme poradit matce, aby je potřela trochou mateřského mléka, které má hojivé účinky. Citlivé bradavky mohou být ošetřovány také Bepanthen-krémem (Koudelková, 2013).

Matku poučíme, jak má správně přikládat novorozence k prsu, aby se efektivně přisál a sál. Je třeba dítěti prs nabídnout tak, aby bradavka byla na úrovni úst novorozence a zároveň tehdy, kdy má dítě ústa široce rozevřená, aby mohlo do úst uchopit bradavku i s co největší částí prsního dvorce (Koudelková, 2013). Efektivnost kojení posuzujeme podle toho, jak se chová novorozenec. Poznáme to podle kvality jeho přisátí k prsu, intenzity sání apod., současně podle komfortu a spokojenosti matky (Marková, 2009). Správně přisáté dítě hlasitě polyká, vidíme, jak se pohybuje místo mezi uchem a spánkem dítěte, a při sání nejsou slyšet mlaskavé zvuky. Ty by znamenaly, že dítě sání opakovaně přerušuje a znovu se pokouší uchopit bradavku. Dalšími znaky dobrého přisátí je měkkčí a méně napjatý prs po kojení a v neposlední řadě klidné spokojené dítě. Naopak zjevnou známkou nedobrého přisátí je viditelně zdeformovaný tvar bradavky po kojení či jakékoli tření mezi ústy dítěte a prsem matky, které způsobuje matce bolest. Bolest bradavky může být eventuelně přítomna pouze během prvních pár sacích pohybů dítěte, pak by měla ustát. Pokud dítě

bradavku pouze cumlá a nemá v ústech bradavku i s dvorcem, je potřeba kojení přerušit a pokusit se o správné uchopení (Gaskin, 2011).

Baby friendly hospital

Světová zdravotnická organizace (WHO) společně s dětským fondem OSN (UNICEF) kladou velký důraz na zachování a obnovu kojení ke zlepšení výživy a zdraví dětí. Společně vyhlásily celosvětový program podporující kojení, jehož cílem je zvýšit počet výlučně kojících dětí. Tento program je od roku 1992 podporován i ČR. Součástí tohoto programu zaměřeného na období od narození dítěte do jeho propuštění z porodnice do domácího ošetřování je iniciativa „Baby friendly hospital initiative“. Pokud porodnice splňuje kritéria daná touto iniciativou, tj. přijala-li program tzv. 10 kroků k úspěšnému kojení (Příloha 10), je jí udělen status „Baby friendly hospital“ (Koudelková, 2013).

1.5 Hodnocení vztahu matky a dítěte

Alhusen (2008) ve své práci mapuje vývoj hodnocení vztahu matek a jejich dětí. Uvádí, že v 70. letech minulého století si začali vědci Kennell, Slyter a Klaus všimnout faktu, že matky mají vztah ke svému dítěti dávno před jeho narozením. Tito vědci vycházeli z osobní zkušenosti s matkami, které oplakávaly svoje děti, jež jim zemřely při porodu. Výzkumníci Kennell, Slyter a Klaus tehdy navrhli, aby byla podle jejich empirického sledování definována teorie o vztahu matek a prenatálních dětí. Následovaly další výzkumné práce, na jejichž výsledcích byl existující vztah matek a jejich dosud nenarozených dětí již jednoznačně patrný. Začala být vyzdvihována potřeba či nutnost tento jedinečný vztah podporovat. V 80. - 90. letech 20. století vznikla celá řada prací, které se snažily různým způsobem prenatální vztah popsat. Je hovořeno o citovém poutu, láskyplném vztahu, mateřském chování atd. Alhusen (2008) dále uvádí, že v roce 1981 vznikla výzkumná práce, ve které ošetřovatel Cranley pojmenovává pouto mezi matkou a novorozencem MFA (Maternal - Fetal Attachment). Cranley vyvinul první objektivní měřítko MFA, které je používáno k výzkumu prenatálního vztahu

matek a jejich dětí dodnes a které pomáhá tento vztah dokumentovat - hodnotící škálu MFAS (Maternal-Fetal Attachment Scale). MFAS zkoumá, do jaké míry se těhotná žena ztotožňuje se svým těhotenstvím a do jaké míry se zapojuje do komunikace se svým nenarozeným dítětem.

Dalšími možnostmi pro objektivizaci prenatálního vztahu podle Van Bakel (2013) je jeho zmapování pomocí škály MAAS (Maternal Antenatal Attachment Scale), její rozšířenou verzí i pro otce M/PAAS (Maternal/Paternal Antenatal Attachment Scale) či škálou, která umožňuje neverbální vyjádření vztahu matky či otce k nenarozenému dítěti pomocí obrázků - PRAM (Pictorial Representation of Attachment Measure). Po porodu je možné vztah matky a dítěte objektivizovat pomocí MIFR škály (Mother-to-Infant Relation and Feeling). Fowles a Horowitz (2006) uvádějí další možnost, jak lze objektivně hodnotit subjektivní vnímání rodičovských kompetencí. Je jí škála PCOS (Paternal Sense of Competence Scale). PCOS má alternativní formy pro matky a pro otce.

Není jednoduché objektivně zhodnotit velmi subjektivní prožitky novopečené matky. O co nejpřesnější objektivitu, která by nám pomohla nahlédnout do světa matek a jejich novorozenců v prvních dnech po narození, se pokusili výzkumníci Thorstensson, Hertfelt-Wahn, Ekström a Langius-Eklöf ze švédské School of Life Sciences. Tito výzkumníci zrealizovali studii, jejímž cílem bylo prozkoumat pocity a zdokumentovat počínající vztah matek k jejich prvorozenému dítěti v prvních třech dnech po porodu pomocí MIRF škály. Důvodem k tomuto výzkumu bylo přesvědčení vědců o důležitosti prvních dní po porodu v tvorbě vzájemného vztahu mezi matkou a dítětem. Předpokládali, že matčino vnímání tohoto vztahu mezi ní a dítětem může ovlivnit celé její následující mateřství. Vědci věřili, že výsledky jejich studie budou moci být využity v dalších výzkumech a také jako podklad pro lepší porozumění rané komunikace mezi matkou a dítětem. K prozkoumání problematiky vztahu a pocitů matek a jejich dětí uskutečnili vědci rozhovory s deseti matkami, které rodily poprvé a jejichž děti byly v době rozhovoru jeden až tři dny staré a pro něž bylo tedy mateřství a tvořící se vztah k dítěti zatím velkou neznámou. V rozhovorech matky odpovídaly výzkumníkům na otázky MIRF škály (Mother-to-Infant Relation and Feeling)

a výzkumníci na základě výsledků rozhovorů tuto škálu validovali. Ve výsledcích MIRF škála zobrazila důležité aspekty v matčině uvažování o nové životní roli matky a pomohla matce lépe se zorientovat v pocitech prvních hodin po porodu, kdy dochází k tvorbě celoživotního pouta mezi ní a její novorozenou dcerou či novorozeným synem (Thorstensson et al., 2012).

MIRF škálu znovu použili totiž výzkumníci také ve svém dalším výzkumu o dva roky později, v roce 2014. V tomto výzkumu ji úspěšně využili jako pomůcku pro hodnocení vztahu matek a dětí 3 měsíce po porodu (Thorstensson et al., 2014).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem našeho výzkumu je zmapovat, jaký mají prvorodičky pocit ze své nové sociální role - role matky a jaký mají vztah ke svému novorozenci v prvních dnech po porodu.

Cíl 1: Zjistit, jaké pocity má matka 24 - 72 hodin po porodu ze svého mateřství.

Cíl 2: Zjistit, jaký vztah má matka 24 - 72 hodin po porodu ke svému novorozenci.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké pocity má matka svého mateřství 24 - 72 hodin po porodu?

Výzkumná otázka 2: Jaký vztah má matka ke svému novorozenci 24 - 72 hodin po porodu?

3 METODIKA VÝZKUMU

3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro empirickou část výzkumu byla zvolena kvalitativně - kvantitativní metoda s využitím těchto výzkumných metod: individuální polostrukturované rozhovory, analýza a následná syntéza získaných dat, metoda „myšlení nahlas“ a písemné vyplnění MIRF škály.

Polostrukturovaný rozhovor jsme zahájili otevřenými otázkami, na které matky mohly volně odpovídat. Matky byly nejprve dotazovány, jak probíhaly první chvíle po porodu dítěte, jak jim jde kojení, jaké se jim jeví jejich dítě být, jak se jim daří sladit péči o dítě se svými potřebami spánku a odpočinku nebo také, zda jsou si v péči o novorozence sebejisté či nejisté. Matky odpovídaly také na položené otázky, jak subjektivně prožívají svoji novou sociální roli - mateřství a jaké pocity a jaký vztah vnímají v tuto konkrétní chvíli ke svému dítěti.

Ve druhé části rozhovoru matky písemně vyplňovaly a bodově hodnotily položky MIRF škály (Příloha 4).

První část MIRF škály (otázky č. 1 - 7) zkoumá matčiny pocity. Pomáhají je vyhodnocovat tyto položky:

- „*Mluvím hodně se svým dítětem/Nemluvím vůbec se svým dítětem*“
- „*Nevím, co moje dítě chce/Vím, co moje dítě chce*“
- „*Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou/Lépe si odpočinu, když je mé dítě s někým jiným*“
- „*Moje dítě není tak krásné, jako ostatní děti/Moje dítě je krásnější, než ostatní děti*“
- „*Moje mateřské pocity nejsou příliš silné/Moje mateřské pocity jsou velmi silné*“
- „*Cítím, že je dítě součástí mne samotné/Necítím, že je dítě součástí mne samotné*“

- „*Užívám si kojení/Neužívám si kojení*“

Druhá část MIRF škály (otázky č. 8 - 14) má za úkol zobjektivizovat matčin vztah k dítěti pomocí položek:

- „*Obtížné/Snadné*“
- „*Nedůvěra/Důvěra*“
- „*Příjemné/Nepříjemné*“
- „*Jistota/Nejistota*“
- „*Nestabilní/Stabilní*“
- „*Vzdálené/Blízké*“
- „*Hřejivé/Chladné*“

S jednotlivými položkami MIRF škály se mohly matky různě ztotožňovat. V odpovědích bodově hodnotily míru souhlasu s každým jednotlivým prohlášením na stupnici od 0 do 7 bodů od možnosti „souhlasím zcela s kladnou verzí odpovědi“ po „souhlasím zcela se zápornou verzí odpovědi“, kdy byla stupnice občas obrácena z toho důvodu, aby bylo zabráněno rutině v zaškrtování odpovědí.

Informace o MIRF škále jsme získali na konferenci s názvem „OPTIMISE 2014 Conference“ s podnázvem „Optimising Childbirth across Europe An disciplinary maternity care conference“, která se konala 9. až 10. dubna 2014 na univerzitě „Vrije Universiteit Brussel“ v Bruselu (Příloha 1). Na překladu MIRF škály z anglického originálu do českého jazyka se podíleli tři odborníci, kteří kromě anglického jazyka ovládají odbornou ošetrovatelskou terminologii.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem byly prvorodičky jeden až tři dny po porodu. Záměrným výběrem jsme vytvořili skupinu deseti matek. Matky byly pro rozhovor vybrány podle předem určených kritérií.

Zařazujícími kritérii pro výzkum byl jejich porod prvního dítěte s tím, že těhotenství trvalo fyziologických 38 - 42 týdnů, dále porod probíhající bez život

ohrožujících komplikací, fyziologický novorozenec, který byl minimálně jeden den a maximálně tři dny starý a ochota spolupracovat na výzkumu. Matky byly rozdílného věku a vzdělání.

Za vylučující kritéria z výzkumu jsme zvolili život ohrožující poporodní komplikace, fyziologického novorozence mladšího 24 hodin a rizikového novorozence.

3.3 Příprava a průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo na Gynekologicko-porodnickém oddělení Rokycanské nemocnice, a.s. v Rokycanech. Před zahájením výzkumu jsme oslovili s žádostí o povolení výzkumu ředitelku Rokycanské nemocnice, a.s. MUDr. Perkovou, MBA a následně i hlavní sestru Rokycanské nemocnice, a.s. paní Krupičkovou, které s výzkumem vyslovily souhlasné stanovisko. Písemná verze souhlasu je součástí příloh této diplomové práce (Příloha 6).

Výzkum proběhl v prosinci 2015 na Gynekologicko-porodnickém oddělení v Rokycanské nemocnici, a.s. v Rokycanech. V této nemocnici se narodí přibližně 500 dětí ročně. Matky s komplikovaným i nekomplikovaným průběhem těhotenství jsou přijaty na porodní sál, kde setrvávají další dvě hodiny po porodu. Následně jsou přeloženy na Gynekologicko-porodnické oddělení, kde mohou využít rooming-in, společný pobyt s novorozencem. Ve většině případů matky na tomto oddělení setrvávají 72 hodin po porodu, poté se vrací do domácího prostředí. Pokud je to možné, je pobyt na oddělení nabízen zároveň i otcům dítěte.

Matky, které splňovaly zařazující kritéria, byly kontaktovány na Gynekologicko-porodnickém oddělení na rooming-in, kde byly hospitalizovány společně se svým novorozeným synem či novorozenou dcerou. Byly informovány o probíhajícím výzkumu mluvenou i tištěnou formou a byly dotázány, zda jsou ochotné se na výzkumu podílet. V případě souhlasu jim byly umožněny další dotazy či připomínky. Následně byly matkám předloženy dokumenty, kde podepsaly informovaný souhlas se svojí účastí ve výzkumu a zároveň jim byla písemně zaručena anonymita. Matky byly upozorněny, že rozhovory budou pro účely výzkumu zaznamenávány na diktafon a že

tento záznam bude po převedení do písemné formy vymazán. Byly poučeny, že kdykoli v průběhu rozhovoru mohou tento rozhovor bez udání důvodu ukončit. Matky si mohly vybrat, zda chtějí rozhovor uskutečnit na pokoji rooming-in, či zda by jej chtěly raději zrealizovat v absolutním soukromí společenské místnosti výše uvedeného oddělení. Devět z dotazovaných matek svolilo uskutečnit rozhovor na rooming-in, jedna matka si jej přála zrealizovat ve společenské místnosti oddělení.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následujícím textu uvádíme analýzu rozhovorů s matkami a analýzu výsledků, které jsme získali rozhovory a standardizovanou škálou MIRF.

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

V tabulce 1 představujeme přesný přehled zařazujících kritérií výzkumného souboru:

Tabulka 1 – Zařazující kritéria výzkumného souboru

Vstupní data	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
Věk	34	28	33	24	32	28	28	24	28	30
vzdělání	VŠ	VŠ	SŠ	vyuč.	VŠ	SŠ	VŠ	SŠ	SŠ	VŠ
parita	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.
způsob porodu	spont.	spont.	s.c.	s.c.	spont.	spont.	spont.	induk.	s.c.	spont.
pohlaví dítěte	syn	syn	dcera	dcera	syn	syn	dcera	dcera	syn	syn
věk dítěte	1	2	1,5	1	1	3	3	3	3	2
otec u porodu	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ano
otec v rodině	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano

Zdroj: vlastní

Věk matek se pohyboval mezi 24 a 34 lety, jejich průměrný věk byl 28,9 roku. Nejvyšším jejich dosaženým vzděláním bylo v pěti případech vysokoškolské, ve čtyřech případech středoškolské a jedna matka byla vyučena. Matky byly jeden až tři dny po porodu svého prvního dítěte. Porod probíhal v šesti případech spontánně, ve třech případech byl proveden porod sekci a jeden porod byl indukován. Matkám se celkem narodilo šest synů a čtyři dcery. V době rozhovoru byli novorozenci průměrně 2,05 dní staří. V polovině případů, tedy pětkrát, byl otec přítomen porodu. Všechny matky dítě porodily do úplné rodiny, ve všech deseti případech žily ve společné domácnosti s otcem dítěte.

4.2 Analýza rozhovorů s matkami

Rozhovor 1

Rozhovor číslo jedna byl realizován s matkou, které bylo v době porodu 34 let. Jako svoje nejvyšší dosažené vzdělání matka udává vysokoškolské. Po fyziologickém těhotenství (39 týdnů) se jí narodil syn Antonín, spontánní porod proběhl pod dohledem porodní asistentky. Otec byl u porodu přítomen. Novorozený syn byl v den rozhovoru 1 den starý a na časně poporodní období v současné době dobře adaptovaný. Po porodu mu byl dle matky krátkodobě aplikován O². V době rozhovoru byli matka a syn společně hospitalizováni na Gynekologicko-porodnickém oddělení na rooming-in, kde se také rozhovor realizoval.

Na první otázku, zda využila se svým novorozeným synem možnost bondingu, matka odpověděla, že ačkoli měla s sebou do porodnice vypracovaný porodní plán, vše nakonec dopadlo úplně jinak. Podle porodního plánu měla matka původně v úmyslu mít ihned po porodu svého syna položeného na svoje břicho a nechat mu v klidu dotepat pupečník před jeho přerušením. Po porodu se však vyskytly komplikace a ani jedno přání bohužel nebylo možné zrealizovat. Syn po narození neprodleně potřeboval lékařskou péči. „...malého mi hned po porodu odnesli, protože nedýchal...“ První kontakt matky s novorozencem proběhl vzhledem k jeho zdravotnímu stavu tedy až asi jednu hodinu po porodu. Tehdy se po jejich prvním vzájemném prohlížení a seznamování matka pokusila o přiložení syna k prsu. Tak brzy po porodu ani matka ani syn ještě neovládali správnou techniku kojení, proto jim příliš nešlo. Syn se chytal matky pouze slabě za prsní bradavku. V té chvíli však matka i s otcem byli šťastni z toho, že je syn nakonec v pořádku, tak jim to prozatím stačilo. „...my s tatínkem jsme byli spokojení, protože syn projevoval o prs zájem a my jsme viděli, že je s ním vše v pořádku...byli jsme jím nadšení...“

Další otázkou jsme zjišťovali, jak žena vnímá fakt, že se poprvé v životě stala matkou. Matka o své nové životní roli mluvila velmi nadšeně a ochotně. Ačkoli se na blížící se porod těšila, předpokládala, že bude z mateřství více vyplašená. Načetla si sice nějaké informace v knihách a na internetu, ale až do poslední chvíle si sama sebe

jako matku neuměla představit a domnívala se, že bude ve velkém stresu. Ze svého okolí do té doby žádné malé děti neznala a navíc až do posledního týdne před porodem intenzivně pracovala. Měla proto pocit, že se ani neměla čas psychicky na mateřství připravit, pořádně se zklidnit a připravit na příchod syna. Oproti svému očekávání je ale po narození syna klidná, vyrovnaná a spokojená a dokonce se ani necítí po patnáctihodinovém porodu unavená. Důvěřuje svému intenzivnímu pocitu, že vše bude v pořádku. „...malej je celou dobu navíc hrozně hodnej, tak jsem do mateřství vplula tak, že to ani jako nějakou velkou změnu nepocituju...asi je to i tím, že jsem se na ten porod těšila a přistupovala jsem k tomu v klidu, všechno tak v tom klidu plyne...nevím, jak to mají ostatní maminky, ale já jsem taková v pohodě...euforie z toho novýho zážitku je velká a já jsem hrozně spokojená máma...“ V mateřství se matka cítí spokojená, klidná a vyrovnaná.

Do doby, než tato matka otěhotněla, neměla pocit, že by jí dítě v jejím životě nějak chybělo. I přes relativně pokročilý věk pro první mateřství nikdy neměla pocit, že by po dětech nějak přehnaně toužila. Navíc, podle jejích slov, se jí miminka nikdy moc nelíbila. Překvapilo ji, jak velmi se jí její syn líbí. „...překvapilo mě, jak je hrozně krásnej...můj syn je nádhernej...koukáme si do očí a on je úplně dokonalej...krásnej...voňavej...je nejkrásnější...byla jsem připravená na všechno možný, na velkou hlavu, na flekatý, ošklivý miminko, holohlavý, no ale on je prostě nádhernej...je krásnej a vlasatej, toho jsem vždycky chtěla...“

V péči o syna se cítí sebejistá. Uspokojování jeho potřeb nepocitíuje jako obtížné či nesnadné. Ačkoli se podle vlastních slov neodbývá a snaží se odpočívat, najíst se a vyspat se, potřeby syna jsou u ní na prvním místě. „...nemám vůbec pocit, jako že Panebože, on zase brečí... jakmile zavrní, já ho hned chovám...on vlastně zatím ani pořádně nebrečí, je to takový jenom kňouráníčko miloučký...“ Neustále se snaží sledovat jeho projevy a rychle zareagovat na jeho potřeby. Vzbudí se, kdykoli syn zapláče. „...okamžitě jsem vzbuzená a koukám, co se děje...“ Svého syna velmi miluje. „...zázrak, nekonečná láska...nejlepšího mužskýho v mém životě jsem si přivedla na svět sama...“ Snaží se mu porozumět. Sleduje jej a z jeho chování se snaží pochopit, co by potřeboval. Ale protože je matkou teprve druhý den, tak to podle jejích slov hned

napoprvé neodhadne, čímž se ale necítí nijak zneklidněna. Myslí si, že syn pláče, protože má třeba hlad, ale on je například ospalý. Při jeho pláči zkouší různé varianty, co jej zrovna dokáže utiшит. „...hledáme si k sobě cestu...určitě nemám diplom na to, jak se starat o miminko, i když jsem toho docela dost přečetla, tak ta praxe je trochu o něčem jiným...prostě zkusím jedno, pak druhý, ono to třeba vyjde...“ Neustále se o syna zajímá a mluví na něj, věnuje mu maximum slov i pozornosti. Domnívá se, že to její syn potřebuje, musí se mu jako matka plně poskytnout k dispozici.

Vztah se svým synem vnímá matka jako silný a stabilní a plně věří v to, že bude vše po všech stránkách v pořádku. Od finanční stránky, přes citovou, po synův zdravotní stav nebo jeho výchovu. Své mateřství považuje za naplňující a jednoznačně úžasné.

Hodnocení MIRF škály - M1

Hodnocení postoje matky ke svému mateřství

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 5. Nejvyšší skóre 7 dosáhly položky: Mluvím hodně se svým dítětem; Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou; Moje dítě je krásnější, než ostatní děti; Moje mateřské pocity jsou velmi silné; Cítím, že je dítě součástí mne samotné a Užívám si kojení. Nejnižší skóre 5 dosáhla položka: Víím, co mé dítě chce. Průměrné skóre hodnocení postoje matky ke svému mateřství je 6,7.

Vnímání kontaktu se svým dítětem

Nejvyšší skóre 7 dosáhly všechny položky: Snadné; Důvěra; Příjemné; Jistota; Stabilní; Blízké a Hřejivé. Průměrné skóre vnímání kontaktu se svým dítětem je 7,0.

Rozhovor 2

Rozhovor číslo dvě byl zrealizován s matkou, již bylo v době porodu 28 let. Jako svoje nejvyšší dosažené vzdělání matka udává vysokoškolské. Po fyziologickém těhotenství (39 týdnů) se jí narodil syn Jáchym. Spontánní porod proběhl pod lékařským dohledem, za přítomnosti otce dítěte. Novorozený syn Jáchym byl v den rozhovoru 2 dny starý

a na časné poporodní období dobře adaptovaný. V době rozhovoru byli matka a syn společně hospitalizováni na Gynekologicko-porodnickém oddělení na rooming-in, kde se také rozhovor realizoval.

Matka po porodu plně využila možnosti bondingu. Novorozený syn jí byl ihned po porodu, ještě s nepřerušným pupečnickem, položen na nahé břicho, kde byl přikrytý vyhřátou plenou. V klidu a beze spěchu měla možnost přivítat syna na svět a navzájem se seznamovat. Zkoušela synovi nabídnout prs, ale ten o něj zatím příliš zájem nejevil. *„...byl takový línější, moc se mu do toho nechtělo...ono i teď se mu do toho kojení moc nechce, je to vždycky jen chvíličku, pak usne, pak zase jen chvíličku, zkusíme to...“* Kojení jako takové zatím ani jí, ani synovi příliš nejde. Syn často u kojení pospává a matka navíc v prvních chvílích po přiložení syna k prsu cítí v bradavce ostrou bolest. Prozatím tedy z toho důvodu vnímá kojení v tomto okamžiku spíše jako nepohodlné. Do budoucna, až se v tomto směru se synem sehrají, považuje kojení jako ideální způsob, jak syna nakrmit.

Být matkou je pro ni zvláštní, ale moc hezký pocit. *„...nevím, je to pro mne obtížné takhle říct...asi najednou taková zodpovědnost za někoho jinýho, živýho, že už člověk není sám, už je to o něčem jiným...když teď doma budeme tři...“* Matka sama o sobě říká, že je šťastnou maminkou.

Se synem se matka snaží hodně si povídat a užívá si jeho přítomnost. Cítí, jako by byli jedno tělo, a vnímá jej jako nejkrásnější dítě na světě. Ráda si syna prohlíží a mazlí se s ním.

V péči o syna se zatím cítí nešikovná a lehce nejistá. Nemá pocit, že by si péči o něj zatím plně osvojila. *„...všechno nezvládám, zatím nejsem ani trošku zkušená...pochybnosti mám a doufám, že to bude trochu lepší...“* Matka se ještě cítí unavená z porodu a navíc syn v noci často plakal, proto je nevyspalá. Snaží se proto co nejvíce odpočívat, aby tyto první společné dny co nejlépe zvládla. Vždy, když chlapec zapláče, okamžitě k němu vstává a dohlíží na to, aby mu nic nechybělo. Zdá se jí, že nedokáže příliš sladit synovy potřeby s těmi jejími. Její potřeby musí jít stranou, důležitější je podle matky nyní péče o syna.

Své mateřské pocity považuje matka za velmi silné, své mateřství za naplňující a doufá, že brzy dokáže plně porozumět tomu, co její syn chce a potřebuje.

Hodnocení MIRF škály - M2

Hodnocení postoje matky ke svému mateřství

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 5. Položkám Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou; Moje dítě je krásnější, než ostatní děti; Moje mateřské pocity jsou velmi silné a Cítím, že je dítě součástí mne samotné přidělila matka nejvyšší skóre 7. V položce Mluvím hodně se svým dítětem přidělila matka skóre 6 a v položkách Víím, co mé dítě chce a Užívám si kojení skóre 5.

Průměrné skóre hodnocení postoje matky ke svému mateřství je 6,3.

Vnímání kontaktu se svým dítětem

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší 5. Položkám Příjemné; Blízke a Hřejivé přidělila matka skóre 7, položkám Snadné a Stabilní skóre 6 a nejnižší skóre 5 položkám Důvěra a Jistota. Průměrné skóre vnímání kontaktu se svým dítětem je 6,1.

Rozhovor 3

Rozhovor číslo tři byl zrealizován s matkou, již bylo v době porodu 33 let. Jako svoje nejvyšší dosažené vzdělání matka udává středoškolské. Těhotenství bylo registrujícím gynekologem vedeno jako rizikové pro Leidenskou mutaci. Plánovanou sekci se matce ve 40. týdnu těhotenství narodila dcera Julie. Matka rodila v celkové anestezii, proto otec přímo u porodu přítomen nebyl, ale byl poblíž, čekal na chodbě. Novorozená dcera byla v den rozhovoru 1,5 dne stará a na časně poporodní období dobře adaptovaná. V době rozhovoru byly již matka a dcera společně hospitalizovány na Gynekologicko-porodnickém oddělení na rooming-in, kde se také rozhovor realizoval.

Kontakt matky s novorozenou dcerou byl přizpůsobený faktu, že se v jejich případě jednalo o operativní porod. Matka porodila v celkové anestezii, nebylo tedy možné dítě

jí hned položit na břicho. Ovšem jakmile se matka probírala z narkózy, mohla mít manžela i dceru u sebe tak dlouho, jak chtěla. Dceru poprvé viděla již zabalenou. „...úplně nejkrásnější holčička ze všech...“ Nechovala ji příliš dlouho, měla ji raději položenou vedle sebe, trochu se bála, aby ji neupustila. Dívaly se na sebe a matka na dceru něžně mluvila.

Nabídnout dceři prs vyzkoušela poprvé asi až šest hodin po porodu. Dříve to, snad kvůli absolvované anestezii, nebylo možné. Kojení jim zatím příliš nejde, dítě hodně pospává. Matka má navíc vpáčenou bradavku a ke kojení musí používat silikonový klobouček. Ani poloha při kojení matce není příliš příjemná. Po prodělané operaci ji bolí břicho a zatím jen velmi těžko hledá uspokojivou polohu. Nicméně i přesto matka uvádí, že zaznamenává drobné pokroky oproti prvnímu dni po porodu.

Mateřství matka popisuje jako velkou, podstatnou změnu ve svém životě. „...budu se muset ohlížet na to, že už nejsem sama...asi něha...nekonečná láska...“. S dcerou se snaží neustále komunikovat a předvídat, co zrovna potřebuje. Zatím není podle vlastních slov schopna zaznamenat, proč dcera pláče. Snaží se o porozumění a doufá, že se jí péče o dceru dalšími dny bude zdát stále přirozenější. „...už rozpoznám některé tóny brečení, třeba vím, že když jen tak zakňourá, stačí ji trochu pohoupat v postýlce a někdy ji z ní musím vyndat...ale to si myslím, že se naučím postupně...“

Potřeby dcery uspokojuje vzhledem ke svému zdravotnímu stavu pouze částečně. S péčí o dítě jí pomáhají dětské sestry a otec dítěte. Matka zatím jen hodně těžce vstává. Bolí ji jizva po císařském řezu a cítí se velmi unavená. „...zatím nemůžu pořádně chodit a jsem připojená ke kapačce...ale když odmyslím fyzickou stránku věci, myslím, že je všechno v pořádku...“ Velmi se těší, až bude moct veškerou péči o dceru obstarat sama a až budou obě zpátky doma. Svoje potřeby vnímá jako nepřilíš důležité ve srovnání s potřebami dcery. Ve všech oblastech má v úmyslu podřídit vše péči o ni. Nejraději by ji měla neustále u sebe. Dceru vnímá jako nejkrásnější na světě.

Svoje mateřské pocity popisuje matka jako velmi silné a svůj vztah k dceři jako stabilní. Mateřství matku značně emočně obohacuje. Matka si zatím, nepochybně i vzhledem ke svému momentálnímu zdravotnímu stavu, není v péči o dceru příliš jistá. Důvěřuje si ale, že se péči i dokonalému porozumění dceři postupně naučí.

Hodnocení MIREF škály - M3

Hodnocení postoje matky ke svému mateřství

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 6. Položkám Mluvím hodně se svým dítětem; Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou; Moje dítě je krásnější, než ostatní děti; Moje mateřské pocity jsou velmi silné a Cítím, že je dítě součástí mne samotné přidělila matka skóre 7 a položkám Víím, co mé dítě chce a Užívám si kojení skóre 6. Průměrné skóre hodnocení postoje matky ke svému mateřství je 6,7.

Vnímání kontaktu se svým dítětem

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší 6. Položkám Důvěra; Příjemné; Jistota; Stablní; Blízke a Hřejivé matka určila skóre 7, položce Snadné skóre 6. Průměrné skóre vnímání kontaktu se svým dítětem je 6,9.

Rozhovor 4

Rozhovor číslo čtyři byl zrealizován s matkou, již bylo v době porodu 24 let. Jako svoje nejvyšší dosažené vzdělání matka udává vyučení. Po fyziologickém těhotenství (39 týdnů) se jí plánovanou sekci pro polohu koncem pánevním narodila dcera Eliška. Porod proběhl v epidurální anestezii. Otec u porodu přítomen nebyl, čekal na chodbě. Novorozená dcera byla v den rozhovoru 1 den stará a na časné poporodní období dobře adaptovaná. V době rozhovoru byla matka s dcerou již společně hospitalizována na Gynekologicko-porodnickém oddělení na rooming-in. Tato matka si přála zrealizovat rozhovor ve společenské místnosti oddělení.

Matka si pro plánovaný porod sekci zvolila variantu epidurální anestezie. Před porodem si zjišťovala informace od zkušenější kamarádky, zda je to takto jednodušší. Chtěla být hned po porodu při plném vědomí, aby se mohla s dcerou uvítat a seznámit. „...viděla jsem malou hned po porodu, tak jsem to chtěla, proto jsem si nechala dát epidurál...hned mi ji ukázali, ale já jsem se celá klepala, tak ji držela sestřička, ne já, jinak by mi ji určitě hned dali...“ Když poprvé sama chovala novorozenou dceru, zkoušela jí nabídnout prs. Dcera hned jevila zájem a chtěla sát.

Ale to šlo jen s obtížemi. „...*kojení mi zatím moc nejde...*“ Matka má vpáčenou bradavku a musí kojit se silikonovými košíčky a správnou techniku kojení se ještě musí obě dvě, matka i dcera, učit. Navíc matka intuitivně upřednostňuje kojení vsedě, což vzhledem k prodělané sekci zatím pořádně nejde. „...*asi, až si budu moct pořádně sednout, tak to bude lepší, budu moct kojit pořádně...*“ Jizva po sekci ji bolí hodně, dokonce poprosila sestru o injekci proti bolesti. Matka si ale věří, že až bude zdravotně v pořádku, bude ji kojení dcery naplňovat a bavit. Domnívá se, že kojení dítěte je nejvhodnější způsob jeho výživy v prvních měsících po porodu.

Mateřství tato matka hodnotí jako krásné, nádherné a zároveň jako hodně velkou životní změnu. V současné době se kvůli únavě necítí na to, aby převzala veškerou péči o dceru sama, protože sama momentálně potřebuje hodně spát. Doufá, že vše v budoucnu zvládne. Těší se domů, kde na ni i na dcerku čeká manžel, který se z narození dcery velmi raduje a který slibuje, že bude s péčí o dítě hodně pomáhat.

Dcerku popisuje matka jako nádherné a roztomilé děvčátko „...*k miminku cítím lásku a přeju si, aby byla šťastná...hodně se na ní koukám...vlastně pořád na ní koukám a snažím se s ní hodně povídat...*“ Ta je prý ze svého narození také asi unavená, protože zatím hodně pospává. Matka prozatím pociťuje jako nesnadné sladit potřeby svého dítěte s těmi svými, přeje si, aby už přišel na návštěvu manžel, který se o dcerku na chvíli postará, a matka se bude moct alespoň krátce prospat. Večer má matka v úmyslu dcerku přenechat v péči dětských sester, protože se cítí velmi unavená. Až matce ale bude líp, určitě bude mít dceru raději u sebe.

Prozatím matka zcela nerozumí tomu, co dcera chce, když pláče, a cítí se v tomto ohledu nejistá. Předpokládá ale, že to bude každým dnem lepší. Již teď se to podle jejích slov o trochu zlepšilo oproti celému prvnímu dni po porodu. Matka tedy doufá, že tato tendence vytrvá.

Tato matka považuje své mateřství za naplňující a své dítě miluje. A ačkoli je pro tento okamžik velmi unavená a ohledně samostatné péče o dítě nejistá, cítí velkou důvěru ve své budoucí schopnosti. Nyní raději využije přítomnosti otce a dětských sester, aby s ní sdíleli starost a péči o dceru.

Hodnocení MIRF škály - M4

Hodnocení postoje matky ke svému mateřství

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 5. Nejvyšší skóre 7 dosáhly položky: Moje dítě je krásnější, než ostatní děti; Moje mateřské pocity jsou velmi silné; Cítím, že je dítě součástí mne samotné a Užívám si kojení. Skóre 6 získala položka: Mluvím hodně se svým dítětem. Nejnižší skóre 5 dosáhly tyto položky: Víím, co mé dítě chce a Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou. Průměrné skóre hodnocení postoje matky ke svému mateřství je 6,3.

Vnímání kontaktu se svým dítětem

Hodnocení těchto položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 4. Nejvyšší skóre 7 dosáhly položky: Snadné; Důvěra; Příjemné; Stabilní; Blízké a Hřejivé. Nejnižší skóre 4 přidělila matka položce Jistota. Průměrné skóre vnímání kontaktu se svým dítětem je 6,6.

Rozhovor 5

Rozhovor číslo pět byl realizován s matkou, které bylo v době porodu 32 let. Jako svoje nejvyšší dosažené vzdělání matka udává vysokoškolské. Po fyziologickém těhotenství (40 týdnů) se jí narodil syn Jakub. Spontánní porod proběhl pod dohledem lékaře, otec byl u porodu přítomen. Novorozený syn byl v den rozhovoru 1 den starý a na časné poporodní období v současné době dobře adaptovaný. V době rozhovoru byli matka a syn společně hospitalizováni na Gynekologicko-porodnickém oddělení na rooming-in, kde se také rozhovor realizoval.

Matka měla možnost mít novorozeného syna hned v prvních okamžicích po porodu položeného na svém břiše, kdy jej přivítala na světě a pokusila se o první kojení. Syn ovšem v tu chvíli nejevil o prs příliš velký zájem a nechtěl sát. Úspěšně se to podařilo až později po porodu. Po krátkém odloučení kvůli změření syna, jeho očištění a zabalení měla syna asi hodinu u sebe. Tyto okamžiky strávili i s otcem dohromady již jako rodina. S novorozeným synem si povídala a hladila jej. Zatím je chlapec hodně spavý a příliš se neprojevuje.

Ze své nové role matky má rozporuplné pocity. Cítí se šťastná a zároveň i trochu vystrašená. „...*já teď vůbec nevím...když vidím, co se s ním všechno musí dělat, tak mám trochu strach...musím si na to všechno zvykat...*“ Matka se cítí unavená, proto ji příliš nevadí, pokud si na chvíli syna vezme na starost dětská sestra. Po chvíli jeho nepřítomnosti se ale cítí nesvá a je ráda, když má syna nazpět u sebe. Péče o dítě zatím přijde matce jako nesnadná a cítí se v tomto ohledu velmi nejistá, protože vůbec nerozumí tomu, co syn chce, když pláče. „...*vůbec se mi to zatím nezdá snadný...*“ Synovým potřebám vychází plně vstříc, jsou pro ni podle jejích slov přednější, než potřeby její.

Syn se matce velmi líbí a říká o něm, že je zatím velmi hodný. „...*je to taková vlasatá opička...láska...a zatím je hrozně hodnej...pořád zatím jenom spinká, jen občas chce nakojit...je krásnej...když spí, tak si ho pořád prohlížím...*“ Matka se snaží na syna hodně mluvit, přijde jí to přirozené a vhodné.

Matka vnímá protichůdné pocity. Říká, že je šťastná a mateřství si užívá a současně hodně vystrašená. Syn se jí zdá jako nejkrásnější dítě na světě a velmi ráda si jej prohlíží, zároveň si ale v péči o syna zatím příliš nevěří. Péče o něj se jí zdá nesnadná. Bojí se toho, až bude muset být po návratu domů z porodnice samostatná. Nemá zatím příliš důvěry ve své schopnosti a plně nerozumí tomu, co její syn potřebuje.

Hodnocení MIRF škály - M5

Hodnocení postoje matky ke svému mateřství

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 2. Nejvyšší skóre 7 dosáhly položky: Mluvím hodně se svým dítětem; Moje dítě je krásnější, než ostatní děti; Cítím, že je dítě součástí mne samotné a Užívám si kojení. Skóre 5 dosáhla položka: Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou, skóre 4 položka: Moje mateřské pocity jsou velmi silné a nejnižší skóre 2 přidělila matka položce: Vím, co mé dítě chce. Průměrné skóre hodnocení postoje matky ke svému mateřství je 5,6.

Vnímání kontaktu se svým dítětem

Hodnocení těchto položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 2. Nejvyšší skóre 7 dosáhla položka Hřejivé. Skóre 6 matka přidělila položce Stabilní, skóre 5 položkám Příjemné a Blízké, skóre 3 položkám Snadné a Důvěra. Nejnižší skóre 2 získala položka Jistota. Průměrné skóre vnímání kontaktu se svým dítětem je 4,4.

Rozhovor 6

Rozhovor číslo šest byl realizován s matkou, které bylo v době porodu 28 let. Jako svoje nejvyšší dosažené vzdělání matka udává středoškolské. Po fyziologickém těhotenství (40 týdnů) se jí narodil syn Tomáš. Spontánní porod proběhl pod dohledem lékaře. Otec u porodu přítomen nebyl. Novorozený syn byl v den rozhovoru 3 dny starý a na časné poporodní období v současné době dobře adaptovaný. V době rozhovoru byli matka a syn společně hospitalizováni na Gynekologicko-porodnickém oddělení na rooming-in, kde se také rozhovor realizoval.

Matka vypráví, že porod syna proběhl velmi rychle. Dokonce tak rychle, že tatínek nestihl přijet do porodnice včas, ačkoli původně byla jeho přítomnost při porodu plánována. Matce jeho nepřítomnost nakonec podle jejích slov ani příliš nevadila, protože sama v tu chvíli byla, jak říká, „...úplně vedle a vlastně ani neví, kdo u toho porodu všechno byl...“. Matka měla původně v plánu nechat si novorozeného chlapečka položit na břicho hned po porodu. Nakonec ale nejprve lékař matce ošetřil rozsáhlejší porodní poranění, chlapečka dětské sestry umyly a změřily a teprve poté jej matka dostala již zabaleného položeného na břicho. V tu dobu také ke své nové, již kompletní rodině, stihl dorazit otec. První kojení zkusila matka hned, jak dostala syna do náruče. Ten ale nechtěl pít, až později, zhruba za hodinu po porodu. V prvních chvílích měli s kojením problémy, syn ani matka neznali techniku kojení, ale velmi brzy si oba dva zvykli. Nyní, třetí den po porodu, ačkoli prsa matku bolí, je pro ně kojení již samozřejmé. „...ted' už nám to jde perfektně, už jsme si oba zvykli...ted' už malej spíš neví, kdy přestat...“

Svoje mateřství matka líčí jako nepopsatelné a krásné a samu sebe považuje za nejšťastnější na světě. „...*je to něco úplně jiného, člověk má strach o to dítě a nechce se od něj hnout, všechno o něm mě zajímá...je to nepopsatelný...jakmile už má člověk dítě, všechno ostatní jde stranou...jenom to dítě, a když brečí, neexistuje spánek, neexistuje nic jiného, jen to, aby mu bylo dobře...*“

Svého syna velmi miluje. Popisuje, jaký je hodný, klidný, že zatím často spinká. Že k němu cítí neskutečnou lásku. Že je šťastná z toho, jak je najednou její rodina kompletní, jak je syn kousek jí samé a kousek jejího manžela, že je složený z nich obou. „...*v životě bych ho za nic nevyměnila...je to až nepopsatelný, já to neumím sama vyjádřit, co všechno cítím...jsem z toho vedle, prostě bych ho nevyměnila za nic na světě...kdyby se mu mělo něco stát, tak bych to nepřezila...miluju ho...já jsem se malýho už nemohla dočkat, tak teď si ho užívám...máme krásnej vánoční dárek...*“ Syn je prý určitě tím nejkrásnějším chlapečkem na světě.

Matka má ještě trochu strach, jestli vše v péči o syna zvládá dobře, ale po prvním nejistém dnu se už s tím začíná trochu sžívat. Ještě pořád má pocit, že něco neumí, nebo něčemu nerozumí. Cítí se být na začátku dlouhé cesty a nedokáže všechny synovy potřeby dobře odhadnout. Ale instinktivně má v první řadě syna, aby měl vše, co potřebuje, a teprve potom se stará o to, co potřebuje ona sama. „...*tak v první řadě, aby on měl to, co potřebuje, a pak teprve já...to, že třeba bude doma studený oběd, to mě nechá v klidu...důležitější je teď, co malej...aby on se mohl v klidu napapat, vyspinkat...a vlastně i on, když je v klidu, tak i já jsem v klidu...všechno ostatní teď musí stranou...*“ Matka je se svým synem v neustálém kontaktu. „...*já s ním mluvím pořád, až si připadám jako blázen...je to pro mě takový automatický...mluvím na něj všelijak, jako kdyby mi měl rozumět...a on na mě těma očičkama kouká a jakoby s nima komunikuje, jako kdyby mi něco chtěl říct, je kouzelný, jak otvírá tu pusinku...není to tak, že by člověk přišel, vzal ho, umyl ho a nic mu neřekl...mluvit na něj je pro mě přirozený...i pro něj je to asi hezčí, když vnímá ten můj hlas...*“

První den po porodu se matka cítila celkově vyčerpaná z porodu i z toho, že ten první den chlapec hodně plakal. Byla ráda, že si jej na chvíli vzaly na starost dětské sestry z oddělení a ona si mohla odpočinout. „...*ta noc byla hrozně únavná a byla jsem*

vyčerpaná, je toho moc...potřebovala jsem si trochu odpočinout, abych neusínala u kojení, abych se mu plně věnovala...tak to jsem byla opravdu ráda, že si ho na chvílku někdo vzal...myslím, že tohle snáší asi každé jinak...“ Ale když pak syna neviděla delší dobu, jeho nepřítomnost špatně snášela a potrebovala jej vidět. Přestože pak druhý den po narození chlapec také dost plakal, zvládla to a měla jej celou dobu u sebe. „...prostě jsem spala jen hodinu, snažila jsem se ho houpat a mluvit na něj, aby se uklidnil a aby pochopil, že se nic neděje, že je prostě jenom na světě...“

Matka pociťuje mateřství jako vrchol svého ženství, je přešťastná, že porodila zdravého a krásného syna. Je s ním ve verbálním i neverbálním kontaktu, pozorně sleduje, zda mu něco nechybí. V péči o něho se podle svých slov necítí zcela sebejistá, ale sama předpokládá, že do budoucna se to bude pouze zlepšovat. „...chci mít tu důvěru, chci udělat všechno pro to, abych to zvládla, prostě abych se o něj dokázala postarat...samozřejmě, že jednoduchý to zezáátku není...ale já doufám, že nakonec to bude úplně nejlepší...“

Hodnocení MIRF škály - M6

Hodnocení postoje matky ke svému mateřství

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 4. Nejvyšší skóre 7 dosáhly položky: Mluvím hodně se svým dítětem; Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou; Moje dítě je krásnější, než ostatní děti; Moje mateřské pocity jsou velmi silné; Cítím, že je dítě součástí mne samotné. Položka: Užívám si kojení získala skóre 5 a položka: Víím, co mé dítě chce skóre 4. Průměrné skóre hodnocení postoje matky ke svému mateřství je 6,3.

Vnímání kontaktu se svým dítětem

Hodnocení těchto položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 5. Nejvyšší skóre 7 dosáhly položky Příjemné; Stabilní; Blízké a Hřejivé. Položky Snadné a Jistota získaly skóre 6. Nejnižší skóre 5 získala položka Důvěra. Průměrné skóre vnímání kontaktu se svým dítětem je 6,4.

Rozhovor 7

Rozhovor číslo sedm byl realizován s matkou, které bylo v době porodu 28 let. Jako svoje nejvyšší dosažené vzdělání matka udává vysokoškolské. Po fyziologickém těhotenství (40 týdnů) se jí narodila dcera Ema. Spontánní porod proběhl pod dohledem porodní asistentky. Otec u porodu přítomen nebyl. Novorozená dcera byla v den rozhovoru 3 dny stará a na časné poporodní období v současné době dobře adaptovaná. V době rozhovoru byly matka a dcera společně hospitalizovány na Gynekologicko-porodnickém oddělení na rooming-in, kde se také rozhovor realizoval.

Po porodu matka dceru krátce viděla. U sebe v náručí ji měla až asi po patnácti minutách, kdy již byla holčička umytá a zabalená. Matka se cítila velmi vyčerpaná a slabá, protože porod trval asi dvacet hodin. Byla ráda, když jí dětská sestra pomohla dceru podržet. Zkoušela hned s pomocí sestry dceru kojit, ale matka má vpáčené bradavky a dcera navíc prs vytrvale odmítala. Bylo třeba vyzkoušet kojení se silikonovými košíčky. Kojení s kloboučkem matce a dceři vůbec nešlo. Nezvládaly jej ani první, ani druhý den po porodu. Dnes, tedy třetí den po porodu, po poradě s ošetřujícím lékařem, řeší matka nastalou situaci odstříkáváním mléka do lahvičky a dokrmováním dcery alternativním způsobem po prstu. *„...my vůbec nekojíme...bohužel...na druhou stranu si říkám, že když se tím budu stresovat, tak nebudu mít mléko vůbec...takhle sice nekojím, ale moje mléko malá dostane...“*

Svoje mateřství popisuje matka jako naplňující, krásné, jako něco neskutečného. *„...člověk si to vůbec neuměl představit...takovou sílu, takové emoce...“* Cítí velkou zodpovědnost za to, že se jí narodilo dítě. Bytí tady na světě má pro ni najednou úplně jiný rozměr. *„...nejsem tady pro sebe, jsem tady pro ni...tak to je odpověď...nekonečná láska...“*

Učí se zvládat mateřské povinnosti. Vnímá vůči dceři svoji velkou zodpovědnost, zamilovanost, starost o ni. Hodně na dceru mluví a dotýká se jí, má pocit, že je to tak lepší, že nejen ona dceru, ale i dcera svoji matku potřebuje vnímat. Dceru popisuje jako kouzelnou, někdy trochu zlobící, jindy hodnou. První dva dny po narození dcera hodně spala, dnes je již trochu delší dobu vzhůru a častěji poplává.

Má hřejivý pocit, že společně s přítelem tvoří úplnou rodinu. V době rozhovoru byl přítomen i otec dítěte, který se k partnerce i k dceři choval velmi hezky, vnímavě a citlivě. S úsměvem vypráví, jak se těší na to, až bude dcerce alespoň rok, aby s ní mohl dovádět. Zatím společně prožívají tak trochu hektické chvíle, kdy pořádně neví, proč jejich dítě pláče, co je trápí. „...*je to těžké...člověk zkouší, co zabere na plačící miminko, tápe...ale už začínám poznávat, kdy má hlad, nebo kdy ji trápí prdíky, je to už trochu lepší...*“ V současné chvíli unavená matka vnímá trochu jako problém fakt, že se ještě po porodu nestihla pořádně v klidu vyspat. Porod byl dlouhý a vyčerpávající, navíc neustále se kromě krmení dcery snaží odstříkávat mléko. „...*radši bych, kdyby ji tatínek pochoval nebo povozil, když jsem unavená...stejně, když ji mám u sebe, tak si neodpočinu, pořád jsem ve střehu...*“ Matka má výraznou oporu ve svém partnerovi, i proto už se těší na propuštění z porodnice. „...*zjistila jsem, kolik dní a nocí umím vydržet bez spánku...ted' jsou důležitější věci...ale dnes v noci jsem už měla krizi...už se těším domů, až bude i tatínek doma, že mi s malou pomůže...snad nás pustí brzo domů...*“

Vzhledem k únavě i nevyspaní se matka cítí nejistá v samostatné péči o dceru. Předpokládá, že až bude zpátky doma a v péči o dceru se budou střídat společně s otcem, odpočine si, vyspí se a nabyde jistoty. Už se na společné chvíle velmi těší. Je šťastná z rozšíření svojí rodiny. Mateřství vnímá jako krásnou a naplňující životní změnu.

Hodnocení MIRF škály - M7

Hodnocení postoje matky ke svému mateřství

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 3. Nejvyšší skóre 7 dosáhly položky: Mluvím hodně se svým dítětem; Moje dítě je krásnější, než ostatní děti; Moje mateřské pocity jsou velmi silné a Cítím, že je dítě součástí mne samotné. Skóre 4 získaly položky Vím, co mé dítě chce a Užívám si kojení. Nejnižší skóre 3 matka přidělila položce Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou. Průměrné skóre hodnocení postoje matky ke svému mateřství je 5,6.

Vnímání kontaktu se svým dítětem

Hodnocení těchto položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 2. Nejvyšší skóre 7 dosáhly položky Příjemné; Stabilní; Blízké a Hřejivé. Skóre 5 obdržela položka Snadné, skóre 3 položka Důvěra a nejnižší skóre 2 položka Jistota. Průměrné skóre vnímání kontaktu se svým dítětem je 5,4.

Rozhovor 8

Rozhovor číslo osm byl realizován s matkou, které bylo v době porodu 24 let. Jako svoje nejvyšší dosažené vzdělání matka udává středoškolské. Po fyziologickém těhotenství (42 týdnů) se jí narodila dcera Tereza. Indukovaný porod proběhl pod dohledem lékaře. Otec byl u porodu přítomen. Novorozená dcera byla v den rozhovoru 3 dny stará a na časně poporodní období v současné době dobře adaptovaná. V době rozhovoru byly matka a dcera společně hospitalizovány na Gynekologicko-porodnickém oddělení na rooming-in, kde se také rozhovor realizoval.

Bonding ihned po porodu, položení dcery na břicho a okamžité přivítání dcery na svět, to bylo přání matky již dlouho před porodem. Bohužel nebylo možné je v této podobě uskutečnit. Dceři se těsně před vlastním porodem přestalo zdravotně dobře dařit. Porodníci zaznamenali komplikaci v podobě zelené plodové vody a alterace ozev plodu, a proto ihned po porodu dcera vyžadovala lékařskou péči. Po stabilizaci zdravotního stavu ji na malou chvíli přinesli matce a otci ukázat, aby viděli, jak jejich dcera vypadá, a ta byla opět uložena zpět do vyhřívaného lůžka. Na delší dobu ji pak rodiče viděli asi až hodinu po porodu. „...to mi ji sestřička přinesla už zabalenou, jako housku...byla jsem tak ráda, že si ji můžu pochovat a prohlídnout, bylo to nádherný a zvláštní, že už je na světě a přitom tak samozřejmý...voněla a počítala jsem jí prstíčky na ručičkách a byla prostě celá nádherná...když jsem jí zkusila nabídnout prs, měla zájem a přichytila se dobře...ale nevydrželo jí to dlouho, brzo usnula...“

Mateřství matka vnímá jako zvláštní, ale přitom hezký a hřejivý pocit. „...myslím, že jsem až teď doopravdy pochopila, co je smyslem mého života...“ Vypráví, jak si během celého těhotenství představovala, jaká její holčička bude, jak bude vypadat. Jestli bude vlasatá a hodná. Matka má pocit, že by pro ni udělala cokoli na světě, že by

ji nikomu nedala a že nikdy nikomu nedovolí, aby jí jakkoli ublížil. Popisuje, jak je teď po porodu silně emotivní, že se dnes dokonce při chování dcerky v náručí nad dcerou rozplakala, aniž by dost dobře věděla, proč. „...*prostě tady chci pro ni být a být pro ni dobrá máma...jsem z toho nějaká naměkko...*“ Dceru matka popisuje jako nádhernou, úplně dokonalou. „...*je to mazlíček milovanej...nejkrásnější, nejvíc voňavá...*“ Líbí se jí na ní všechno. „...*ty její ručičky a pusinka...když spí, tak místo abych taky usnula a odpočívala, pořád na ni musím koukat, nemůžu se na ni dost vynadávat...pořád si ji prohlížím a pak, když se vzbudí, tak mám taky po spaní...*“ Matka se cítí být podle jejich slov velmi šťastná.

Zatím se ale matka v péči o dceru necítí zcela suverénní a pokaždé prý také nerozumí tomu, proč dítě pláče. V tu chvíli pak zkouší, co zrovna zabere, zda přebalit, nakrmit, pochovat, pohladit. Již se také stalo, že nezabralo vůbec nic, bez zjevného důvodu dcera plakala dvě hodiny, až z toho usnula. „...*nejsem si úplně jistá, že všechno snadno zvládnou...fakt jsem se z toho dneska dokonce rozbřečela...*“ První den po narození dcery matka podle jejich slov nevěděla, jak dceru pořádně chytnout, ale každým dnem je patrné zlepšení. Včera dceru poprvé koupala a zvládla to dobře. Co matce dělá problém, je kojení. Přes noc mezi druhým a třetím dnem po porodu se jí nalila prsa, která proto dost bolí, a vytvořila se zatvrdlá místa. Péče o prsy, nahřívání ve sprše a následné odstříkávání mléka matce zabere velkou část času. Také matku bolí bradavky, kdy v prvních chvílích kojení cítí dost ostrou bolest.

V neposlední řadě se matka cítí unavená a nevyspalá. Sladit potřeby dítěte s těmi jejími je pro matku prozatím nesnadný úkol. „...*věčně na malou koukám a pak nestíhám sama spát...pospávám po chvilkách, jsem unavená, to je pravda...malá je zatím vzhůru hlavně večer a tak do půlnoci, to já běžně už dávno spala...*“ Přes svou únavu a nevyspání ale matka popisuje, že dceru potřebuje mít u sebe. „...*jsem ráda, že je se mnou...je pravda, že bych potřebovala pořádně odpočinout jako sůl, ale na druhou stranu jsem byla hodně nervózní, když mi ji sestřička odnesla na nějakou kontrolu k paní doktorce...a neužila jsem si tu chvíli, když jsem na ni nemusela dávat pozor a být jí po ruce...*“

S dcerou matka hodně komunikuje. Vypráví jí a popisuje jí vše, co s ní zrovna dělá. Když ji přebaluje, koupá, chová. „...*mluvím na ni pořád, říkám jí, co dělám, jako by mi měla rozumět...přijde mi to takový normální, přece ji nebudu nosit beze slova...*“

Z této matky, snad ještě více než z těch ostatních, sálala vřelost a náklonnost k dceři. Byla zjevně šťastnou matkou, neustále vyhledávající s dcerou oční kontakt a která během rozhovoru při každém jejím zavržení pozorně sledovala, zda něco nepotřebuje. Na to, abych se dozvěděla podstatné informace ohledně jejího mateřství a s ním souvisejících pocitů, matku s dcerou stačilo jen chvíli tiše pozorovat. Matka se zdá být na dceru velmi fixovaná. Mateřství je pro ni smyslem jejího života. Zatím pro ni není snadné porozumět své dceři, ale velmi se o to snaží. Třetí den po porodu, v den rozhovoru, se zdá být u matky patrný rozvoj baby blues, matka je úzkostnější a plačtivější.

Hodnocení MIRF škály - M8

Hodnocení postoje matky ke svému mateřství

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 3. Nejvyšší skóre 7 dosáhly tyto položky: Mluvím hodně se svým dítětem; Moje dítě je krásnější, než ostatní děti; Moje mateřské pocity jsou velmi silné a Cítím, že je dítě součástí mne samotné. Skóre 6 dosáhla položka: Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou, skóre 5 položka: Víím, co mé dítě chce a nejnižší skóre 3 získala položka Užívám si kojení. Průměrné skóre hodnocení postoje matky ke svému mateřství je 6,0.

Vnímání kontaktu se svým dítětem

Hodnocení těchto položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 4. Nejvyšší skóre 7 dosáhly položky Příjemné; Stabilní; Blízké a Hřejivé. Skóre 6 získala položka Důvěra, skóre 5 položka Jistota a nejnižší bodové skóre 4 položka Snadné. Průměrné skóre vnímání kontaktu se svým dítětem je 6,1.

Rozhovor 9

Rozhovor číslo devět byl realizován s matkou, které bylo v době porodu 28 let. Jako svoje nejvyšší dosažené vzdělání matka udává středoškolské. Těhotenství (41 týdnů) bylo ošetřujícím lékařem vedeno jako rizikové, protože první dvě těhotenství této matky skončila samovolným potratem. Plánovanou sekci se narodil syn David. Otec u porodu přítomen nebyl. Novorozený syn byl v den rozhovoru 3 dny starý a na časně poporodní období v současné době dobře adaptovaný. V době rozhovoru byli matka a syn společně hospitalizováni na Gynekologicko-porodnickém oddělení na rooming-in, kde se také rozhovor realizoval.

Matka vypráví, že hned po porodu syna neviděla, protože rodila sekci v celkové anestezii. Ani když se probudila z narkózy, nevnímala, jak vypadá, vlastně si neuvědomovala ani to, že tam někde syn vůbec je. Syn se narodil nad ránem a matka říká, že si jej prvně vybavuje až někdy k večeru. To za nimi zrovna přišel na návštěvu tatínek, který chtěl syna vidět. Tehdy trávili společně čas poprvé jako již kompletní rodina.

Být mámou je podle této matky moc hezký a skvělý pocit. Je to pro ni něco nového a „...je to pocit štěstí, no...nám se to s miminkem dvakrát nepovedlo, je to fakt hezkej pocit... Davídek je vymodlenej...“ Matka se podle svých slov cítí pořád dojatá. Chlapec je prý moc hodný, pořád spí, matka o něm prý vůbec neví. Pláče jenom tehdy, pokud má hlad a chce se najíst. Větší problémy s kojením matka nepocítuje, syn pije dobře a ochotně. Matku zatím bolí prsní bradavky. To je jediná potíž, která ale matce nepřijde nijak zásadní a nijak výrazně ji neřeší. „...kojení se mi zatím moc nelíbí, ale pro něj to udělat musím...malej ode mě dobře táhne a já mám mlíka dost...až moc...jakmile zabřečí, mám hned od mlíka mokrou košili...“

Uspokojování synových potřeb je pro matku samozřejmostí, díky tomu svoje potřeby odsouvá. Samozřejmě, že je nevyspalá a tím pádem i unavená, ale kvůli synovi určité nepohodlí ráda podstoupí. „...já to svoje spaní odkládám, kvůli němu určitě, v tom nevidím žádný problém...malej je na prvním místě...“ Syna má velmi ráda. Cítí, že jsou nějakým způsobem propojeni.

Matka očekávala, že když bude mít první dítě, že to s ním nebude příliš umět. Že nebude vědět, co s ním, když bude plakat. Její obavy se nepotvrdily. „...a ono to naopak přišlo úplně samo...tak jako úplně přirozeně...“ Se synem matka hodně komunikovala už v těhotenství, před narozením, kdy s ním často mluvila a zpívala mu. Hodně si také o prenatální komunikaci s dítětem načetla v knihách, časopisech, také na internetových diskusích a svůj výborný vztah k synovi a jejich bezproblémový společný začátek připisuje právě dostatku informací. Je tím velmi potěšená a dojatá „...a řekla bych, že už pozná můj hlas...“

Ačkoli se nepodařilo, aby matka se synem navázali vztah přímo po porodu, matka se velmi rychle adaptovala na svoji mateřskou roli. Syna považuje za dar a je vděčná, že může prožívat mateřské radosti a starosti. Je velmi dojata tím, že konečně v pořádku donosila dítě, porodila zdravého syna, a svoje chování plně podřizuje péči o něho. Sžívání se se svým synem je pokračováním jejich komunikace již z prenatálního období. Matka se cítí sebejistě v péči o syna, nemá pochybnosti, že by něco nemuselo v pořádku fungovat. Podle jejího sdělení dokáže víceméně správně interpretovat synovy projevy a celkem rozumí tomu, co její syn potřebuje.

Hodnocení MIRF škály - M9

Hodnocení postoje matky ke svému mateřství

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 5. Nejvyšší skóre 7 dosáhly tyto položky: Víím, co mé dítě chce; Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou; Moje dítě je krásnější, než ostatní děti; Moje mateřské pocity jsou velmi silné a Cítím, že je dítě součástí mne samotné. Bodové skóre 6 získala položka: Mluvím hodně se svým dítětem a nejnižší skóre 5 přidělila matka položce Užívám si kojení. Průměrné skóre hodnocení postoje matky ke svému mateřství je 6,6.

Vnímání kontaktu se svým dítětem

Nejvyšší skóre 7 dosáhly všechny položky: Snadné; Důvěra; Příjemné; Jistota; Stabilní; Blízké a Hřejivé. Průměrné skóre vnímání kontaktu se svým dítětem je 7,0.

Rozhovor 10

Rozhovor číslo deset byl realizován s matkou, které bylo v době porodu 30 let. Jako svoje nejvyšší dosažené vzdělání matka udává vysokoškolské. Po fyziologickém těhotenství (40 týdnů) se jí narodil syn Adam, spontánní porod proběhl pod dohledem porodní asistentky. Otec byl u porodu přítomen. Novorozený syn byl v den rozhovoru 2 dny starý a na časné poporodní období v současné době dobře adaptovaný. V době rozhovoru byli matka a syn společně hospitalizováni na Gynekologicko-porodnickém oddělení na rooming-in, kde se také rozhovor realizoval.

Novorozený syn byl ihned po porodu položen na matčino břicho, kdy v klidu mohlo dojít k jejich prvnímu seznámení. „...*koukala jsem na něj a říkala si, tak tě, chlapečku můj, vítám na světě...*“ Po prvním pokusu o kojení syna jej sestřičky na krátkou dobu odnesly umýt a zvážit. Matka i s otcem pak měli syna celé dvě hodiny u sebe, než byla matka převezena na oddělení šestinedělí.

V mateřství jsou chvíle, kdy se matka cítí bezradná. Dnes ji trápily hlavně problémy s kojením, prsy se dnes nalily mlékem a dost bolely. Intenzivní bolest vnímá matka také v první chvíli, když syn začne sát mléko. Matka pociťuje veliký problém s nadbytkem mléka. To, jak ji prsa bolí, ji velmi stresuje. Matka proto konzultovala potíže s dětskou sestrou a nyní je již ohledně kojení snad klidnější. Prsy si matka snaží před kojením prohřát a nalézt pohodlnou pozici pro sebe i syna. Také se snaží být trpělivá, doufá, že počáteční obtíže brzy odezní a pro oba, pro ni i pro syna, snad bude během pár dní kojení přirozeně snadné. Jinak ohledně péče o syna žádné potíže matka nevnímá. Myslela si, že se bude bát jej přebalovat nebo koupat. Obávala se, aby jí syn nahatý nevyklouzl z ruky a neupadl jí. Včera jej ale matka poprvé, za asistence dětské sestry, vykoupala a má velkou radost. „...*překvapivě to šlo bezvadně...*“ Jako velký problém matka vnímá svoji únavu a nevyspání. Cítí se ještě unavená a oslabená porodem a nestihla si zatím pořádně odpočinout.

Mateřství jako takové je pro matku zdrojem radosti, ale také nejistoty. „...*radost, ale trochu panika...překvapení, že je tenhle tvoreček tady už napořád...*“. Syn se matce velmi líbí „...*malej je zdravěj, krásnej, klidnej, nádhernej...*“ Snaží se se synem

komunikovat a mluvit na něj. Sice neví, jestli ji pořádně vnímá, ale domnívá se, že je to tak dobře.

Matka je moc ráda, že existuje možnost rooming-in. Nedokáže si představit, jak mohly být dříve matky hned po porodu od svých dětí oddělovány a ty jim byly nošeny pouze na kojení. Matka má pocit, že tím, že jsou spolu se synem na společném pokoji hned od jeho narození, má lepší příležitost se se svým synem sehrát, že lépe pochopí, co syn potřebuje, co pláčem vyjadřuje. Dosud ještě necítí jistotu v tom, že by synovi ve všem porozuměla. Někdy syn pláče, aniž by dokázala určit, z jakého důvodu, proč.

Hodnocení MIRF škály - M10

Hodnocení postoje matky ke svému mateřství

Hodnocení položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 3. Nejvyšší skóre 7 dosáhly tyto položky: Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou a Cítím, že je dítě součástí mne samotné. Skóre 6 přidělila matka těmto položkám: Mluvím hodně se svým dítětem a Moje dítě je krásnější, než ostatní děti. Skóre 5 získaly položky: Vím, co mé dítě chce a Moje mateřské pocity jsou velmi silné. Nejnižší bodové skóre 3 získala položka Užívám si kojení. Průměrné skóre hodnocení postoje matky ke svému mateřství je 5,6.

Vnímání kontaktu se svým dítětem

Hodnocení těchto položek se pohybovalo od nejvyššího skóre 7 po nejnižší skóre 5. Nejvyšší skóre 7 dosáhly položky Důvěra; Blízké a Hřejivé. Skóre 6 získaly položky Příjemné a Jistota. Nejnižší skóre 5 získaly položky Snadné a Stabilní. Průměrné skóre vnímání kontaktu se svým dítětem je 6,1.

4.2 Shrnutí rozhovorů s matkami

První část sběru dat byla realizována pomocí polostrukturovaného rozhovoru s matkami. Matky v rozhovorech nejprve odpovídaly na otázku, jak probíhaly jejich první společné okamžiky s novorozencem, respektive o možnosti nebo nemožnosti provedení bondingu ihned po porodu. V tom, zda byl matce s novorozencem umožněn časný kontakt, nejlépe skin-to-skin, sehrál klíčovou úlohu způsob porodu, zda byl spontánní nebo operativní, a zdravotní stav novorozence a matky v prvních chvílích po porodu. Ze šesti případů, kdy matka porodila spontánně (M1, M2, M5, M6, M7, M10), byl novorozenec ve třech případech ihned položen matce nahý na její nahé tělo (M2, M5, M10). Ve dvou případech byl ze zdravotních důvodů na straně matky kontakt matky a novorozeného dítěte až po přibližně 15 minutách po porodu, ihned po umytí a zabalení novorozence do pleny (M6, M7). V jednom případě, z důvodu zdravotních komplikací novorozeného chlapce, byl jeho kontakt s matkou umožněn až asi jednu hodinu po porodu (M1). Ve třech případech se matkám dítě narodilo císařským řezem (M3, M4, M9). V těchto situacích byla možnost kontaktu matky a dítěte ihned po porodu výrazně limitována způsobem zvolené anestezie matky. V jednom případě, kdy matka (M4) rodila v epidurální anestezii, matka mohla vidět své dítě ihned po porodu a novorozence držela v náručí sestra. V rozhovorech s matkami, které rodily své děti v celkové anestezii, matka v jednom případě sdělila, že poprvé své dítě viděla po probrání se z anestezie již zabalené, položené vedle sebe v postýlce (M3) a v posledním případě, kdy matka (M9) rodila sekcí v celkové anestezii, dítě viděla až několik hodin po porodu. V případě indukovaného porodu se v průběhu porodu vyskytly komplikace, které si vyžádaly lékařskou péči vůči novorozenci, proto jej matka (M8) mohla chovat až zhruba hodinu po porodu.

Další otázkou jsme zkoumali problematiku kojení. K prvnímu kojení ve třech případech (M2, M5, M10) došlo ihned při prvním společném kontaktu matky a novorozence, v ostatních sedmi situacích (M1, M3, M4, M6, M7, M8, M9) byl z různých důvodů první kontakt pouze vizuální a k fyzickému kontaktu matky a dítěte a k prvnímu pokusu o přiložení novorozence k prsu došlo až s určitým odstupem.

K tomu došlo ve třech případech z důvodu porodu sekci (M3, M4, M9), dvakrát z důvodu zhoršeného zdravotního stavu matky (M6, M7) a dvakrát z nutnosti zabezpečit dobrý zdravotní stav novorozence (M1, M8). Rozhovory jsme zjistili, že v souvislosti s kojením velká část matek vnímá různé problémy. Ze strany matky může být kojení v negativním smyslu ovlivněno jejím fyzickým omezením pohybu po sekci (M3, M4, M9), větším porodním poraněním (M6) nebo jejími fyziologickými dispozicemi - např. velké prsy nebo pokud má matka vpáčené bradavky (M3, M4, M7). Ze strany novorozence může problém s kojením vzniknout kvůli aktuálnímu zdravotnímu stavu dítěte (M1, M8), nebo dítě může pouze slabě neefektivně sát (M1), může projevovat nezáměr o prs (M2, M5, M7) či může u krmení pospávat (M2, M3, M5, M8). Při kojení může matka pociťovat různě intenzivní bolest, což popisovalo pět matek (M2, M6, M7, M9, M10), z nichž jedna matka (M7) nekojí, pouze mléko odstříkává a dítě dokrmuje alternativním způsobem.

Velkou zkoumanou oblastí bylo vnímání nové sociální role - role matky. Všechny rozhovory (M1-M10) bez výjimky se prolíná, že jsou matky spokojené, šťastné, ke svému dítěti cítí lásku, nekonečné pocity štěstí, něhu, obrovské, nepopsatelné emoce. Jsou rády, že v pořádku donosily a porodily zdravé dítě. Jedním dechem ale vyslovují i myšlenky, jak kromě všennaplňujícího štěstí mají i protichůdné pocity. Matky vnímají pocity zodpovědnosti (M2, M7), v několika případech pocity nejistoty, strachu, obav a paniky z toho, jak péči o dítě zvládnou (M5, M10). Některé matky svoji roli spontánně zvládají v pořádku, bez větších problémů (M1, M9), pro některou je to velká životní změna (M4). Jedné z dotazovaných matek (M5) se zdá být mateřství náročné a nedovede si sama sebe v nové roli pořádně představit. Dvě matky sdělují, že jsou dojaté a cítí se být naměkko (M8, M9).

Pět z deseti matek (M1, M2, M3, M9, M10) sděluje, jak jsou rády za fakt, že se svým dítětem využívají rooming-in. Mají potřebu trávit veškerý čas se svým dítětem. Jedna matka (M8) uvádí, že si sice za přítomnosti svého dítěte dostatečně neodpočine, nicméně je raději, když jsou spolu. Další tři matky (M4, M5, M6) si raději odpočinou bez přítomnosti dítěte, jsou raději, když se o novorozence postarají sestry z oddělení, ovšem za podmínky, že si je poté raději vezmou opět k sobě. Jedna z matek

(M7) uvádí, že by byla raději, kdyby se o dítě postaral tatínek a ona si mohla v klidu odpočinout.

Co se týče vztahu ke svému dítěti, všechny matky napříč rozhovory byly svým dítětem nadšeny, všechny ke svému novorozenci cítily silnou náklonnost. Jedna z matek (M2) tento pocit nedokázala slovně uchopit. Vztah ke svému dítěti celkem v šesti případech matky (M1, M3, M4, M5, M6, M7) popsaly slovem „*láska*“. V pěti případech v rozhovorech matky (M4, M5, M7, M8, M10) popisují své dítě jako „*nádherné, krásné, kouzelné*“ či „*roztomilé*“. V šesti případech matky (M2, M3, M5, M6, M9, M10) děti popisovaly jako „*hodné a klidné*“. Jedna z matek (M1) popisovala své dítě jako „*zážrak*“, další matka (M4) si přeje, aby bylo dítě v životě šťastné, následující matka (M6) popisuje pocit, že se dítěte nemohla dočkat a teď si jej užívá. Jiná matka (M7) si uvědomuje a verbalizuje zodpovědnost za dítě a poslední z dotazovaných matek (M10) přiznává překvapující pocit, že je tady na světě s ní dítě již napořád.

4.3 Analýza údajů MIRF škály

Abychom mohli analyzovat údaje MIRF škály, je třeba nejprve určit, co budeme v jejích výsledcích hodnotit jako „vysoké skóre“ odpovědí a „nízké skóre“ odpovědí. Za „vysoké skóre“ odpovědí budeme považovat hodnoty blízké k hodnotě 7, za „nízké skóre“ odpovědí hodnoty blízké hodnotě 0. V následujícím textu se budeme věnovat rozboru jednotlivých položek MIRF škály, budeme definovat jejich vysoké a nízké skóre odpovědí a analyzovat bodové ohodnocení jednotlivých položek matkami.

Postoj k mateřství

Postoj matek k mateřství jsme mapovali pomocí MIRF škály v rozsahu 1. - 7. položky.

Tabulka 2 – **Postoj k mateřství**

MIRF	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr
1. pol.	7	6	7	6	7	7	7	7	6	6	6	7	6,6
2. pol.	5	5	6	5	2	4	4	5	7	5	2	7	4,8
3. pol.	7	7	7	5	5	7	3	6	7	7	3	7	6,1
4. pol.	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	7	6,9
5. pol.	7	7	7	7	4	7	7	7	7	5	4	7	6,5
6. pol.	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7,0
7. pol.	7	5	6	7	7	5	4	3	5	3	3	7	5,2
průměr	6,7	6,3	6,7	6,3	5,6	6,3	5,6	6,0	6,6	5,6	x	x	6,2

Zdroj: vlastní

Tabulka 2 poskytuje přehled a vyhodnocení bodového ohodnocení 1. – 7. položky MIRF škály. K některým položkám se matky následně vyjádřily i slovně.

Položka č. 1: mluvím hodně se svým dítětem / nemluvím vůbec se svým dítětem

Jak tuto položku chápat: vyhledávání kontaktu s dítětem, verbálního i neverbálního, vnímání reakce dítěte a snaha je pochopit

Vysoké skóre: matka často mluví se svým dítětem, vnímá jeho reakce; vzájemná komunikace je pokračováním pouta vzniklého již během těhotenství

Nízké skóre: nedostatečná komunikace

Položku číslo 1 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 6 body, v průměru 6,6 body. Jejich vyjádření bylo následovné: „...věnuju mu maximum sebe, slov i pozornosti...hodně s ní mluvím, nejvíc, co mi to jde...pořád na ni koukám a snažím se jí hodně povídat...mluvím na něj všelijak, jako kdyby mi měl rozumět...přijde mi to normální na ni mluvit, přece ji nebudu nosit beze slova...“

Položka č. 2: nevím, co moje dítě chce / vím, co mé dítě chce

Jak tuto položku chápat: matka dokáže správně interpretovat potřeby dítěte ve všech jejích nuancích

Vysoké skóre: matka má pocit schopnosti interpretovat všechny projevy dítěte přesto, že je to obtížné, když novorozenec nemluví

Nízké skóre: matka není tak docela schopna rozeznat a uspokojit všechny potřeby dítěte

Položku číslo 2 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 2 body, v průměru 4,8 body. Z výroků matek vybíráme následující: „...sleduju ho, snažím se rozumět tomu, co chce...zatím ho mám jen chvíli, tak to netrefím vždy napoprvé, hned to neodhadnu...zkouším jedno, pak druhý, ono to třeba vyjde...hledáme si cestu k sobě...zatím se cítím dost nezkušená...myslím, že se to musím naučit postupně, konkrétně v tuhle chvíli to ještě není tak úplně dokonalý...rozumím...“

Položka č. 3: užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou / lépe si odpočinu, když je mé dítě s někým jiným

Jak tuto položku chápat: matka má schopnost odpočinout si v přítomnosti dítěte i přesto, že cítí za dítě obrovskou zodpovědnost, která ji v jejím odpočinku může rušit

Vysoké skóre: matka si zvládne odpočinout i v přítomnosti dítěte; matka se cítí být klidná, když má dítě nablízku - může si tím lépe kontrolovat, že se dítě cítí dobře

Nízké skóre: rozpolcenost mezi tím, zda mít dítě u sebe, či zda odpočívat bez momentální zodpovědnosti za dítě

Položku číslo 3 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 3 body, v průměru 6,1 body. Vyjádření matek bylo následovné: „...potřebovala bych si odpočinout jako sůl, ale na druhou stranu jsem byla hodně nervózní, když mi ji sestřička odnesla na nějakou kontrolu k paní doktorce...a neužila jsem si tu chvíli, když jsem na ni nemusela dávat pozor a být jí po ruce...radši bych, kdyby ji tatínek pochoval nebo povozil, když jsem unavená...když ji mám u sebe, tak si neodpočinu, pořád jsem ve střehu...první den po porodu jsem byla vyčerpaná, tak když si ho sestřičky vzaly k sobě, byla jsem ráda, že si můžu odpočinout, že po mě nikdo nic nechce...až mi bude líp, určitě ji budu chtít mít u sebe...já bych ji nejradši měla jenom u sebe...když mi ho sestřička odnese, nemůžu se dočkat, už aby byl se mnou zpátky...“

Položka č. 4: moje dítě není tak krásné, jako ostatní děti / moje dítě je krásnější, než ostatní děti

Jak tuto položku chápat: matka vnímá své dítě jako jedinečné a nádherné

Vysoké skóre: pro matku je samozřejmé, že je pro ni její dítě nejkrásnější ze všech dětí

Nízké skóre: matka neví, jestli je její dítě skutečně hezčí, než ostatní děti; dítě se nejví matce krásnější, než jsou ostatní děti

Položku číslo 4 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 6 body, v průměru 6,9 body. Jejich vyjádření bylo následovné: „...on je nejkrásnější, to je, vlasatej a krásnej, toho jsem vždycky chtěla...ano, je nejkrásnější...nejhezčí...“

Položka č. 5: moje mateřské pocity nejsou příliš silné / moje mateřské pocity jsou velmi silné

Jak tuto položku chápat: matka silně vnímá, že by chtěla pro své dítě jen to nejlepší, chce se o své dítě co nejlépe starat a ochraňovat je

Vysoké skóre: matka chce pro své dítě jen to nejlepší, chce se o své dítě co nejlépe starat a ochraňovat je

Nízké skóre: matka zatím nemá pocit plné odpovědnosti za dítě, zatímco jsou stále v porodnici, což může vést k pocitům nejistoty

Položku číslo 5 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 4 body, v průměru 6,5 body. Názor na tuto položku vyjádřila jedna z dotazovaných matek takto: „...mateřské pocity, no prostě on je moje součást, nevím, jestli se to dá nazvat mateřskými pocity, asi ano, moje mateřské pocity jsou velmi silné...“

Položka č. 6: cítím, že je dítě součástí mne samotné / necítím, že je dítě součástí mne samotné

Jak tuto položku chápat: matka cítí propojenost s dítětem

Vysoké skóre: matčin pocit sounáležitosti s dítětem

Nízké skóre: matka nepocituje sounáležitost s dítětem; nemá pocit, že je dítě její vlastní; není schopna se o dítě postarat

Položku číslo 6 všechny matky hodnotily shodně 7 body, v průměru 7,0 body. Jejich vyjádření bylo následovné: „...to zcela určitě ano...určitě sedm bodů, je to moje holčička...“

Položka č. 7: užívám si kojení / neužívám si kojení

Jak tuto položku chápat: matka je dítěti nablízku a je schopna mu poskytnout jídlo podle jeho aktuální potřeby

Vysoké skóre: i když to zpočátku bolí, matka kojí ráda; poskytuje kojením dítěti jídlo i svoji blízkost; matka očekává, že kojení bude v budoucnu ideálně fungovat

Nízké skóre: kojení zatím z rozličných důvodů nefunguje

Položku číslo 7 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 3 body, v průměru 5,2 body. Vyjádření matek bylo následovné: „...nalila se mi prsa mlékem a dost to bolí...kojení si užívám...zatím mne to fakt nebaví, kojení mne bolí...těžko říct, nebaví, navíc nekojím, ale odšťikávám mléko...ted', když jsem se to už trochu víc naučila, tak to bude dobrý...kojení se mi líbí...je to dokonalé propojení mě a miminka...“

Vnímání kontaktu s dítětem

Postoj matek k mateřství jsme mapovali pomocí MIRF škály v rozsahu 8. - 14. položky.

Tabulka 3 – Vnímání kontaktu s dítětem

MIRF	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr
8. pol.	7	6	6	7	3	6	5	4	7	5	3	7	5,6
9. pol.	7	5	7	7	3	5	3	6	7	7	3	7	5,7
10. pol.	7	7	7	7	5	7	7	7	7	6	5	7	6,7
11. pol.	7	5	7	4	2	6	2	5	7	6	2	7	5,1
12. pol.	7	6	7	7	6	7	7	7	7	5	5	7	6,6
13. pol.	7	7	7	7	5	7	7	7	7	7	5	7	6,8
14. pol.	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7,0
průměr	7,0	6,1	6,9	6,6	4,4	6,4	5,4	6,1	7,0	6,1	x	x	6,2

Zdroj: vlastní

Tabulka 3 poskytuje přehled a vyhodnocení bodového ohodnocení 8. – 14. položky MIRF škály. K některým položkám se matky následně vyjádřily i slovně.

Položka č. 8: obtížné / snadné

Jak tuto položku chápat: matka vnímá jako snadnou účinnou komunikaci s dítětem a je fyzicky schopna se o dítě postarat

Vysoké skóre: matka účinně komunikuje s dítětem, je schopna se fyzicky o dítě postarat a vnímá, že dítě jako odpověď na tuto blízkost vyhledává matčinu společnost

Nízké skóre: matka jen s obtížemi rozumí signálům dítěte nebo má obtíže fyzicky se o dítě postarat

Položku číslo 8 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 3 body, v průměru 5,6 body. Jejich vyjádření bylo následovné: „...*zatím se mi to zdá snadné, uvidíme, co budu říkat za pár dní...úplně snadné to pro mne opravdu není...je to pro mne snadné, takové přirozené...*“

Položka č. 9: nedůvěra / důvěra

Jak tuto položku chápat: matka důvěřuje svému vztahu k dítěti a cítí se schopna prakticky se o dítě postarat

Vysoké skóre: matka si je jistá nejen vztahem k dítěti, se vzájemným emocionálním propojením, ale také v praktické manipulaci s dítětem

Nízké skóre: matka si zatím nedůvěřuje, že je schopna se o dítě postarat tak, jak by očekávala

Položku číslo 9 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 3 body, v průměru 5,7 body. Z vyjádření matek vybíráme následující: „...*pochybnosti mám a doufám, že to bude lepší...věřím si, věřím nám...důvěru, my to spolu všechno zvládneme...chci mít tu důvěru, chci udělat všechno pro to, abych to všechno zvládla, prostě abych se o něj dokázala postarat...ale opravdu jsou situace, kdy nevíte, co se může stát, takže nejde ani říct, že si je člověk stoprocentně jistej...*“

Položka č. 10: příjemné / nepříjemné

Jak tuto položku chápat: matka vnímá kontakt s dítětem jako příjemný, jednoduchý, samozřejmý, uvolněný a klidný

Vysoké skóre: matka vnímá kontakt s dítětem jako příjemný, jednoduchý, samozřejmý, uvolněný a klidný

Nízké skóre: neaplikovatelná položka

Položku číslo 10 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 5 body, v průměru 6,7 body. Na tuto položku reagovaly matky takto: „...*naplňující, úžasné...naplňující, teprve teď vidím svůj smysl života...láska...už se těším, až ji budeme mít doma...*“

Položka č. 11: jistota / nejistota

Jak tuto položku chápat: matka se cítí ve vztahu k dítěti bezpečně

Vysoké skóre: matka se cítí ve vztahu k dítěti bezpečně

Nízké skóre: neaplikovatelná položka

Položku číslo 11 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 2 body, v průměru 5,1 body. Jejich vyjádření bylo následovné: „...*zatím jistota, ve všem, od první minuty, co se narodil...nemám pocit, že všechno zvládám...ještě si nejsem tolik jistá...*“

Položka č. 12: nestabilní / stabilní

Jak tuto položku chápat: matka pevně důvěřuje svým pocitům vůči dítěti, ve svoji schopnost prakticky se postarat o své dítě, pochopit je a porozumět mu

Vysoké skóre: stabilní pocity matky, která vnímá, že i naopak jí samotné dítě důvěřuje

Nízké skóre: neaplikovatelná položka

Položku číslo 12 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 5 body, v průměru 6,6 body. Jedna z matek vyjádřila názor na tuto položku takto: „...*stabilní...*“

Položka č. 13: vzdálené / blízké

Jak tuto položku chápat: propojenost matky s dítětem, matka považuje dítě za svoji samozřejmou součást a je schopna dítě vnímat a chápat

Vysoké skóre: propojenost matky s dítětem, matka vnímá dítě jako svoji samozřejmou součást a je schopna dítě vnímat a chápat

Nízké skóre: neaplikovatelná položka

Položku číslo 13 matky hodnotily přidělením nejvíce 7 a nejméně 5 body, v průměru 6,8 body. Jejich vyjádření bylo následovné: „...*blízkost, samozřejmě...*“

Položka č. 14: hřejivé / chladné

Jak tuto položku chápat: vřelé a láskyplné pocity vůči dítěti

Vysoké skóre: vřelé a láskyplné pocity vůči dítěti

Nízké skóre: neaplikovatelná položka

Položku číslo 14 všechny matky hodnotily shodně 7 body, v průměru 7 body. Matky nejčastěji odpovídaly takto: „...*určitě vřelost...úplně ta největší vřelost, sedmička s hvězdičkou...*“

4.4 Shrnutí výsledků a rozdělení matek do jednotlivých skupin

Na základě výše uvedené analýzy rozhovorů s matkami vyplývá, že můžeme dotazované matky zařadit do těchto základních skupin:

Do **první skupiny** jsme zařadili matky, pro které je mateřství přirozenou a samozřejmou rolí v jejich životě, se kterou se sžívají bez větších obtíží. Skupinu jsme pojmenovali „**vyrovnané matky**“. Pro své dítě udělají vše, mají potřebu o ně samy pečovat. Jsou sebejisté v péči o své dítě, věří, že vše zvládnou samy. Dítě jim připadá jedinečné a nádherné. S potěšením si užívají jeho společnost. Mateřské pocity vůči dítěti vnímají jako velmi silné (M1, M9). „...*jsem klidná, vyrovnaná a ani nejsem unavená...já to mám tak, že je to mimčo na prvním místě...do mateřství jsem vplula tak, že to ani jako nějakou velkou změnu nepociťuju....popravdě jsem čekala, že když mám první dítě, že to nebudu vědět, co s ním, když bude brečet, a ono to naopak přišlo úplně*“

samo, tak jako úplně přirozeně...svoje spaní odkládám, kvůli němu určitě, v tom nevidím žádný problém, je na prvním místě...euforie z toho nového zážitku je velká, jsem hrozně spokojená máma...mateřské pocity - no prostě on je moje součást, já nevím, jestli to nazvat mateřské pocity, mám pocit, že ho musím ochránit před vším, asi ano, moje mateřské pocity jsou velmi silné...já se jím pořád děsně zaobírám, jakmile zavrní, tak ho hned chovám, takhle to prostě mám, myslím si, že když to potřebuje, tak se mu musím poskytnout jako máma, věnuju mu maximum sebe, slov i pozornosti...“

Druhou skupinu charakterizují matky, které v těchto prvních dnech po porodu popisují emocionální zmatek. Nazvaly jsme tuto skupinu jako „**matky pocitující emocionální zmatek**“. Na jednu stranu hovoří o velkých pocitech štěstí a lásky vůči dítěti. Na druhé straně popisují znejistující zodpovědnost, stavy velké únavy, nejistotu, zda péči o dítě snadno zvládnou. Matky mohou z nastalé situace i trochu panikařit. Nicméně se snaží a očekávají, že mateřství zvládnou v pořádku i na úkor svých momentálních potřeb. Vnímají dítě jako někoho, kdo je velmi potřebuje a koho ony samy velmi milují (M2, M3, M6, M8, M10). „...zvládám těžko, moc jsem toho za poslední dva dny nenaspala, snažím se odpočívat, ale když brečí, tak k němu vstanu...najednou taková zodpovědnost za někoho jiného, živého, člověk už není sám...nejsem si úplně jistá, že všechno snadno zvládnou, fakt jsem se z toho dneska dokonce rozbřečela, chovala jsem ji a bulela, teď už jsem zase dobrá, ale nějak to mateřství se mnou cvičí...radost, ale trochu panika...jsou situace, kdy nevíte, co se může stát...radost, ale i překvapení, že je tady tenhle tvoreček už napořád...když brečí, zkouším přebalit, nakrmit, pochovat, pohladit, zkouším, co zabere...pospávám po chvilkách, jsem unavená, to je pravda...když brečí, neexistuje spánek, neexistuje nic jiného, jen to, aby mu bylo dobře...chci mít tu důvěru, chci pro něj udělat všechno pro to, abych to zvládla, prostě abych se o něj dokázala postarat...dneska jsem ji takovou dobu chovala v náručí a dokonce jsem se rozbřečela, ani nevím, proč, prostě tady chci pro ni být a být pro ni dobrá máma, jsem z toho nějaká naměkko...“

Třetí skupinu matek bychom popsali jako matky, které vnímají vstup do mateřství určitým způsobem jako nesnadný (M4, M7). Nazvali jsme ji „**nejisté matky**“. Ačkoli považují mateřství stejně jako předchozí dvě skupiny matek za krásné

a naplňující, necítí zatím potřebu mít dítě neustále ve svém dosahu. Neumějí zatím správně porozumět projevům svého dítěte, a proto si zcela nedůvěřují, jak samostatnou péči o ně zvládnou. Jedná se zejména o matky, které se cítí být po porodu velmi unavené a momentálně fyzicky indisponované. „...radši bych, kdyby ji tatínek pochoval nebo povozil, když jsem unavená, když ji mám u sebe, tak si neodpočinu, pořád jsem ve střehu...zatím nemůžu pořádně chodit a jsem připojená ke kapačce...je to pro mě hodně velká změna, zatím jsem ještě unavená a hodně spím...ted', když jsem unavená, tak jsem radši, když si ji sestřička vezme k sobě, ale až mi bude líp, určitě ji budu chtít mít u sebe...doufám, že třeba zítra už to bude zase lepší... my vůbec nekojíme, odstříkávám mléko a malá ho dostává z lahvičky...člověk zkouší, co zabere na plačící miminko, tápe, dnes v noci jsem měla už krizi...“

Do **čtvrté skupiny** bychom zařadili matku (M5), jež si na mateřství prozatím příliš nezvykla, a proto jsme tuto skupinu pojmenovali jako „**vystrašená matka**“. Ze své nové role matky má tato matka rozporuplné pocity. Cítí se zároveň šťastná i vystrašená. Není si v péči o dítě vůbec jistá, v této chvíli si příliš nedůvěřuje a nerozumí tomu, co její dítě potřebuje. Své mateřské pocity hodnotí zatím jako slabší. „...já ted' vůbec nevím...když vidím, co se s ním všechno musí dělat, mám strach...musím si zvykat...“

5 DISKUZE

Matkou se žena nerodí, ale stává. Vzájemný vztah matky a dítěte se vyvíjí a prohlubuje postupně. Mercer (2004) uvádí, že přerod ženy v matku je proces, který probíhá ve čtyřech fázích. První z nich je fáze přípravná, která probíhá během těhotenství. Žena se sžívá s tím, že bude matkou, připravuje se na roli matky psychicky. Druhá fáze začíná narozením dítěte. Žena se fyzicky stává matkou, seznamuje se s dítětem a učí se péči o ně. Třetí fází je zvykání si na nové životní tempo, přizpůsobování se dítěti, je to přechod do období, kdy opět bude vše zaběhnuté ve starých kolejích jako dříve. Konečným, čtvrtým stadiem je podle Mercer (2004) naprosté ztotožnění matky se svojí mateřskou rolí. Mateřství je již matkou zvnitřněný pocit, kdy matka dožrála k dosažení mateřské identity. Matka prožívá pocity harmonie, vnitřního souladu, cítí se ve vztahu k dítěti kompetentní. Jednotlivé fáze se mohou překrývat a jejich načasování je velmi různorodé, ale jejich posloupnost se děje předvídatelným způsobem. Obvykle se závěrečná fáze objevuje zhruba čtyři měsíce po narození dítěte.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat časný poporodní období z hlediska toho, jaký mají prvorodičky pocit ze své nové sociální role - role matky a jaký mají vztah ke svému novorozenci v prvních dnech po porodu. Jako první dílčí cíl jsme si stanovili zjistit, jaké pocity má matka 24 - 72 hodin po porodu ze svého mateřství a jako druhý dílčí cíl zjistit, jaký vztah má matka 24 - 72 hodin po porodu ke svému novorozenci. Pro dosažení našich cílů jsme zvolili polostrukturované rozhovory s matkami, které porodily své první dítě, s následným vyplněním položek MIRF škály, která byla vytvořena pro objektivizaci vztahu matka - dítě. Oba cíle jsme dotazováním naplnili, podařilo se nám pro jejich zhodnocení výzkumem získat dostatek důkazů.

Cíl 1: zjistit, jaké pocity má matka 24 - 72 hodin po porodu ze svého mateřství.

První tři dny po porodu jsou podle výše uvedeného dělení (Mercer, 2004) zajímavé a pozoruhodné období, které je specifické svojí neopakovatelnou dynamikou. V časném poporodním období je žena fyzicky i citově křehká a zranitelná. Bývá to pro ni náročné období, často bývá po porodu velmi unavená, probíhá regenerace jejího

organismu po porodu a spouští se laktace. Matka se mateřství teprve začíná učit, v roli matky se teprve hledá. Nebývá tedy v péči o novorozence zatím většinou příliš zručná. Zároveň je v tyto první tři dny po porodu hormonálně rozkolísaná, zažívá poklesy a vzestupy nálady a rozličné emoce. To vše je významnou skutečností, která může snižovat její sebejistotu v péči o dítě a zvyšovat pochybnosti o sobě samé, jakožto správné matky. Mercer (2004) uvádí, že mateřská identita se neustále vyvíjí a upevňuje tím, jak matka získává nové dovednosti. Tím, že matka zvládá další výzvy v péči o dítě, se neustále zvyšuje její důvěra v sebe sama a ve své mateřské schopnosti. A platí to i naopak. To, jak matka vnímá svůj vztah a svoje city k dítěti, jsou důležitými aspekty, které ovlivňují její citlivost na signály dítěte (George a Solomon, 2008).

Podle našich zkušeností ze získávání rozhovorů byly všechny matky bez rozdílu pyšné na to, že porodily. Mísilo se v nich štěstí, úleva, hrdost, dojetí. Konečně se stalo skutečností to, na co devět měsíců více či méně trpělivě, s obavami, s očekáváním čekaly. Konečně měly zdárně za sebou porod, ze kterého měly obavy. Konečně držely v náruči dítě, o kterém dlouhou dobu snily. Celé těhotenství přemýšlely, jak asi bude vypadat, jestli bude plakat nebo bude hodné. Jestli bude vlasaté nebo bez vlásků. Jestli je ony dokáží nakojit, vykoupat a přebalit. Jestli je budou schopné milovat bez hranic. Všechny matky byly prvorodičky, většina z nich nikdy tak malé dítě, jako je teď to jejich, v rukou nedržela. Myslíme si, že jsme měli to štěstí a setkali jsme se při našem výzkumu se ženami, ze kterých budou dobré matky. To, že si právě teď, ve chvíli našeho rozhovoru, byly nejisté v péči o novorozence, že se cítily unavené, neupravené, nevyspalé a necítily se být zcela stoprocentně skvělou matkou, vyplývalo pouze z toho, že jsme je zastihli jeden, dva nebo tři dny po porodu. Myslíme si, že toto zjištění koreluje s výše uvedeným konstatováním Mercer (2004), podle níž je mateřství proces. My jsme matky zastihli ve druhé fázi, kdy si matky na roli matky teprve zvykaly.

Vysoké skóre matky přidělily položce **Mluvím se svým dítětem** (průměr 6,6). Matky se snažily instinktivně ke svému dítěti hovořit, zdálo se jim to přirozené. Některé matky v rozhovorech uváděly, že s dítětem hodně hovořily už během těhotenství, což je podle našeho názoru výborný determinující moment jejich vzájemného

budoucího vztahu. Tento názor nachází oporu i v literatuře (Laxton-Kane a Slade, 2002). Všechny matky bez rozdílu v rozhovorech uvedly, že **cítí své dítě být součástí sebe samotné**. Odpovídající položku MIRF škály ohodnotily nejvyšším možným počtem bodů (průměr 7,0 bodu). Vysokého hodnocení také dosáhly položky **Moje dítě je krásnější, než ostatní děti** (průměr 6,9) a **Moje mateřské pocity jsou velmi silné** (průměr 6,5). To koreluje s naším zjištěním, že se všechny matky účastníci se našeho výzkumu na dítě v těhotenství těšily. Na druhou stranu, dle našeho názoru opět v souladu s výše uvedeným tvrzením autorky Mercer (2004), nejnižší hodnocení přidělily matky položce **Vím, co mé dítě chce** (průměr 4,8 bodu). Z vlastní zkušenosti víme, jak těžké je vcítit se do malého dítěte a jak je těžké pochopit příčinu jeho pláče. Zároveň chápeme, jak náročné je bojovat s vlastní potřebou odpočinku a spánku a zároveň s touhou být dítěti neustále nablízku. Právě duševní boj matek ohledně trávení času s dítětem nebo odpočinkem bez dítěte měla za úkol zpřehlednit položka **Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou**. Tato položka dostala od matek přiděleno průměrně 6,1 bodu. Myslíme si, že u odpovědí na tuto otázku se projevilo, zda je matka pouze jeden den po porodu a nutně si ještě potřebuje odpočinout nebo už je tři dny po porodu, kdy už došlo k její alespoň částečné regeneraci po porodu. K nižšímu hodnocení této položky došlo v případech, když matka byla matka pouhý jeden den po porodu nebo tehdy, pokud vnímala únavu po těžkém vyčerpávajícím porodu. Podle našeho předpokladu získala nízké skóre hodnocení položka **Užívám si kojení** (průměr 5,2). Velkou část rozhovoru totiž většina matek věnovala právě subjektivně vnímaným potížím s kojením. Matky po porodu se obecně a pochopitelně zabývají otázkou kojení. Kojení je významnou sociální aktivitou matky i dítěte, která upevňuje jejich vzájemný vztah a pro dítě je doslova životně důležitá. Je zajímavé, že nejvyšší skóre této položce přidělily matky, které byly teprve krátce po porodu (jeden den). Čím déle po porodu byly (až tři dny), tím nižší bodové skóre přidělovaly. Dle našeho soudu je to tím, že se druhý až třetí den po porodu spouští laktace, matky mají prsy tvrdé, napjaté a bolestivé. Bradavky mají po pokusech o kojení již rozbolavělé, více než první den po porodu, kdy je pocit z kojení přece jen trochu komfortnější.

Podle analýzy výsledků našeho výzkumu konstatujeme, že všechny námi oslovené matky mají pozitivní přístup ke svému mateřství. V souladu s výše uvedenou literaturou je patrné, že jsou v období seznamování a sžívání se s dítětem. Větší či menší problémy vyskytující se v tomto období mají souvislost s pocity nevyspání a únavy po porodu, s tím, že matky řeší rozličné obtíže spojení s kojením novorozence i s tím, že subjektivně vnímají vůči dítěti svoji určitou prozatímní nekompetentnost.

Cíl 2: zjistit, jaký vztah má matka 24 - 72 hodin po porodu ke svému novorozenci

Nejen vztah matky k mateřství, ale i pocity matky vůči novorozenci se vyvíjejí. Vztah k dítěti začíná vznikat už ve chvíli, kdy budoucí matka zjistí, že je těhotná, a dále se vyvíjí po dobu celého těhotenství. Významnou úlohu v tomto procesu hraje fakt, zda je očekávané dítě chtěné či nechtěné, zda se narodí do úplné rodiny a celá řada dalších zdravotních i socioekonomických faktorů budoucí matky i celé rodiny. Svoji roli v kvalitě vztahu matka - dítě má také zdravotní stav matky i dítěte v prvních chvílích po porodu i způsob vedení porodu. Je důležité, zda porod proběhl spontánně či operativně, protože od toho se odvíjí možnosti časného poporodního kontaktu matky s novorozencem. A tento zmíněný časný blízký kontakt hraje naprosto klíčovou úlohu v procesu bondingu - upevňování vztahu - matky a novorozence. Tehdy, v oněch prvních chvílích po porodu, se potvrzuje a utužuje jedinečné pouto mezi matkou a dítětem. Jak uvádí Mrowetz (2011), v tomto časném období „*jsou matka a dítě skvěle a neopakovatelně hormonálně nastaveni na to, aby se do sebe navzájem zamilovali*“. Ideální stav nastane, pokud porod proběhne spontánně, bez zdravotních komplikací na straně matky i na straně dítěte, novorozenec je ihned nahý položen na matčino nahé břicho a tím je bezprostředně umožněno posilování pouta mezi matkou a dítětem. Proces bondingu je velmi důležitý pro zdárnou tvorbu celoživotního vztahu matky a dítěte i pro emocionální a biologický vývoj dítěte. Tato ideální situace nastala pouze u tří matek v našem výzkumu, u ostatních matek proběhl první kontakt mezi nimi a dítětem z rozličných důvodů o něco později po porodu.

Co se týče vnímaných pocitů vůči dítěti, dle analýzy našeho výzkumu matky hodnotily nejvyšším skóre položky **Hřejivé** (průměr 7,0), **Blízké** (průměr 6,8)

a **Příjemné** (průměr 6,7). Tyto výsledky, podle nás opět v souladu s našimi předchozími zjištěními, vypovídají o tom, že všechny námi dotazované matky se na své dítě velmi těšily a přijímaly jeho přítomnost již od narození velmi pozitivně. Matky cítily už od porodu svoji propojenost s novorozencem a snažily se co nejvíce dítě vnímat a co nejlépe je chápat. Naopak nejnižším skóre matky hodnotily položky **Jistota** (průměr 5,1), **Snadné** (průměr 5,6) a **Důvěra** (průměr 5,7). Tyto závěry jsou podle našeho názoru v souladu s výše uvedeným tvrzením (Mercer 2004), že mateřství i péče o dítě je proces, který je třeba se učit, a v prvních společně strávených hodinách a dnech po porodu nejsou zkušenosti a dovednosti matek ještě příliš rozvinuté. Pocity nejistoty popisovaly matky, které rodily spontánně, které rodily císařským řezem, i matky, které se subjektivně cítily po porodu vyčerpané. Pocity nejistoty příliš nesouvisely ani s věkem, ani s nejvyšším dosaženým vzděláním, byly patrné napříč dotazovanou skupinou. Všechny matky vnímající nejistotu ve svém vztahu k novorozenci si také příliš nedůvěřovaly, že jsou momentálně fyzicky schopné se o novorozence postarat, a cítily se v tomto ohledu méně zručné. V nevýhodě jsou podle našeho názoru spíše matky, které porodily císařským řezem, nebo ty, které byly po těžkém dlouhotrvajícím porodu. Tyto matky si potřebují kvalitněji odpočinout, matky po sekci jsou omezeně pohyblivé, mají bolesti v operační ráně a obtížněji zaujmají polohu při kojení dítěte. Přes určitou nedůvěru ve svoje schopnosti postarat se o dítě matky vnímaly vztah k dítěti za **stabilní** (průměr 6,6).

Polovina matek spontánně vyjádřila názor, že jsou rády za možnost společné hospitalizace na pokoji rooming-in. Některé z matek v prvních dnech po porodu uvítaly možnost, když si mohli novorozence na chvíli odnést zdravotníci nebo otec dítěte a vzít si jej na starost. Mohly pak v klidu odpočívat, prospat se a nabrat síly. Přesto ale i tyto matky nesnesly nepřítomnost dítěte příliš dlouho a toužily po jeho přítomnosti. Matky také mohly pociťovat výčitky svědomí, že by si raději přály odpočinout si o samotě. Všechny matky v námi dotazované skupině cítily ke svému novorozenému dítěti silnou náklonnost.

Srovnání analýzy výsledků Thorstenson et al. (2012) s analýzou výsledků našeho výzkumu

Náš výzkum inspirovala práce švédských vědců (Thorstenson et al., 2012), kteří se pokusili zobjektivizovat rodící se vztah matka - dítě v prvních třech dnech po porodu pomocí škály MIRF. Vědci na základě analýzy rozhovorů s matkami a jimi vyplněných položek MIRF škály následovně rozdělili dotazované matky do čtyř skupin. Do **první skupiny** zařadili matky, jejichž pocity první tři dny po porodu by se daly shrnout jako „**přirozené a nádherné, zároveň smíšené.**“ Tyto matky popisovaly emocionální chaos a protichůdné pocity. Podle jejich sdělení je narození jejich dítěte ta nejlepší věc na světě, která je mohla potkat. Matky hovořily o silných pocitech lásky a štěstí, ale zároveň v rozhovorech uváděly i nejistotu a určitou nervozitu ve vztahu k dítěti. **Druhou skupinu** nazvali vědci „**mateřský instinkt a příbuzenství**“. Tato kategorie matek se podle nich vyznačovala pocity propojenosti s dítětem. Z toho důvodu měly matky instinktivně pocit, že dítě musí chránit a pečovat o ně a že pro to musí udělat vše i za cenu zanedbávání vlastních potřeb. Tyto pocity mohly matce zabraňovat nechávat dítě dokonce i v péči jejich vlastního otce. Matky popisovaly svoje mateřské pocity jako velmi silné a intenzivně vnímaly novorozence jako součást sebe sama. **Třetí skupinu** charakterizovaly matky v kategorii, kterou výzkumníci souhrnně nazvali „**schopnost a očekávání**“. Pro tyto matky bylo velmi důležité, zda jsou schopny se plnohodnotně postarat o dítě. Zakládaly na tom svoji představu o sobě samé jako o schopné matce. Pokud se jim něco nedařilo a stále vše nefungovalo ideálně, měly např. problém s kojením, byly znepokojené. Naopak, když se jejich schopnost postarat se o novorozence zlepšila, byly si okamžitě jistější a cítily se spokojeněji. Čím lépe rozuměly dítěti a čím se o něho dokázaly lépe postarat, tím se ve vztahu k němu cítily bezpečněji a jistěji. **Čtvrtá skupina** byla popsána jako „**matky vnímající pocit neskutečna**“. Tyto matky měly i po dvou dnech po porodu pocity nereálnosti toho, že je již jejich dítě na světě. Bylo pro ně těžké vstřebat pocit, že již mají vlastní dítě, že si je odnesou z porodnice domů a ono tam bude s nimi již napořád.

Analýzou rozhovorů a údajů MIRF škály jsme v našem výzkumu zjistili, že můžeme námi dotazované matky rozdělit podle míry ztotožnění se s mateřstvím

a vztahu k dítěti také do čtyř skupin. Pouze ve stručnosti shrneme námi získaná fakta. Do **skupiny první** jsme zařadili matky, pro něž je mateřství přirozená a samozřejmá role v životě, pojmenovali jsme tuto skupinu jako „**vyrovnané matky**“. S mateřstvím se sžívají bez větších obtíží, nemají po porodu problémy fyzického rázu, jež by jim péči o dítě ztěžovaly. Mají potřebu o své dítě pečovat samy, jsou si v této péči sebejisté a plně si důvěřují, že mateřství zvládají. Cítí velmi silné mateřské pocity, jejich dítě se jim zdá jedinečné a nádherné a matky cítí potěšení z jeho společnosti. Do **druhé skupiny** jsme zařadili matky, které v rozhovorech popisují v prvních dnech po porodu citový a emocionální zmátek. Souhrnně jsme tuto skupinu matek pojmenovali jako „**matky pocitující emocionální zmátek**“. Matky z této skupiny hovoří o silných pocitech štěstí a lásky vůči dítěti, ale zároveň verbalizují stavy velké únavy, zodpovědnosti a nejistoty až paniky z toho, jak mohou péči o dítě zvládnout. Nicméně samy od sebe očekávají, že si novou roli matky nakonec dobře osvojí a zvládnou. Svoje dítě podle svých slov velmi milují a péči o ně zvládají i na úkor svých potřeb. **Třetí skupina** matek také vnímá mateřství jako naplňující, přesto však jistým způsobem jako nesnadné. Nazvaly jsme tuto skupinu matek jako „**nejisté matky**“. Do této skupiny jsme zařadili matky, které se cítí po porodu velmi unavené a necítí se na samostatnou péči o dítě. Také v interpretaci projevů dítěte jsou si velmi nejisté. Ačkoli hodnotí své mateřské pocity jako silné, nemají v současné chvíli potřebu, nebo spíše energii, mít dítě neustále ve své blízkosti. Do **čtvrté skupiny** jsme zařadili matku s rozporuplnými pocity, jež si na mateřství zatím nezvykla. Tuto skupinu jsme popsali jako „**vystrašená matka**“. S dítětem se sice snaží hodně hovořit a velmi se jí líbí, ale zároveň svoje mateřské pocity tato matka hodnotí jako slabší. V péči o dítě si podle svých slov není jistá a projevům dítěte nerozumí. Mateřství je pro ni zatím velkou neznámou. Její nejistota se projevila více v hodnocení položek MIRF, které hodnotila poměrně nízkým bodovým skóre, než v úvodních rozhovorech.

V některých zjištěních se výsledky našeho výzkumu s výsledky výzkumu Thorstensson et al. (2012) shodují. Do první skupiny „**přirozené a nádherné, zároveň smíšené**“. Thorstensson et al. (2012) zahrnuli matky, které vnímají ke svému mateřství a ve vztahu k novorozenci ambivalentní pocity shodně jako matky námi zařazené

do druhé skupiny „**matky pociťující emocionální zmatek**“. Naše výzkumné závěry se víceméně shodují také v interpretaci čtvrtých skupin matek, které zatím neumějí zcela převzít svoji zodpovědnost za své dítě. Ve výzkumu ji Thorstensson et al. (2012) pojmenoval „**matky vnímající pocit neskutečna**“, my jsme ji pojmenovali jako „**vystrašená matka**“. Mohli bychom najít určitou podobnost i mezi skupinami „**materšský instinkt a příbuzenství**“ (Thorstensson et al. 2012) a „**vyrovnanými matkami**“ z našeho výzkumu. Obě tyto skupiny vnímají velmi silně své mateřské pocity a cítí velké potěšení ze společnosti svého novorozence. V obou skupinách se také shodně objevilo prohlášení matek, že jsou připraveny udělat všechno pro to, aby své dítě ochránily. U matek ze švédského výzkumu oproti našemu byla uváděna ovšem silnější slova ve smyslu, že by matky mohly pro své dítě i někoho jiného zabít, pokud by vycítily dostatečné ohrožení. Také vnímaly nerozlučnost sebe a dítěte natolik, že byly stresovány i v případech, kdy by je měli někam pustit samotné, dokonce i s jejich vlastním otcem. U matek v našem výzkumu nebyl tolik výrazně patrný ten snad až hystericky popsaný vztah. Své láskyplné a silné pocity vůči svému dítěti české matky vyjadřovaly umírněnějšími projevy. Naše interpretace a analýza rozhovorů se oproti švédskému výzkumu (Thorstensson et al., 2012) liší v posledních vytvořených skupinách. Thorstensson et al. (2012) v analýze rozhovorů upřednostnil definování skupiny matek, kterou pro jejich charakteristiky nazval „**schopnost a očekávání**“. Tyto matky byly tím více spokojené v roli matky, čím lépe byly schopny porozumět projevům dítěte a uspokojit jeho potřeby. S takto odpovídající matkou jsme se v naší skupině dotazovaných matek nesetkali. Naopak jsme v našem výzkumném souboru získali údaje od matek, které jsme mohli popsat jako „**nejisté matky**“. V této skupině dominovala únava a nedůvěra ve své momentální mateřské schopnosti. Matky rády využily k pomoci v péči o novorozence třetí osobu - otce nebo zdravotnický personál. Byly se svou současnou zdravotní indispozicí smířené a věřily, že péči o dítě zvládnou lépe, jakmile se jejich zdravotní stavlepší.

Ve většině závěrů se naše analýza rozhovorů s výsledky Thorstensson et al. (2012) shoduje, v některých úsudcích se naopak mírně rozchází. Možné vysvětlení je ve způsobu porozumění matkám a interpretace rozhovorů. Jako další možný důvod

bychom se domnívali, že naše studie i studie Thorstensson et al. (2012) byla realizována rozhovory pouze s deseti matkami. Výzkum byl pojatý jako kvalitativní studie a pro objektivnější výsledky bychom navrhovali tento výzkum uskutečnit v širším měřítku. Bylo by jistě zajímavé obměňovat výzkumný vzorek matek podle místa jejich bydliště, věku, úrovně vzdělání či způsobu porodu. Důležitým aspektem je jistě i sociální prostředí, ze kterého matka pochází, úroveň jejího finančního zabezpečení, přítomnost či nepřítomnost otce v rodině atd.

Podle našich zkušeností z rozhovorů s matkami můžeme konstatovat, že byly více orientovány na sebe a na své problémy, když odpovídaly na otevřené otázky. Nejčastěji hovořily o potížích ohledně kojení a silné únavy. Často hovořily také o pocitech nejistoty při zacházení s dítětem. Byly zaměřené více na sebe a své pocity a problémy. Na rozdíl od chvíle, kdy vyplňovaly matky MIRF škálu. Tehdy se zaměřily více na dítě a své pocity vůči němu. Matky si lépe uvědomily jednotlivé aspekty svého vztahu k dítěti, škála jim pomohla lépe si jednotlivé oblasti identifikovat. Z tohoto důvodu vnímáme použití MIRF škály za přínosné. V tomto se naše zkušenosti shodují se zkušenostmi analýzy vědců Thorstensson et al. (2012). Tito vědci také následně ve svém dalším výzkumu prokázali, že použít MIRF škálu lze univerzálněji, když zkoumali vztah matka - dítě tři měsíce po porodu (Thorstensson et al., 2014).

Doporučení pro praxi

- Záměrem současného ošetřovatelství je pohlížet na člověka jako na holistickou bytost. Posuzovat jej nejen z pohledu fyzického, ale také psychického, sociálního i duchovního. Zdravotníci mohou sehrát velmi důležitou roli v podpoře zdraví matek, dětí i celých rodin.
- Zdravotník pečující o matku po porodu by podle tohoto pohledu neměl plnit pouze funkci ošetřovatelskou, ale měl by mít dobré znalosti o fyziologii a dynamice časného poporodního období s ohledem na psychiku matky a jí prožívaných emocí. Měl by umět s matkou vhodně komunikovat a umět pracovat s jejími emocemi.

- Pro zdravotníky je důležité mít citlivý přístup k nejistým matkám, povzbuzovat je v péči o dítě, umět s nimi hovořit o měnících se pocitech v průběhu času a podporovat je v rozvoji jejich kompetencí v péči o novorozence.
- Matka potřebuje vedle praktických rad, jak se postarat o dítě, především podporu. Potřebuje pochválit a podněcovat sebedůvěru, ne jen poučovat a kritizovat, protože se cítí nejistá v tom, co dělá.
- Je potřeba, aby byl zdravotník schopen aktivně předvídat možné problémy, jež se v časném poporodním období vyskytují, a měl by být schopen tyto problémy umět úspěšně řešit.
- Výsledky této studie ukázaly, že v jednotlivých položkách MIRF škály se odráží důležité aspekty pocitů prvorodiček několik dní po porodu vůči mateřství i dítěti samotnému.
- Škála MIRF by mohla být prakticky využitelná při rutinní péči o matky a jejich děti, kdy můžeme s její pomocí zkvalitnit podporu matek v jejich interakci s novorozencem a tím účinně zvyšovat citlivost matek vůči jeho projevům.

Závěr

Cílem výzkumu v této diplomové práci bylo zmapovat, jaký mají prvorodičky pocit ze své nové sociální role - role matky a jaký mají vztah ke svému novorozenci v prvních dnech po porodu. Abychom tento cíl naplnili, provedli jsme výzkum analýzou polostrukturovaných rozhovorů s deseti matkami v prvních třech dnech po porodu a současně analýzou jimi vyplněných položek dotazníku MIRF škály.

V našem výzkumu se nám potvrdil názor podpořený literaturou, že matky se v tomto časném poporodním období teprve sžívají se svojí novou sociální rolí matky, poznávají svého novorozence, učí se správně interpretovat jeho projevy a uspokojovat jeho potřeby. V tomto období se ve velké míře projevuje nejistota matek v péči o novorozence z důvodu velké únavy matek, prvotních problémů s kojením či chybné interpretace projevů dítěte matkou.

Podle našich zkušeností z rozhovorů s matkami můžeme konstatovat, že v případě, kdy matky odpovídaly v polostrukturovaném rozhovoru na naše otázky, byly tehdy více orientovány na sebe a na své pocity a problémy. Když ovšem následně vyplňovaly matky MIRF škálu, situace se změnila. Matky se zaměřily více na dítě a na své konkrétní pocity vůči němu. Matky si pomocí vyplnění položek MIFR škály mohly lépe uvědomit jednotlivé aspekty svého vztahu k dítěti, MIRF škála jim pomohla lépe si jednotlivé oblasti identifikovat. Z tohoto důvodu vnímáme použití MIRF škály za přínosné.

Škála MIRF by mohla být prakticky využitelná při rutinní péči o matky a jejich děti, kdy můžeme s její pomocí zkvalitnit podporu matek v jejich interakci s novorozencem a tím účinně zvyšovat citlivost matek vůči jeho projevům.

Seznam literárních zdrojů

AQUIAR, H., SILVA, A. I. 2011. Breastfeeding: the importance of intervening. *Acta Med Port.* 2011, **24** (Suppl 4), 889-896.

ALHUSEN, J. L. 2008. A literature update on maternal-fetal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [online]. 2008, **37**(3), 315-328, DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3027206/>.

ANDERZÉN-CARLSSON, A., LAMY Z. C., ERIKSSON, M. 2014. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – part 1: a qualitative systematic review. *Int J Qual Stud Health Well-being* [online]. 2014, **9**(10), DOI: 10.3402/qhw.v9.24906 [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197399/>.

BAŠKOVÁ, M. 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.

BOLEDOVIČOVÁ, M. 2010. *Prostriedky rozvoja a podpory efektívneho dojčenia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010, 103 s. ISBN 798-80-8063-264-9.

BOWLBY, J. 2010. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 360 s. ISBN: 978-80-670-4.

CECCHINI M. et al. 2013. Effects of different types of contingent tactile stimulation on crying, smiling and sleep newborns: an observational study. *Developmental Psychobiology*. 2013, **55**(5), 508-517. DOI: 10.1002/dev.21054.

FEDOR-FREYBERGH, P. G. 2013. *Prenatálne diéta*. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2013, 65 s. ISBN 978-80-88952-74-9.

FOWLES E. R., HOROWITZ J. A. 2006. Clinical Assessment of Mothering During Infancy. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing* [online]. 2006, **35**(5), 662-670, DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00090.x> [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)34416-6/fulltext#s0090](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)34416-6/fulltext#s0090).

GASKIN, I. M. 2010. *Zázrak porodu*. 1. vyd. Doubice: One Woman Press, 2010, 475 s. ISBN 978-80-86356-48-8.

GASKIN, I. M. 2011. *Průvodce kojením*. 1. vyd. Praha: Argo, 2011, 342 s. ISBN 978-80-257-0483-7.

GEORGE, C., SOLOMON, J. 2008. Attachment and caregiving: the caregiver behavioural system. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Application* [online]. 649-670 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/232541328_Attachment_and_caregiving_The_caregiving_behavioral_system.

GRAVEN, S. N., BROWN J. V. 2008. Sensory Development in the Fetus, Neonate, and Infant: Introduction and Overview. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2008, **8**(4), 169-172, DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2008.10.007>.

GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M. ml. 2013. *Čekáme děťátko*. 2. vyd. Praha: Grada, 2013, 373 s. ISBN: 978-80-247-3781-2.

GROVER, S., AVASTHI A. 2015. Mood stabilizers in pregnancy and lactation. *Indian J Psychiatry* [online]. 2015, **57** (Suppl 2), 308-323, DOI: 10.4103/0019-5545.161498

[cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539876/>.

GUILLAUME, S. et al. 2013. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics* [online]. 2013, **13**(18), DOI: 10.1186/1471-2431-13-18 [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568058/>.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2007, 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

CHAMBERLAIN, D. B. 2014. *Pohled do mateřského lůna. Vědomé dítě od početí ke zrození*. 1. vyd., Praha: Tisk Pětka, 2014. ISBN 978-80-905766-5-0.

CHAN, R. L. et al. 2011. Maternal Influences on Nausea and Vomiting in Early Pregnancy. *Matern Child Health* [online]. 2011, **15**(1), 122-127, DOI 10.1007/s10995-009-0548-0 [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4182010/>.

JAVORKA, K. a kol. 2014. *Lekárska fyziológia*. 4. vyd. Martin: Osveta, 2014, 769 s. ISBN 978-80-8063-407-0.

KIM, P. et al. 2011. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry* [online]. 2011, **52**(8), 907-915, DOI: 10-1111/j.1469-7610.2011.02406x [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134570/>.

KOUDELKOVÁ, V. 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2013, 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.

LAXTON-KANE, M., SLADE, P. 2002. The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [online]. 2002, **20**(4), 253-266, DOI: 10.1080/0264683021000033174 [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-11380-004>.

LOPÉZ, A. B., LOPÉZ, M. D., LINARES, M. 2015. Emotional state of primigravid women with pregnancy susceptible to prolongation. *Invest Educ Enferm*. 2015, **33**(1), 92-101. ISSN 0120-5307.

MAHLER, M. S., PINE, F., BERGMAN, A. 2006. *Psychologický zrod dítěte*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006, 375 s. ISBN 80-7254-722-4.

MACHÁČKOVÁ, J. 2008. Změna sociální situace rodiny v souvislosti s příchodem dítěte. *Kontakt*. 2008, **10**(1), 68-71. ISSN 1212-4117.

MARINESCU, I. P. et al. Prenatal depression and stress – risk factors for placental pathology and spontaneous abortion. *Rom J Morphol Embryol*. 2014, 55(3 Suppl), 1155-60. ISSN 1220-0522.

MARKOVÁ, M. a kol. 2009. *Komunitní ošetrovatelství pro porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2009, 125 s. ISBN: 978-80-7013-500-6.

MATĚJČEK, Z. 2010. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 8. vyd. Praha: Grada, 2010, 182 s. ISBN 978-80-247-0870-6.

MATĚJČEK, Z. 2015. *Co děti nejvíc potřebují*. 7. vyd. Praha: Portál, 2015, 108 s. ISBN 978-80-262-0853-2.

McFARLAND, J. et al. 2011. Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Arch Womens Ment Health* [online]. 2011, **14**(5), 425-434, DOI: 10.1007/s00737-011-0237-z [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248759/>.

MELTZER-BRODY, S., JONES, I. 2015. Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. *Dialogues Clin Neurosci* [online]. 2015, **17**(2), 207-218, [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4518703/>.

MERCER, R. T. 2004. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 2004, **36**(3), 226–232, DOI: 10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/8222569_Becoming_a_Mother_Versus_Maternal_Role_Attainment.

MOORE, E. R. et al. 2012. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database Syst. Rev.* [online]. 2012, **16**(5), DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3 [cit. 2015-09-15]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3979156/>.

MROWETZ, M. 2011. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.

MROWETZ, M., PEREMSKÁ, M. 2013. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma-chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi*. 2013, **14**(3), 201-204. ISSN 1803-5264.

PAPAGEORGIU, K. A. et al. 2010. Individual differences in newborn visual attention associate with temperament and behavioral difficulties in later childhood. *Scientific*

Reports [online]. 2015, **5**(11264), DOI: 10.1038/srep11264 [cit. 2015-10-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4480143/>.

PAULÍK, K. 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.

PIAGET, J., INHELDEROVÁ, B. 2010. *Psychologie dítěte*. 5. vyd. Praha: Portál, 2010, 144 s. ISBN 978-80-7367-798-5.

RATISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

RUFO, M. 2009. *Pust' mě, ale neopouštěj: utváření zdravé vazby mezi rodiči a dětmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 144 s. ISBN 978-80-7367-616-2.

SACKS, E., KINNEY, M. V. 2015. Respectful maternal and newborn care: building a common agenda. *Reproductive Health* [online]. 2015, **12**(46), DOI: 10.1186/s12978-015-0042-7 [cit. 2015-10-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4460639/>.

SOLTEROVÁ, A. J. 2014. *Moudrost raného dětství: proč důvěřovat miminkům a batolatům a učit se péči o ně od nich samotných*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 292 s. ISBN 978-80-7387-695-1.

STJERNA, S. et al. 2015. Visual fixation in human newborns correlates with extensive white matter networks and predicts long-term neurocognitive development. *The Journal of Neuroscience* [online]. 2015, **35**(12), 4824-4829, DOI: 10.1523/JNEUROSCI.5162-14.2015 [cit. 2015-10-28]. Dostupné z: <http://www.jneurosci.org/content/35/12/4824.long>.

ŠULOVÁ, L. 2010. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2010, 247 s. ISBN 978-80-246-1820-3.

TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L. 2015. *Psychologie v perinatální péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127.

THORSTENSSON, S. et al. 2012. Evaluation of the Mother-to-Infant relation and feeling scale: Interviews with first-time mothers' for feelings and relation to their baby three days after birth. *International Journal of Nursing and Midwifery*. 2012, **4**(1), 8-15. ISSN 2141-2499.

THORSTENSSON, S. et al. 2014. Validating the Mother-to-Infant relation and feelings scale by first-time mothers' descriptions three months after birth. *Journal of Women's Health, Issues & Care*. 2014, **3**(6), DOI: <http://dx.doi.org/10.4172/2325-9795.1000173>.

VAN BAKEL H. J. et al. 2013. Pictorial representation of attachment: measuring the parent-fetus relationship in expectant mothers and fathers. *BMC Pregnancy & Childbirth* [online]. 2013, **13**(138), DOI: 10.1186/1471-2393-13-138 [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3700887/>.

VACHKOVÁ, E., MAREŠ J. 2012. Kvalita života žen v období těhotenství: studie pomocí ohniskových skupin. *Kontakt*. 2012, **14**(3), 286-297. ISSN 1212-4117.

WALSH, J., HEPPER E. G., MARSHALL, B. J. 2014. Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC Pregnancy & Childbirth* [online]. 2014, **14**(383) [cit. 2015-08-13]. DOI: 10.1186/s12884-014-0383-1. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241222/>.

YANG, L. et al. 2015. Serum marker screening during the second trimester for prenatal diagnosis and predicting pregnancy outcome. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao*. 2015, **35**(7), 1059-62, 1072.

YONKERS, A. K., BLACKWELL, A. K., FORRAY, A. 2014. Antidepressant use in pregnant and postpartum women. *Annu Rev Clin Psychol* [online]. 2014, **10**, 369-392, DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153626 [cit. 2015-10-28]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138492/>.

Seznam příloh

- Příloha 1 Pozvánka OPTIMISE 2014 Conference
- Příloha 2 Program OPTIMISE 2014 Conference
- Příloha 3 Poster s upoutávkou MIRF škály
- Příloha 4 MIRF škála - originální verze v anglickém jazyce
- Příloha 5 Abstrakt výzkumu Thorstensson et al. (2012)
- Příloha 6 Souhlas s výzkumem - Rokycanská nemocnice, a.s.
- Příloha 7 Informovaný souhlas s výzkumem - vzor - dotazované matky
- Příloha 8 MIRF škála - verze v českém jazyce (anonymně vyplněná)
- Příloha 9 Deset kroků k podpoře raného kontaktu - bondingu
- Příloha 10 Deset kroků k úspěšnému kojení

Příloha 1 Pozvánka OPTIMISE 2014 Conference



OPTIMISE2014 Conference

Optimising Childbirth across Europe

An interdisciplinary maternity care conference

9th & 10th April 2014 – Vrije Universiteit Brussel (Etterbeek campus), Brussels, Belgium

Presenting the outputs of the successful COST Action IS0907:

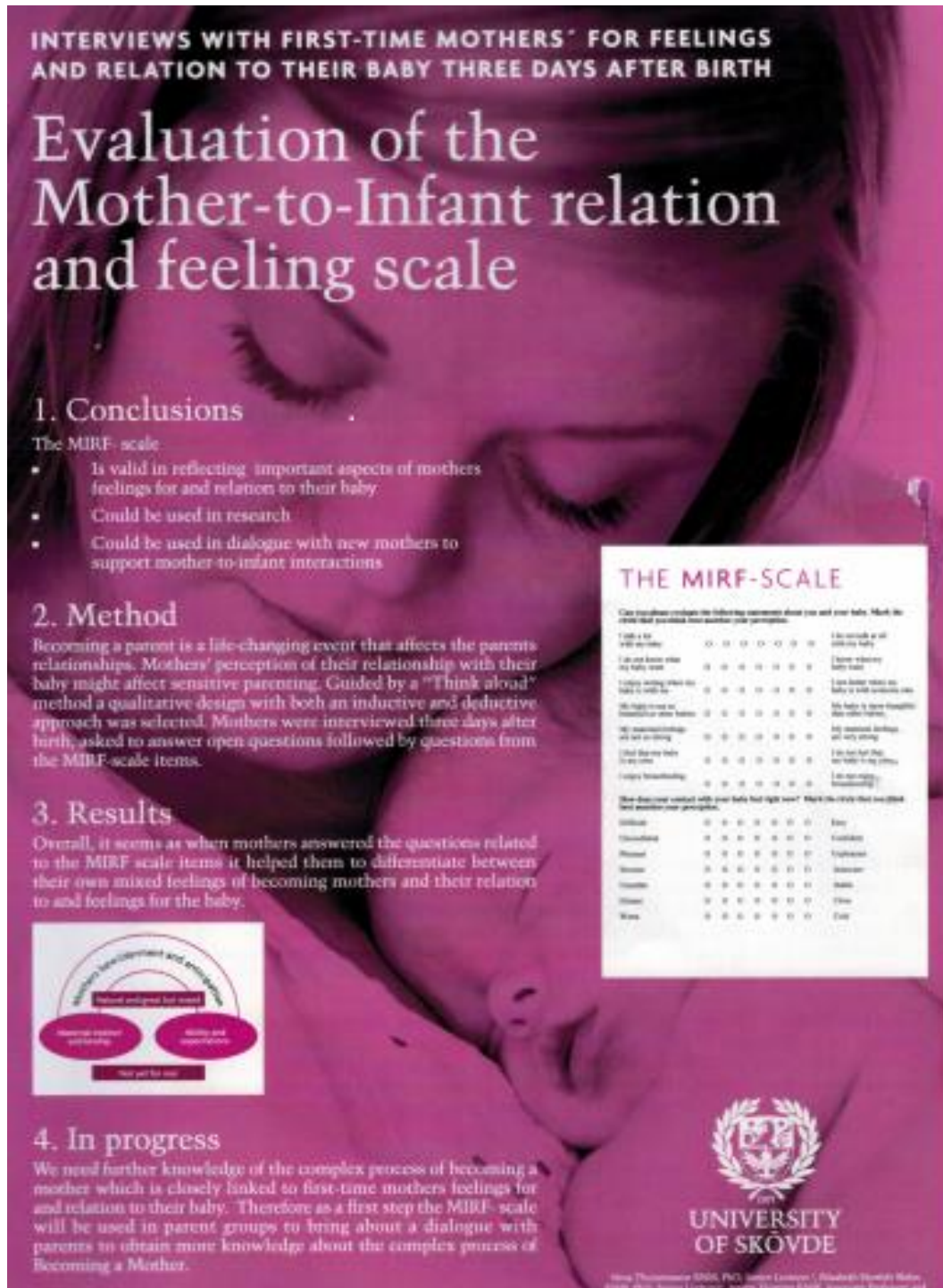
“Childbirth Cultures, Concerns and Consequences: creating a dynamic framework for optimal maternity care”

Zdroj: OPTIMISE 2014 Conference

13:15 – 14:15 PP (2) Poster Presentations Nelson Mandela foyer

Title	Presenters
Participating in CaringPregnancy: The Experience of Group Prenatal Care for Patients, Physicians, and Educators	Ingunn Benediktsson, Suzanne Tough, Siobhan Dolan, Heather Ginez, Heather Kehler, Deborah McNeil
The buddy model: leveraging opportunities and life changing achievements for deprived childbearing families and their (future) caregivers	Hoogeveys Annemarie, Els Goethals
Women's experiences of VBAC: results of a meta-synthesis	Mechthild Gross, Ingela Lundgren, Cecily Begley, Teresa Bondas
Mother-child: Plotting the Maternal Experiences Survey (MES) questionnaire for surviving women's experiences of maternity care in Switzerland	Anis Luyben, Ruth Forster Fink, Sue Bralley, Stefan Fink, Edwin van Teijlingen
Bringing birth back home – the option of a deinstitutionalised birth in Portugal	Mário Santos
A systematic review identifying outcomes to measure the effect of oxytocin used in treating delay in labour	Cecily Begley, Mechthild Gross, Anna Dencker, Carina Bendoorn, Marie Berg, Declan Devereux
Pregnancy Outcomes in Women aged less than 35 years old compared to Women 35 years or older with Pre-eclampsia. A register-based study.	Riitta Lammintaala, Katri Vehviläinen-Julkunen
Midwifery care about women in puerperium in their community as prevent health problems	Eva Lorenzova, Kristina Janouškova, Lucie Kasova
Creating a mindfulness integrated approach to optimize childbirths	Antonella Sansone Southwood
Early skin-to-skin contact among mothers and healthy infants born by cesarean in the operating room	Memberrat Pujol Abajo, Raquel Moreno Iglesias, Anna Rosa Pujol Requena, Enric Genover Llimona
Optimum maternal care must not only be biological but psychological and social and include the father and the unborn	Ana-Regina Rodrigues
Evaluation of the Mother-to-Infant relation and feeling scale: Interviews with first-time mothers' for feelings and relation to their baby three days after birth	Elisabeth Hertfelt Wahn, Sina Thomsdassen, Anette Esaröm, Ann Langius-Eklöf
Caesarean sections and maternal mortality in Sao Paulo	Luis Carlos Machado Junior, Samuel Kildsig
Investigation of the use of thermography for research and clinical applications in pregnant women	Anastasia Topalidou, Soo Downe
Can a clinical screening tool be adapted for use as a measure of wellbeing: Investigating the GHQ-12 in a postpartum population?	Carmen Spiteri, Julie Jameson, Colin R March
Pregnant migrant women in the Czech Republic	Milos Veleminsky, Dominika Průchová
Prenatal and Intrapartal interventions and the outcome of delivery in Czech Republic	Milos Veleminsky, Dominika Průchová
Effect of pelvic floor programme training frequency on perineal outcomes	Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez J, Casado-Mejia R, Suarez-Serrano C.

Příloha 3 Poster s upoutávkou MIRF škály



INTERVIEWS WITH FIRST-TIME MOTHERS' FOR FEELINGS AND RELATION TO THEIR BABY THREE DAYS AFTER BIRTH

Evaluation of the Mother-to-Infant relation and feeling scale

1. Conclusions

The MIRF- scale


- Is valid in reflecting important aspects of mothers feelings for and relation to their baby
- Could be used in research
- Could be used in dialogue with new mothers to support mother-to-infant interactions

2. Method

Becoming a parent is a life-changing event that affects the parents relationships. Mothers' perception of their relationship with their baby might affect sensitive parenting. Guided by a "Think aloud" method a qualitative design with both an inductive and deductive approach was selected. Mothers were interviewed three days after birth, asked to answer open questions followed by questions from the MIRF-scale items.

3. Results

Overall, it seems as when mothers answered the questions related to the MIRF scale items it helped them to differentiate between their own mixed feelings of becoming mothers and their relation to and feelings for the baby.



4. In progress

We need further knowledge of the complex process of becoming a mother which is closely linked to first-time mothers feelings for and relation to their baby. Therefore as a first step the MIRF- scale will be used in parent groups to bring about a dialogue with parents to obtain more knowledge about the complex process of Becoming a Mother.


THE MIRF-SCALE

Can you please compare the following statements about you and your baby. Mark the scale that provides best answer (see paragraphs).

I feel a lot of love for my baby.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	I do not love my baby at all.
I am not happy when my baby cries.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	I enjoy listening to my baby cry.
I enjoy holding my baby in my arms.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	I can better relate to my baby if I hold someone else's baby.
My baby is not an individual person.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	My baby is more than just another human.
My responsibilities are too onerous.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	I do not feel that my baby is my only thing.
I feel I have to do my best.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	I am not sure that my baby is my only thing.
I enjoy breastfeeding.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	I am enjoying breastfeeding.

How do you connect with your baby best right now? Mark the circle that best describes your perception.

Intuitive	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Easy
Thoughtful	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Complex
Present	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Thoughtless
Human	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Non-human
Individual	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Human
Human	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Other
Other	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Other



UNIVERSITY OF SKÖVDE

Anna Thorenstam PhD, PhD, Anna Lundgren, Elisabeth Skerfving, Malin Åberg, Åke, Susan Larkman, Inger, Elisavinda Ekblad, Associate Professors and

Zdroj: OPTIMISE 2014 Conference

THE MIRF-SCALE

Can you please evaluate the following statements about you and your baby. Mark the circle that you think best matches your perception.

I talk a lot with my baby	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	I do not talk at all with my baby
I do not know what my baby want	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	I know what my baby want
I enjoy resting when my baby is with me	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	I rest better when my baby is with someone else
My baby is not as beautiful as other babies	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	My baby is more beautiful than other babies
My maternal feelings are not so strong	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	My maternal feelings are very strong
I feel that my baby is my own	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	I do not feel that my baby is my own
I enjoy breastfeeding	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	I do not enjoy breastfeeding

How does your contact with your baby feel right now? Mark the circle that you think best matches your perception.

Difficult	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Easy
Unconfident	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Confident
Pleasant	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Unpleasant
Secure	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Insecure
Unstable	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Stable
Distant	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Close
Warm	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	Cold

Příloha 5 Abstrakt výzkumu Thorstensson et al. (2012)

Abstract To

OPTIMISING CHILDBIRTH ACROSS EUROPE, 2014, 9-10 APRIL

Evaluation of the Mother-to-Infant relation and feeling scale: Interviews with first-time mothers' for feelings and relation to their baby three days after birth

STINA THORSTENSSON RNM, PHD, SENIOR LECTURER^{1,2}, ELISABETH HERTFELT WAHN RNM, PHD, SENIOR LECTURER², ANETTE EKSTRÖM RNM, ASSOCIATE PROFESSOR², AND ANN LANGIUS-EKLÖF RN, PROFESSOR^{2,3}

¹ School of Life Sciences, University of Skövde, Skövde, Sweden.

² School of Health and Medical Sciences, Örebro University, Örebro, Sweden

³ Department of Neurology, Care Sciences and Society, Division of Nursing, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Introduction: Becoming a parent is a major life-changing event that affects the parents and their relationships in many ways. Mothers' perception of their relationship with their baby might affect sensitive parenting.

Aim: The present study aimed to explore first time mothers' feelings for and their relation to the baby associated with how they responded to the "mother to infant and feelings (MIRF) scale" as a step in the validation process of the scale.

Method: An inductive and deductive approach inspired by the "Think aloud" method guided the study. Ten first-time mothers were interviewed three days after birth, where open questions were used followed by questions directly from the MIRF scale items.

Ethical approval: Approval was received from the Regional Ethics Committee before data collection started.

Findings: The first time mothers' descriptions were conceptualized as one main category: New mothers bewilderment and anticipation which contained four categories; Natural and great but mixed, Maternal instinct and kinship, Ability and expectations and Not yet for real. When mothers responded to MIRF scale items they describe talking to their baby which they did not in their open answers. Answering the MIRF scale helped mothers in differentiating between their own mixed feelings of becoming mothers and their relation to and feelings for the baby.

Conclusion: The MIRF scale appears valid in reflecting important aspects of first-time mothers' feelings for and relation to their baby. The fact that mothers struggle in their new role was also evident in their answers and could be understood as one important aspect of their perception of feelings for and relation to their baby. The MIRF scale could be used in research and when evaluating care routines. The MIRF scale items could also be used in dialogue with new mothers to support mother-to-infant interactions.

Thorstensson S, Hertfelt Wahn E, Ekström A, and Langius-Eklöf A. Evaluation of the Mother-to-Infant relation and feeling scale: Interviews with first-time mothers' for feelings and relation to their baby three days after birth. *International Journal of Nursing and Midwifery*. Vol 4(1), pp 8-15, January 2012. <http://www.academicjournals.org/ijnm/PDF/pdf/2012/Jan/Thorstensson%20et%20al.pdf>

E-mail: elisabeth.hertfelt.wahn@his.se stina.thorstensson@his.se anette.ekstrom@his.se

Zdroj: OPTIMISE 2014 Conference

Příloha 6 Souhlas s výzkumem - Rokycanská nemocnice, a.s.

Rokycanská nemocnice, a.s.

K rukám vrchní sestry p. Marcely Krupičkové

Voldušská 750

337 22 Rokycany

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Dobrý den,

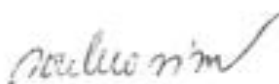
Jmenuji se Bc. Jana Chovancová. Jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského programu v oboru „Ošetrovatelství v pediatrii“, který studuji v rámci Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V současných dnech zpracovávám svoji diplomovou práci na téma „Hodnocení vztahu matka – dítě v prvních dnech po porodu“.


Chtěla bych Vás touto cestou požádat o svolení k provedení mého výzkumného šetření na Gynekologicko – porodnickém oddělení Rokycanské nemocnice, a.s., kde bych ráda zrealizovala rozhovory v deseti matkách. Garantuji, že k matkám budu přistupovat citlivě a s úctou a nijak nenaruším běžný chod oddělení. Zároveň je samozřejmé, že výsledky mého výzkumu budou zcela anonymní. Pokud budete mít zájem, s výsledky výzkumu Vás ráda seznámím.

Za kladné vyřízení mojí žádosti Vám děkuji.


Bc. Jana Chovancová

V Pízní dne 29.11.2015




MARCOVA Alena
VRCHNÍ SESTRA
GYNEKOL. ODD.



Zdroj: vlastní

Příloha 7 Informovaný souhlas s výzkumem - vzor - dotazované matky

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Dobrý den,

Jmenuji se Bc. Jana Chovancová. Jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského programu v oboru „Ošetrovatelství v pediatrii“, který studuji v rámci Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V současných dnech zpracovávám svoji diplomovou práci na téma „Hodnocení vztahu matka – dítě v prvních dnech po porodu“ a na Vás se obracím s prosbou o účast ve výzkumu, který je pro tuto diplomovou práci podkladem.

Pokud budete souhlasit, ráda bych si vyslechla Váš příběh o narození Vašeho dítěte a popovídala si s Vámi o Vašich pocitech z toho, že jste se stala matkou a následně Vás požádala o vyplnění položek MIRF škály, která má za úkol objektivizovat vztah matka – dítě. Garantuji, že k Vám budu přistupovat citlivě a s úctou a nebudu zasahovat do Vašeho sžívání se s dítětem. Rozhovor si nahraji na diktafon a jeho převedení do písemné podoby hlasový záznam znehodnotím. Kdykoli můžete bez udání důvodu rozhovor přerušit či ukončit. Celý proces rozhovoru a následného vyplnění škály by neměl přesáhnout 25-30 minut a maou zjištění údaje budou samozřejmě zpracovány s plným zaručením Vaší anonymity.

Budu velmi ráda, pokud budete ochotna se mého výzkumu zúčastnit. Kdybyste měla jakékoliv otázky k výzkumu, jeho průběhu či k mé osobě, prosím, kontaktujte mě, ráda Vám na všechno odpovím. Můj email je chovancovaj@centrum.cz, telefon 732 847 987.



Děkuji Vám za spolupráci, Bc. Jana Chovancová

V Rokycanech dne 4.12.2015

Zdroj: vlastní

Příloha 8 MIRF škála - verze v českém jazyce (anonymně vyplněná)

MIRF škála

Můžete, prosím, vyhodnotit následující prohlášení o Vás a Vašem dítěti? Jak vnímáte své mateřství? Prosím, označte křížkem ten kroužek, který nejvíce blíží Vašemu vnímání odpovědi.

Mluvím hodně se svým dítětem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nemluvím vůbec se svým dítětem
Nevím, co moje dítě chce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vím, co mé dítě chce
Užívám si odpočinku, když je moje dítě se mnou	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lépe si odpočínu, když je mé dítě s někým jiným
Moje dítě není tak krásné, jako ostatní děti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Moje dítě je krásnější, než ostatní děti
Moje mateřské pocity nejsou příliš silné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Moje mateřské pocity jsou velmi silné
Cítím, že je dítě součástí mne samotné	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Necítím, že je dítě součástí mne samotné
Užívám si kojení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neužívám si kojení

Jak právě teď, v tuto chvíli, vnímáte kontakt se svým dítětem? Prosím, označte křížkem ten kroužek, který nejvíce blíží Vašemu vnímání odpovědi.

Obtížné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Snadné
Nedůvěra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Důvěra
Příjemné	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nepříjemné
Jistota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nejistota
Nestabilní	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stabilní
Vzdálené	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Blízké
Hřejivé	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chladné

Zdroj: vlastní

10 kroků k podpoře raného kontaktu

1. Položení nahého novorozence na nahé břicho matky bezprostředně po porodu – vertikálně...

- Při porodu sekcí se přikládá nahý novorozenec na hrudník matky pod prsa – horizontálně, vhodné je snížení operačního pole pod prsa matky, novorozence dle potřeby přidržuje další osoba - otec, ev. zdravotník tak, aby novorozenec mohl efektivně hledat bradavku a mohl se přisát
- Osušení novorozence na těle matky, zabalení novorozence a matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek
- Odložené přerušení pupečnicku po jeho dotepání kvůli zajištění dostatečné placentární transfuze

2. Všechna vyšetření a základní ošetření novorozence provádět na těle matky

- Hodnocení Apgar skóre
- Podvázání a přerušení pupečnicku
- Ev. označení novorozence identifikačním náramkem

3. Umožnění a podpora vizuálního kontaktu – pohled z očí do očí matky a novorozence

- Podložení hlavy matky, pokud leží na zádech, doporučení rozepínací košile (např. jednorázová porodní košíkka Bondtriko Zero) či upravení látky pod krkem pro zajištění matčina výhledu
- Pokud novorozenec musí být v inkubátoru, pak ideálně zajistíme pobyt v jedné místnosti, vizuální kontakt může částečně nahradit videozáznam, fotografie a nejlépe přímý přenos webkamerou

4. Samopřisátí – tzv. breast crawl

- Novorozenci a matce necháváme dostatečný čas na seznámení kůže na kůži
- 30-60 minut trvá, než je dítě připravené k prvnímu samopřisátí
- Po medikovaných porodech i císařském řezu může být tato doba i mnohem delší, v řádu hodin
- Novorozence necháváme se k prsu doplazít a samotného najít bradavku všemi smysly - zrakem, hmatem, sluchem, čichem, chutí
- Novorozenci neutíráme ručky od plodové vody (plodová voda voní jako bradavka)
- Známký připravenosti sát: dítě si strká pěstičky do úst, sliní, otevírá ústa, rukou ohmatává dvorec a bradavku, čímž připravuje bradavku ke kojení, má široce otevřené oči
- Ideální je „bezdotyková“ forma pomoci, můžeme matce umožnit pohodlnější polohu, ukázat jí, jak podepřít prs, a slovně poradit

5. Matka a novorozenec jsou v kontaktu

„skin to skin“ – kůže na kůži

- Podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2 hodiny po porodu, ideálně však 12 hodin či stále, matka s novorozencem se přesouvá z porodního sálu na oddělení šestinedělí společně v kontaktu kůže na kůži
- Při porodu císařským řezem může matku zastoupit na nezbytně dlouhou dobu otec (při dokončování operace a přemisťování matky na lůžko), bakterie otce jsou pro dítě přirozené a přínosné na rozdíl od bakterií ošetřujícího personálu

6. Zajištění příjemného, klidného, vldného a intimního prostředí ze strany zdravotnického personálu a zajištění pohodlí pro matku

- Samostatné porodní pokoje, kde může být celá nová rodina pohromadě
- Pohodlná postel, křeslo, polštáře, teplá deka
- K rodině vchází co nejméně personálu a nevyrušují je v seznamování

7. Eliminace techniky – fotoaparátů, videokamer, mobilních telefonů

- Tento jedinečný okamžik žádné fotografie ani videozáznam nenahradí
- Novou rodinu může ev. vyfotit přítomný pracovník

8. Veškerá vyšetření novorozence, odběry biologického materiálu, vizity apod. provádět za přítomnosti matky

- Vyšetření a odběry je vhodné provádět v náruči matky, při kojení a v kontaktu kůže na kůži (eliminace vyplavování kortizolu)

9. Transport do jiného zařízení

- Při nutnosti transportu novorozence je nutné podpořit matku a transportovat matku i novorozence dohromady dle jejich stavu ideálně v tělesném kontaktu, tj. v jednom sanitním vozu, a zajistit příjem matky spolu s novorozencem na nové oddělení
- Při nutnosti transportovat matku je potřeba s ní přeložit i novorozence, dle jejich stavu ideálně v tělesném kontaktu

10. Při porodu mrtvého dítěte či úmrtí dítěte po porodu podpořit matku v kontaktu s jejím novorozencem

- Matce a rodině musí být umožněno rozloučení se s dítětem - podpoření a zajištění místa (zákon) - podpoření kontaktu kůže na kůži, zajištění památky na dítě (podpořit rodiče v otřštění ruky či nohy), podpořit rodiče v prohlédnutí si dítěte, vyfotit rodinu s dítětem
- Matka a rodina mají k truchlení neomezený čas (etika), informovat o možnosti psychologické či spirituální podpory (psycholog, kněz, podpůrné organizace rodičů)

Příloha 10 Deset kroků k úspěšnému kojení

DESET

KROKŮ



K ÚSPĚŠNÉMU KOJENÍ

Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo:

- 1** mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
- 2** školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
- 3** informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
- 4** umožnit matkám zahájit kojení do jedné hodiny po porodu
- 5** ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
- 6** nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
- 7** praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
- 8** podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
- 9** nedávat kojícím novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
- 10** povzbuzovat zakládání podpůrných skupin kojících matek pro podporu kojení



Podporováno Ministerstvem zdravotnictví ČR

Zdroj: internetové stránky: Laktační liga