

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra Psychologie



VAZBA MATKA – DÍTĚ PO DVOU LETECH

The mother – baby bond after two years

Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Bc. Lada Zátopková

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Alena Plháková, CSc.

Olomouc

2015

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce *Prof. PhDr. Aleně Plhákové, Csc* za cenné rady, připomínky a poznámky a za vstřícný, ochotný a milý přístup.

Také bych ráda poděkovala klinické psycholožce *Mgr. Michaela Mrowetz* za ochotu a odbornou konzultaci k tématu podpory bondingu.

Dále pak moc děkuji ženám, kamarádkám, maminkám, které se se mnou podělily o své intimní vzpomínky na nejdůležitější okamžiky svého života.

V neposlední řadě děkuji své rodině, především svému muži a našim dětem za neuvěřitelnou trpělivost, podporu a lásku.

Prohlášení

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

Místopřísežně prohlašuji,

že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Vazba matka – dítě po dvou letech*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 25. března 2015

.....

Bc. Bc. Lada Zátopková

Obsah

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1. RODINA	7
1.1. FUNKCE RODINY	7
1.1.1. Funkce biologickoreprodukční	8
1.1.2. Funkce ekonomickozabezpečovací	8
1.1.3. Funkce socializačně výchovná	10
1.1.4. Funkce emocionální	11
2. RODIČOVSTVÍ	13
3. MATEŘSTVÍ	15
4. TĚHOTENSTVÍ	16
4.1. ZMĚNY PSYCHICKÉ	17
4.2. ZMĚNY FYZICKÉ	17
4.3. ZMĚNY SOCIÁLNÍ	18
5. POROD	21
5.1. V PORODNICI MĚ VYLÉČÍ Z TĚHOTENSTVÍ	21
5.1.1. Podruhé narození	22
5.2. CÍSAŘSKÝ ŘEZ – POROD NA PŘÁNÍ	23
5.3. PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA	26
5.3.1. Posttraumatická stresová porucha po porodu	28
6. VAZBA MATKA - DÍTĚ	29
6.1. TEORIE VAZBY	30
6.1.1. Psychická deprivace a subdeprivace	32
6.1.2. Vazebné chování	34
6.1.3. Separační úzkost	35
6.2. BONDING	37
6.2.1. Přirozený porod	38
6.2.2. Podpora bondingu	40
6.2.2.1. Deset kroků podpory bondingu	40
6.2.2.2. Otec u porodu	43
6.2.2.3. Podpora bondingu po nefyziologickém porodu	44
VÝZKUMNÁ ČÁST	46
7. VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE	46

8. VÝZKUMNÉ OTÁZKY	46
9. METODOLOGICKÝ RÁMEC	46
9.1. TYP VÝZKUMU	46
9.2. METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	47
9.3. METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	47
9.4. ETICKÉ PROBLÉMY A ZPŮSOB JEJICH ŘEŠENÍ	48
10. ZKOUMANÝ SOUBOR	49
11. VÝSLEDKY	50
11.1. ZÁKLADNÍ VÝSTUPY	50
11.2. PODPORA BONDINGU V DESETI KROCÍCH	65
11.3. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ UTVÁŘENÍ VAZBY	67
11.4. ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	70
11.5. DOTAZNÍK INTERPERSONÁLNÍ ORIENTACE FIRO-B	72
12. DISKUZE	76
13. ZÁVĚRY	80
SOUHRN	82
BIBLIOGRAFIE	84
PŘÍLOHY	91

ÚVOD

„U maminky je to nejlepší místečko na celém světě pro toho malounkého. Ale nejen pro malounkého. I pro toho velikého, když pláče a truchlí. Nebo tak, jak matka těší, nikdo jiný na světě těšit nedovede.“

Jan Karafiát

Ohromeně koukám na křišťálový lustr, jakoby z dálky slyším hudbu a slova tanečního mistra: *„Zadejte se prosím“*. Já netančím. Sedím u stolu a mám pocit neskutečnosti. Přece to nemůže být víc než pár let, možná pět šest, kdy u stejného stolu seděla moje maminka a s obavami sledovala mé první taneční krůčky a snad i ona si s úlevou oddechla, tak jako teď já, že taneční nadání je zřejmě dědičné. Dmu se pýchou, při pohledu na téměř osmnáctiletého kudrnatého mladého muže, svého syna, a *mám pocit neskutečnosti*.

Před *pár lety* jsem na stejného klučíka koukala s nemenší pýchou a s podobným pocitem neskutečnosti, a bylo mi nekonečně líto všech ostatních maminek v porodnici, protože bylo tak očividné, že zrovinka já mám to nejkrásnější a nejúžasnější děťátko.

Dnes je mi nekonečně líto všech miminek, jejichž maminky si to nemyslí. A nutí mě to k úvahám o tom, proč tomu tak je. Co všechno ovlivňuje vztah maminky k jejímu dítěti.

Mnohdy slýchám, že se s *tím* teď moc nadělá, že se *dnes* děti zbytečně rozmazlují, že *„to za nás nebylo“*, některé hlasy dokonce hovoří o kultu dítěte.

Každá rodina to má jinak a tak jsem chtěla vědět, jak to bylo s vazbou mezi rodiči a dětmi v té naší. Mám doma pradědečkovy deníky a tak přes ně mohu nahlédnout do dětství mé babičky. Otvírám deník z roku 1924, srpen, 15. pátek (jé, to byl babičce 1 rok), a čtu: *„Pršelo v noci skoro celý den. V Opočně na deváté u zvěrolékaře. Pršelo, jen se prášilo. Venoušek (babiččin starší bratr) spal, když se probudil, šel s nimi naproti, došli až tam. Vzali si Zdeničku (moji babičku). Večer k nám, pěkně svítil měsíc.“* Celý deník je psán velice věcně, kolik snopů navázali, kolik sklidili ječmene,... když se ale pradědeček zmíní o dětech, věcnost se vytrácí a obrovský cit, vztah, vazba, prosakuje přes řádky a má stejnou sílu jako před necelými stolety, v době kdy byl deník ještě nepopsaný a jeho stránky se jen zvolna zaplňovaly. Vypadá to tedy, že laskavá a láskyplná citová vazba se v naší rodině předává z generace na generaci. Krásné dědictví.

Moc bych si přála, aby mě teď někdo zastavil a řekl: *tak pozor, to je přece přirozené, všední, normální!!! Každý miluje své děti!* Dávno vím, že tomu bohužel tak není. Jen stále přesně nevím proč.

Vztahy v původní rodině, determinují do značné míry ty v rodině nové. Dalšími faktory pak jsou průběh těhotenství, pocity bezprostředně po porodu, partnerský vztah nastávajících rodičů, jejich sociální situace...

To mě opět v myšlenkách vrací k mojí babičce. Několik měsíců po mé svatbě se mě zeptala, proč stále ještě nečekáme miminko. Odpověděla jsem jí, že nemáme ani pořádně kde bydlet. Bylo vidět, že jí má slova zamrzela, dokonce mi malinko vyčetla, že *my mladí* musíme mít všechno naplánované, materiálně zajištěné... Bylo mi to líto, protože jsem si vždy babiččina názoru velmi vážila. Jsem sice veskrze spontánní člověk, ale byla jsem si jista, že toto naše rozhodnutí je správné, že tady by spontánnost nebyla namístě. Prošlo pár let, já se stala několikanásobnou maminkou a babička mi náš rozhovor připomněla. Řekla, že se tenkrát mýlila, že je moc dobře, když se děťátko narodí rodičům, kteří si ho přejí, toužebně očekávají a na jeho příchod se pečlivě připravují.

Je mnoho věcí, které denně působí, zkouší a pokouší rodinu, rodinné vztahy a vazby. Rodinné štěstí je křehké. A je proto moudré, ač to zní trochu suchopárně, chovat se velmi zodpovědně.

TEORETICKÁ ČÁST

1. RODINA

„Zdárná rodina je ten nejkrásnější dar Boží. Já bych ji přirovnala k naladěné lyře: každá struna jiný tón, a přece vspolku nejčistší souhlas.“

Božena Němcová

Na otázku „Co je pro Tebe v životě nejdůležitější?“ odpoví většina lidí bez váhání: *rodina*, a přesto definovat ji, není vůbec jednoduché. Hartl a Harlová (2009) ji popisují jako společenskou skupinu spojenou manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí, kdežto Langmeier a Kňourková (1984) definovali rodinu jako biopsychosociální skupinu, tvořenou dvěma členy odlišného pohlaví, bez pokrevních pout, a jejich dětmi, tedy bez nutnosti svazku manželského. Každá rodina je jiná. Každá má jiný recept na štěstí. Pro každou znamená štěstí něco jiného.

1.1. FUNKCE RODINY

Aby mohla rodina fungovat, musí plnit základní funkce. Dle Špaňhelové (2010) jsou to tyto:

- **Biologickoreprodukční**, což znamená, že rodiče mají funkci plodit děti
- **Ekonomickozabezpečovací**, rodina se stará o to, aby byly děti ekonomicky zabezpečené, do té míry, jak je to možné.
- **Socializačně výchovná** – vychovávat děti k tomu, aby uměly fungovat s ostatními dětmi i s dospělými.
- **Emocionální** – emočně zabezpečovat dítě, sdílet s ním jeho pocity, pomáhat mu je vyjadřovat, dávat je najevo a mluvit o nich.

Jedině dostatečným a vyváženým naplňováním všech těchto funkcí může rodina správně fungovat. Zdá se však, že „tím nejdůležitějším kohezivním faktorem rodiny je právě posledně jmenovaná emocionalita. Emocionální funkci v rodině dokáže plně zastávat pouze jedinec (rodič), který je dostatečně zralý, zodpovědný a dokáže vytvořit trvalé citové zázemí pro všechny její ostatní členy. Emocionální jistota je potřebná nejen pro děti, ale také pro dospělé, i když v trochu jiné podobě. Přesto lze v poslední době vysledovat, že v některých kruzích vystupují do popředí spíše faktory hmotné povahy“ (Lovasová, 2006, str. 6).

1.1.1. Funkce biologickoreprodukční

Ačkoliv se často mluví o tom, že hned první funkce rodiny je v naší zemi v ohrožení a že v ČR dlouhodobě klesá porodnost, údaje z ČSÚ se zase tak dramaticky nejeví.

Úhrnná plodnost v letech 1989 – 2012

Úhrnná plodnost Ø na 1 ženu	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2003	2011	2012
	1,87	1,86	1,66	1,28	1,17	1,13	1,18	1,43	1,45

Tabulka 1 Úhrnná plodnost v letech 1989 – 2012, vybrané roky, ČR (průměr na 1 ženu ve věku 15 až 49 let); zdroj ČSÚ

Přesto někteří hovoří přímo o krizi rodiny. „Debata o údajné krizi rodiny probíhá již po desetiletí a výsledky nejsou jednoznačné. Nesporným faktem je výrazný nárůst rozvodovosti a posledních desetiletích“ Zároveň s tím však dle Kellera vzrostla i četnost druhých a třetích sňatků, takže počet lidí, kteří jsou ve středním věku „single¹“ je vcelku nízký. „Za projev ‚krize rodiny‘ však lze považovat spíše to, že manželský svazek ztrácí svoji nadindividuální závaznost a z rodiny se stává jen jakási průchozí instituce, jejíž složení se průběžně a stále rychlejším tempem obměňuje“ (Keller, 2005, str. 29) Keller soudí, že dochází k určité flexibilizaci rodiny. Zároveň však dodává, že v zájmu zachování ekonomické stability dochází k poklesu počtu narozených dětí. „Tento pokles je přinejmenším zčásti důsledkem kalkulace na úrovni domácností“. Pořízení dítěte výrazně snižuje životní úroveň partnerů ze středních a nižších příjmových vrstev. „Ekonomické výhody bezdětnosti jsou velmi lákavé“ (Keller, 2005, str. 31).

1.1.2. Funkce ekonomickozabezpečovací

Funkce ekonomickozabezpečovací, která velmi těsně souvisí s tou předcházející. Mít či nemít dítě? A když, tak kolik dětí si „můžeme dovolit“? Často slyšíme věty typu: „Dítě (dvě děti) jsou nad naše možnosti!“, „Jít teď na mateřskou, tak přijdu o místo“ ... Jsou opravdu ekonomické tlaky na rodinu tak silné, že by se rodina příchodem potomka uvrhla do finančních potíží, nebo se nám jen nechce jít do rizika dočasné finanční nestability, či ztratit určitý životní standart, blahobyt? Dle Kellera se mateřství a péče o děti stává sociálním problémem jednak v důsledku vzrůstající křehkosti rodiny, jednak kvůli znevýhodnění,

¹ **Single** je osoba, která z různých důvodů, ať již dobrovolně či nedobrovolně volí nebo je donucena okolnostmi žít život o samotě, tedy bez partnera. Do této kategorie spadají relativně mladí lidé ve věku 25 až 40 let, kteří se rozhodli žít po delší dobu bez partnera proto, aby mohli rozvíjet jiné než rodinné životní strategie. (WIKIPEDIE, 2014)

které plyne ze strachu o rodinu především vzhledem k možnostem uplatnění žen na trhu práce a budování jejich profesní kariéry. „Prudce narůstá podíl samoživitelek, které řeší problém, jak sloučit mateřství se zaměstnáním. Často jsou odkázány na flexibilní formy práce s omezenou pracovní dobou a nízkým výdělkem“ (Keller, 2005, str. 65)

Milující rodič mnohdy, stojí-li před volbou – mít jedináčka a dopřát mu vše, či dvě, tři děti, ale muset se značně uskrovnit. Redaktoři MF DNES (2008) se pokusili spočítat, kolik stojí dítě od narození do dospělosti. A přišli k ohromujícím číslům:

- Dítě do jednoho roku - roční výdaje: 35 800 až 92 000 Kč (kočárek za 10 000 Kč)
- Dítě od 1 do 5 let - roční výdaje: 56 500 až 63 640 Kč (obecní školka), měsíčně: 4 700 až 5 300 Kč
- Školáci 6 až 11 let - roční výdaje: 61 820 až 66 520 Kč, měsíčně: 5 150 až 5 550 Kč
- Školák 12 až 15 let - roční výdaje: 113 950 až 141 350 Kč, měsíčně: 9 500 až 11 800 Kč
- Student 16 až 19 let - roční výdaje: 126 030 až 173 930 Kč, měsíčně: 10 500 až 14 500 Kč

(MF DNES, 2008)

Pro úplnost je třeba dodat, že průměrná měsíční mzda² činí v současné době 27 200, na tu však nedosáhnou zhruba dvě třetiny zaměstnanců. „Realističtější údaj proto podává takzvaný mzdový medián³. Ten dosáhl ve čtvrtém kvartále loňského roku výše 22 847 korun“ (Hospodářské noviny, 2015). Jak již bylo řečeno, pořízení dítěte výrazně snižuje životní úroveň partnerů ze středních a nižších příjmových vrstev.

Svou roli hraje i rodinná politika státu. Dle Kodyšové (2012) jde o to, aby matky mohly mít děti a nemusely mít strach o své místo. Roli může hrát i vyšší věk prvorodiček. Ženám, které léta budují pozici, reálně hrozí, že mateřskou a následně rodičovskou dovolenou o tuto pozici přijdou. Proto mateřství odkládají a většinou se „spokojí“ s jedním dítětem. „Nyní je ženám, které rodí své první dítě, průměrně 29,7 roku. Když mají ženy děti později, mají jich méně, než když je mají ve dvaceti“ (Brandejská, 2012).

² Průměrná hrubá měsíční mzda je podíl mzdových prostředků (vč. příplatků za přesčas, odměn, náhrad mzdy atd.) připadající na jednoho zaměstnance za měsíc. Nevypovídá tedy o výplatě jednoho konkrétního zaměstnance. (ČSÚ, 2015)

³ Medián představuje hodnotu mzdy zaměstnance uprostřed mzdového rozdělení; to znamená, že polovina hodnot mezd je nižší a druhá polovina je vyšší než medián. (ČSÚ, 2015)

Ekonomickozabezpečovací funkce by neměla převyšovat míru další funkce – emocionální. Neměla by ji zastiňovat. Je to velmi důležité pro další zdravý růst dítěte.

Otázkou financi vs. emocí se ve své studii *“Can’t Buy Me Love”: An Attachment Perspective on Social Support and Money as Psychological Buffers* zabývají také psychologové Mario Mikulincer a Phillip R. Shaver. Mikulincer a Shaver (2008) se dlouhodobě intenzivně věnují studiu teorií attachmentu. Své poznatky shromáždily do knihy *Attachment in Adulthood* (2007), která je systematickým a komplexním přehledem o teorii a výzkumu vazby u dospělých. Do názvu studie si vypůjčili název známé písně skupiny Beatles: *Can’t Buy Me Love*. „Dnes, 44 let po Beatles, kteří nám písní sdělili, že láska se nedá koupit, se zamýšlíme nad tím, jakým způsobem tyto dva zdroje působí proti fyzické a psychické bolesti.“ (Mikulincer & Shaver, 2008, str. 167). Mikulincer a Shaver (2008) tvrdí, že stejně jako se dítě dožaduje pozornosti pláčem, smíchem, natažením ručiček, hledá i dospělý podporu prostřednictvím rozličných strategií (textové zprávy, e-mail, volání přes telefon), které mu zajistí podporu a ochranu. Nedostává-li dítě patřičnou odezvu, tedy nevyslyší-li někdo jeho pláč, neusměje se na něj, nevezme ho do náručí, které se dožaduje, vytvoří si k primární osobě vyhýbavou citovou vazbu, která se pak stává předlohou pro navazování vazeb v dospělosti. Vyhýbaví dospělí, kteří se snaží o potlačení potřeby vazeb a v potlačení bolesti a úzkosti spoléhají se výhradně na sebe, trpí dle četných výzkumů *attachmentu* nedostatkem štěstí a životní spokojenosti, což vyvolává psychické strádání a negativní afektivitu.

1.1.3. Funkce socializačně výchovná

Úkolem rodičů je děti nejen zplodit a živit, ale také vychovat z nich řádné lidi. Měla by je naučit základy společenského chování, zprostředkovat jim přístup ke zkušenostem, zážitkům a dovednostem, díky nimž budou schopni ve společnosti samostatně komunikovat, žít, nalézt uplatnění, práci, partnera.

Rodina má pro dítě nepochybně nezastupitelný význam. Má rozhodující vliv na rozvoj jeho osobnosti, a to jak po stránce tělesné, duševní, tak i sociální. Dítě si prostřednictvím rodičů vytváří svůj vlastní vnitřní obraz světa. „Rodina je v podstatě mikrosvět, vzorová společnost, ve které si dítě osvojuje základní vzorce chování, návyky, dovednosti a strategie, které jsou pak rozhodující pro jeho orientaci ve společnosti, především v interpersonálních vztazích. A to jak v pozitivním, žádoucím smyslu, tak ve smyslu negativním“ (Lovasová, 2006, str. 7). Z rozličných setkání s přáteli jsem získala pocit, že právě tento úkol je pro rodiče tím nejtěžším. Neexistuje žádná škola pro rodiče, žádná univerzální rada. Každé dítě je jiné,

každý rodič je jiný. Chyby, jichž se při výchově dopouštíme, často odhalíme až po letech, když už je na jejich nápravu většinou pozdě.

1.1.4. Funkce emocionální

„Tak jako existují základní potřeby biologické, které musí být plně uspokojeny, aby malé dítě vůbec mohlo přežít (teplo, potrava, ochrana před nebezpečími atd.), jsou i základní potřeby psychické, které musí být od počátku v náležitě míře uspokojovány, má-li se dítě vyvíjet v psychicky zdravou a zdatnou osobnost. Zatím je dobře definováno a výzkumně ověřeno asi pět takových vitálních potřeb:

1. Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů
2. Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech
3. Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů
4. Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty
5. Potřeba otevřené budoucnosti nebo doživotní perspektivy“

(Matějček, Bubleová, & Kovařík, 1997, str. 8).

Dlouhodobé neuspokojování základních psychických potřeb může vézt až k psychické deprivaci⁴ dítěte.

Toho, že existují děti, které vyrůstají bez lásky, jsme si vědomi. Uvědomujeme si i to, že to co se dozvíme ze sdělovacích prostředků, je jen špička ledovce. Mnoho dětí žije bez lásky zcela nenápadně, za zavřenými dveřmi, mnohdy i v přepychu a luxusu, ale to co by potřebovali nejvíc, se jim nedostává - teplá náruč a ujištění o bezpodmínečné lásce. Dle Koukolíka a Drtilové (1996) někteří rodiče často „dobře fungují“ – dítě krmí, myjí, oblékají, ale neodpovídají na dětskou potřebu doteků a pozornosti. Dle Matějčka (2013) je ale pro dítě rozhodující psychologické rodičovství, založené na vnitřním, psychickém, citovém přijetí dítěte, a nikoliv jen rodičovství biologickém.

Zahrnovat dítě láskou, vnášet do života dítěte jistotu je dle mého názoru prvořadým úkolem rodiny. Rodiče dávají dítěti mantinely, mezi kterými se bude cítit bezpečně. Koukolík a Drtilová uvádí, že trvalý a hluboký vztah alespoň k jednomu z rodičů zvyšuje odolnost dítěte. „Významná jsou jasná a pevná pravidla rodinného soužití a zejména společně sdílené hodnoty“ (Koukolík & Drtilová, 1996, str. 162)

⁴ **Psychická deprivace** je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby, v dostačující míře po dosti dlouhou dobu (Langmeier & Matějček, 2011, str. 26)

Plní vůbec ještě dnes rodina všechny své funkce? „Psycholog Josef Zeman z brněnského Centra pro rodinu míní, že žádná krize rodiny není. "Jen jsme se změnili. A neznámá to, že k horšímu," tvrdí. "Rodina už není důležitá proto, že by bez ní člověk nepřežil, jako tomu bylo před sto lety. Teď spolu zakládají rodinu lidé nikoliv z ekonomických důvodů, ale proto, že se mají rádi. Stavíme víc na citech, což taky znamená, že takové svazky jsou labilnější. Proto tolik rozvodů." (Petrášová & Lesková, Rodina nezanikne, ale změní se, 2005)

Baskerville (2013) vysvětluje, že změny v rodinném soužití přicházely pomalu, v průběhu staletí, a téměř nepostřehnutelně. Každá generace změny přijala, přispěla vlastními a předala je na další generaci.

Nová generace tedy přijímá jako normální to, co by šokovalo jejich prarodiče: předmanželský sex, rozvod, manželství homosexuálů,... Rodina se tedy mění a vyvíjí stejně jako celá společnost. Nezbyvá věřit, že bude i nadále plnit všechny své funkce a že nefunkční rodina bude spíše výjimkou.

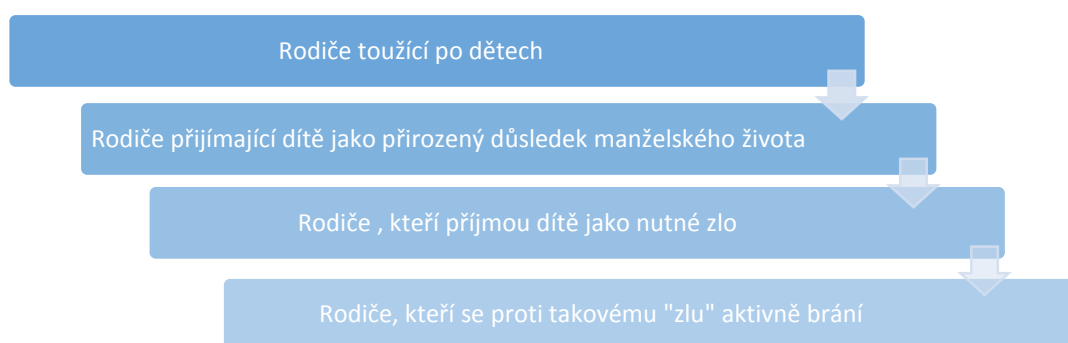
2. RODIČOVSTVÍ

„Abyste pochopili lásku vašich rodičů, musíte sami vychovávat děti.“

Čínské přísloví

Chci-li se stát kupříkladu lékařkou, musím se připravit na to, že mě čeká, nepočítám-li základní a střední školu, šest let náročného vysokoškolského studia. Žádná vysoká, střední dokonce ani základní škola rodičovství ale neexistuje. Neexistují ani přijímací zkoušky, nebo konkurz na pozici „rodič“. To jakými budeme rodiči, ovlivňuje spousta proměnných. Mezi jinými také to, jak si představujeme budoucnost svého potomka a jak této představě chceme dosáhnout, jaký styl výchovy zvolíme.

Tyto naše představy podle Matějčka ovlivňují to, jak budeme své děti přijímat, jak se k nim budeme chovat. „Vůbec není pravda, že když se dítě narodí, každá matka je miluje nade všechno na světě. Jsou i matky „nemateřské“ a ovšem i otcové „neotcovští“. Jsou děti „vymodlené“ a s vřelou láskou přijímané, ale jsou také děti nechtěné, zavržené i odvržené“ (Matějček, Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte, 2004, str. 15). Bylo by krásné, kdyby se děti rodily jen lidem psychicky, fyzicky i sociálně připraveným. Realita je ale bohužel jiná. Těhotenství mnohdy zaskočí šestnáctiletou studentku, ženu bez sociálního zázemí, či ženu psychicky narušenou. V takové situaci je těžké radovat se z rostoucího břicha a připravovat se na příchod nového života. Matějček (2004) sestavil stupnici rodičovských postojů k ještě nenarozenému dítěti. Nejlépe si stojí rodiče přirozeně toužící po dítěti.



(Matějček, Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte, 2004)

Nabízí se otázka, proč vlastně lidé chtějí mít děti? Jaká je psychologická odpověď? Jakou hodnotou jsou děti pro určitou rodinu? Když se na tyto otázky pokoušeli najít odpověď profesori Matějček a Langmeier, uvědomili si, že pouhým dotazováním zjistí pouze postoje a snahy na úrovni vědomé, a ty nemusí odpovídat nejhlubším vrstvám psychiky, z nichž se

lidské jednání motivuje. „Největší obtíž je ale v tom, že o nezákladnějších hodnotách života lidé zpravidla nepřemýšlejí a nemají je slovně zformulovány, aby je mohli na požádání sdělit. Hodnoty se žijí“ (Matějček & Langmeier, 1986, str. 34). Aby našli odpověď, museli sestoupit od úrovně hodnot k hlubším motivačním zdrojům lidského chování, tedy k základním potřebám biologickým a psychickým.

Základní biologickou potřebou, která se vztahuje k plození dětí, je sexuální uspokojení. Základních psychických potřeb je nepoměrně víc. K tomu, aby se člověk zdravě vyvíjel, musí být biologické i psychické potřeby musí být v dostatečné míře uspokojovány. Matějček a Langmeier (1986), ze svých studií dětí vyrůstajících v kolektivních zařízeních mimo vlastní rodinu nebo i ve vlastních rodinách, které však rodinné funkce neplnily, odvodily čtyři základní psychické potřeby, k nim pak na základě jiných zkoumání připojili ještě potřebu pátou:

1. *Potřeba stimulace*, tj. náležitého přívodu podnětů co do množství, kvality a proměnlivosti. Uspokojení této potřeby vede k aktivitě.
2. *Potřeba smysluplného světa*. Mají-li se z jednotlivých podnětů stát poznatky a zkušenosti, musí být v těchto podnětech nějaký řád, nějaký smysl. Uspokojování této potřeby umožňuje organismu učit se, nabývat zkušeností a přizpůsobovat se životnímu prostředí.
3. *Potřeba životní jistoty*. Uspokojování této potřeby umožňuje organismu cílevědomou aktivitu poznávací, pracovní (tedy i objevitelskou), společenskou. U člověka je uspokojována především v citových vztazích.
4. *Potřeba identity neboli vědomí vlastního „já“, vlastní hodnoty, ale i společenské prestiže*. (Opakem identity je anonymita.) Její uspokojení je podmínkou sebeúcty a sebevědomí, které dále umožňuje uspokojivé zařazení do společnosti.
5. *Potřeba otevřené budoucnosti, potřeba naděje a životní perspektivy*. Umožňuje uspokojivé prožívání osobního běhu života. Ztráta perspektiv – uzavřená budoucnost vede k zoufalství.

(Matějček & Langmeier, 1986)

Touha po dítěti není z tohoto hlediska hodnotou sama o sobě, není ani základní psychickou potřebou. Může ale být prostředkem k uspokojování těchto potřeb.

3. MATEŘSTVÍ

„Rozhodnutí stát se matkou je to nejzásadnější. Je to rozhodnutí, že vaše srdce bude navždy chodit mimo vaše tělo.“

Elizabeth Stone

Ačkoliv je mateřství přirozeným údělem ženy, ne každá žena touží tento úděl naplnit. Její pocity a vztah k mateřství ovlivňuje mnoho faktorů, jako jsou životní hodnoty a potřeby, zkušenosti z primární rodiny, společenské konvence, touhy, plány, zdraví, sociální situace. Podle průzkumu Univerzity Karlovy a Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí je 6–8 % žen, které se rozhodnou zůstat bezdětné (Petrášová & Bartáková, 2009). Podle některých autorů se dle odůvodnění jejich rozhodnutí dělí tyto ženy do tří skupin. První skupina se vzdává mateřství kvůli náročné pracovní kariéře, případně se přizpůsobují rozhodnutí partnera, druhou skupinu pak tvoří ženy se specifickým vnitřním nastavením, například ženy s nejasnou sexuální identifikací nebo ženy příliš úzkostné. Do poslední skupiny patří ženy, které mateřství z různých důvodů odložily a zatím nenašly vhodného partnera (Benešová, 2009).

Navzdory tomu většina žen vnímá období mateřství jako nejkrásnější a nejdůležitější ve svém životě. Na druhou stranu, netřeba zastírat, že také jedno z nejnáročnějších, plně bezesných nocí, nejistot a nezodpovězených otázek. Nejdřív: *Jsem připravena stát se matkou? Je můj partner ten pravý? Bude dobrým otcem? Co udělá těhotenství s mým tělem? Narodí se miminko zdravé? Zvládneme to finančně?* Později: *Jsem dobrá matka? Proč děťátko pláče, když je přebalené, nakrmené,....? Dokážu z tohoto drobečka vychovat řádného dospělého?*

Tuším, že málokterá žena by se po náročném dni se svými dětmi nepodepsala pod italské přísloví *„Mateřská radost je to, co žena cítí, když všechny její děti spí.“*

4. TĚHOTENSTVÍ

„Těhotenství je psychologického pohledu chápáno jako období psychické nestability postihující i jiné úrovně, sociální nebo somatickou.“

Aleš Roztočil

Počátek těhotenství či jeho zjištění je pro ženu velmi zásadní. Dramatického náboje tohoto okamžiku si všimli také filmoví tvůrci a tak chtějí-li děj příběhu zdramatizovat, přidají jej do něj. Dalším dramatickým milníkem příběhu je oznámení očekávání potomka partnerovi. Vypozorovala jsem, že jak v životě tak ve filmu řeší v této chvíli žena a muž naprosto odlišné „strany stejné mince“. Žena většinou vnímá danou situaci emocionálně, myslí na dítě, které v ní roste, zatímco muž se zamýšlí nad praktickou stránkou, kde budeme bydlet, dostudujeme, kudy mohu utéct. Ale možná je to jen můj pocit.

Jisté však je, že nastávající matka má k dítěti v těhotenství minimálně fyziky blíž. Celých deset lunárních měsíců má miminko jen a jen pro sebe. Jak tuto nerovnoměrnost vnímají muži? Psycholožka Karen Horneyová (2004) hovoří dokonce o závisti lůna, těhotenství, mateřství, kojení. Muži přirozeně neočekávají, že by mohli ženě toto privilegium odejmout nebo upřít, ale

Rodící se život v lůně ženy vyvolává změny v celém jejím těle. Každá žena by zřejmě potvrdila, že zdaleka ne všechny změny jsou příjemné. „Fyziologické změny jsou normální součástí těhotenství. Zahrnují pigmentové změny, změny vlasů, nehtů, žláz, cév a sliznic. (Hájek & kolektiv, 2004, str. 215)“

Nastávající maminky mnohdy nesou změny spojené s těhotenstvím nelibě. I při fyziologickém průběhu těhotenství zažívají stavy, které jim znesnadňují běžný život. Mohou se navíc dostavit komplikace, které ženu vyřadí z běžného života.

Komplikace mohou mít různé příčiny:

- Mohou mít souvislost se samotným otěhotněním.
- Mohou být zapříčiněny zdravotním stavem nebo zraněním.
- Mohou vyplývat z okolního prostředí, které na ženu a plod působí.

(Leifer, Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství, 2004, str. 84)

Změny, které souvisí s těhotenstvím, jsou tedy v rovině psychické, fyzické i sociální.

4.1. ZMĚNY PSYCHICKÉ

Už to, že se nastávající maminka budí ráno co ráno s „žaludkem na vodě“, ji může připravit o dobrou náladu a aby toho nebylo málo, vstupují do hry další faktory. Strach o zdraví či dokonce život miminka, nejistota vyplývající z nevyhnutelné změny životního stylu, nespokojenost s měnící se postavou, obavy z blížícího se porodu, porodních bolestí. Na rozladěnost, emoční labilitu, neobvyklé změny nálad či zvýšenou senzibilitu mají také významný vliv hormonálními změny.

Tyto psychické změny překvapivě zas tak moc nesouvisí s tím, jak moc je ženino těhotenství chtěné či vítané. Neubrání se jim ani žena, pro niž představuje rostoucí břicho splnění vytouženého snu. *„Zejména první těhotenství znamená pro řadu žen velkou zátěž. Ženy bývají citlivé, touha po dítěti bývá provázena obavami (z porodu, z anomálií u dítěte, ze změn postavy, ze změn životního stylu, z narušení profesionální dráhy apod.)“* (Paulík, 2010).

Primárním zájmem nastávající maminky je donosit plod a porodit zdravé dítě. Proto většinou zvažuje, které aktivity může ve svém životě zanechat a kterých se bude muset na dobu těhotenství vzdát. *„Těhotenství představuje jednu z vývojových krizí v životě ženy, tj. období výrazných změn, kdy se osoba nachází mezi tím, čím byla, a tím, čím se má stát.“* (Slezáková & kolektiv, 2011, str. 137)

Např. fyzicky aktivním ženám není představa, že by kvůli těhotenství musely svých obvyklých činností zanechat, vůbec příjemná. Naštěstí, jsou-li jinak zdravotně v pořádku, ani nemusí. Dokonce to dle studií ani není žádoucí. Dle Fetih (2008) fyzicky aktivní ženy jsou orientované pozitivněji než ženy neaktivní, které trpí častěji nespavostí, úzkostí a depresi.

Emoční nestabilita je zkrátka v období těhotenství naprosto normální. Kvalitní partnerský vztah, přívětivé okolí a pozitivní myšlení však může pomoci zachovat dobře těhotenství status nejkrásnějšího období v životě ženy.

4.2. ZMĚNY FYZICKÉ

Když někdo řekne ženě: *těhotenství, mateřství Tě změní*, nemyslí to většinou tak, že bude vypadat jinak. Přesto vypadat jinak bude. A většinou ji ta představa upřímně děsí. Některou více, jinou méně. Lhostejné to je jen málokteré ženě. Mnohdy ani jejímu muži.

Tělo budoucí maminky se v průběhu pozvolna mění, zvětšuje tak, aby vyhovovalo potřebám rostoucího miminka. Hmotnost ženy vzroste během těhotenství průměrně o 10 až 12 kilogramů. Především během druhého a třetího trimestru, kdy dochází k zadržování tekutin. Žena si pak často připadá ve svých či partnerových očích neatraktivní.

„Změny tělesného vzhledu jsou vnímány ženou obvykle negativně. U žen, které těhotenství vítají, je zpočátku přítomna „hrdost“ na těhotenský vzhled, ale i zde v závěru gravidity negativní postoje převládají“ (Líbalová, 2010, str. 295).

K tomu se přidávají další fyzické projevy těhotenství, jako jsou únava, otoky končetin, časté močení, pálení žáhy, strie. Není tedy divu, že mají některé ženy pocit, že ztrácí nad svým tělem i životem kontrolu. S těmito změnami logicky přicházejí i změny v sexuálním životě, které souvisí jak s fyzickou, tak emoční stránkou.

Sexuální apetit může snížit nejen únava a nevolnost, ale také to, že v důsledku růstu mléčné žlázy jsou prsa citlivá a napjatá a dotek tak může být ženě nepříjemný až bolestivý. Partneři také mohou mít ohledně sexu smíšené pocity doprovázející to, jak se jejich mentální obraz sebe mění více na mateřský pohled a rodičovství. Na druhou stranu mohou zjistit, že mají větší chuť na sex než před početím, např. v důsledku odpadnutí obav z nechtěného těhotenství. Líbalová (2010) uvádí, že z pohledu partnera se sexuální zájem o těhotnou partnerku v první polovině gravidity nemění, ale ve 3. trimestru výrazně klesá – důvodem je menší sexuální atraktivita ženy a obava z poškození plodu i jí samé. Nesoulad v sexuální oblasti pak může negativně narušit partnerský vztah jako takový.

4.3. ZMĚNY SOCIÁLNÍ

Sociální změny vyplývající z těhotenství a následného rodičovství se projevují v několika rovinách.

- ✓ Ke společenským rolím potomek, kamarád, partner, zaměstnanec, přibývá zásadní a velmi těžká role, role „rodič“.
- ✓ Mění se pole zájmů a tedy námětů na rozhovor, čímž se stává nastávající rodič méně atraktivním společníkem pro bezdětné kamarády.

Z počátku může být téma těhotenství, mateřství, rodičovství pro bezdětné kamarády zajímavé a atraktivní. Z vlastní zkušenosti však vím, že ačkoliv je pro nastávající i novopečené rodiče jejich „nový“ život plný zvrátů a změn a je tedy nevysychající studnicí

námětů na zajímavé rozhovory, připadají ostatním setkání s nimi poněkud monotematické.

Těhotenství i mateřství se dá srovnat se stavem zamilovanosti. Rodiče jsou fascinováni objektem své lásky a upírají k němu své myšlenky i energii. Je tady přirozené a dle mého názoru i žádoucí, že především budoucí maminky orientují téměř veškerou svoji pozornost k mateřství. Sbírají informace, rady, poznatky, mnohdy zcela protichůdné, třídí je a utváří si představu o tom, na co se mají připravit, co je čeká, jakým chtějí být rodičem, jak vlastně chtějí své dítě vychovávat. Nejvíce pozornosti se zpočátku soustředí především k porodu, formují se názory na kojení.

„Kojení je empiricky i výzkumy ověřenou, přirozenou výživou dítěte. Jedná se o přirozené pokračování reprodukčních a rodičovských kompetencí. Mnoho českých žen se v průběhu kojení dítěte setká s nějakým problémem. K překonání potíží je logická podpora laktačního poradenství, jehož cílem je zdravé prospívající dítě, spokojená kojící matka a podpora attachmentu – pevné vztahové vazby v rodině“ (Peremská, Mrowetz, & Pavlíková, 2014, str. 179)

To, že má kojení v důležitou roli ve vytváření rané vazby, je dnes již věc všeobecně známá, potvrzená mnoha studiemi. Závěry jedné z nich, práce Bier, Nindl, & Kussmann (2013), dokazují, že intimní vazba matka-dítě je mimo jiné výsledkem křehkého stylu výuky. Ten je obsažen v souhře fyzické blízkosti a milující reakce na potřeby dítěte. Kojení je přirozený způsob, jak vytvořit dobrou vazbu mezi matkou a jejím dítětem a má obrovský význam pro fyzické a psychické zdraví kojenců, což je bohužel velmi často podceňováno. Moderní výzkum podporuje závěry této práce, například nálezy z oblasti epigenetiky a fyziologie mozku.

Ženina představa o kojení se tvoří v průběhu celého života. Důležitou roli hraje to, byla-li byla sama kojena, jak se ke kojení staví její nejbližší okolí. „Mnohdy budoucím matkám pomáhá, pokud se scházejí s kojícími ženami a jejich dětmi v různých podpůrných skupinách a pokud o ženy a jejich děti během těhotenství, při porodu a po porodu pečuje mateřská a profesionální osoba čili porodní asistentka. Podporou žádoucích forem chování – tedy kojení – sledováním kojících žen s podporou zkušené ženy-pečovatelky se zvyšuje šance na to, že děti budou kojeny, matky budou kojit a kojení bude opět vnímáno jako normální způsob empatického starání se o děti a jejich výživu“ (Mrowetz, facebook/michaela.mrowetz.klinicka.psycholozka, 2015).

- ✓ Výrazně se zkracuje doba vhodná pro volnočasové aktivity.

Těhotenství není v tomto ohledu zas tak zásadní. Volný čas zatím determinuje především větší únava a nevolnosti nastávající maminky. Vše se ale rapidně změní po narození dítěte. V období těhotenství musí žena přerušit některé z aktivit, na které byla zvyklá, ale mohly by nenarozené dítě ohrozit – pobyt v zakouřeném prostředí (diskotéky, bary...), v sauně, extrémní sporty, některé druhy povolání...čímž se na poměrně dlouhou dobu nedobrovolně vyčleňuje z okruhu svých známých. Některých aktivit zanechávají maminky preventivně, někdy kvůli zdravotním komplikacím, mnohdy také zbytečně z neznalosti nebo ze strachu.

✓ Výrazně se také mění ekonomická situace rodiny

Před příchodem dítěte se na ekonomické situaci podílí oba partneři a všechny finanční prostředky mají pouze pro svoji potřebu. Je to tedy dva na dva. Příchod nového člena rodiny však znamená zcela jiné rozložení sil. Matka nebo, v současné době stále častěji, otec pobírá pouze mateřský resp. rodičovský příspěvek, přibývá finančně náročný potomek a výdělečně činný je od této chvíle obvykle pouze jeden člen rodiny. Je to tedy tři na jednoho. I do té doby finančně stabilní pár se příchodem potomka mění v sociálně slabou rodinu se všemi negativními důsledky. Rodič, který se rozhodne pečovat o dítě, navíc musí počítat s tím, že tento jeho krok pravděpodobně ovlivní jeho kariérní růst, obávat se může taky toho, že se po ukončení rodičovské dovolené nebude moci vrátit na původní pozici.

Partnerské soužití získává nový rozměr, což sebou přináší nemalá úskalí. Samotné narození dítěte je dle Carkipaloglu přelomovou událostí. Matčin zájem se přenáší z partnera na dítě, což často nese nelibě, či dokonce přímo na potomka žárlí. Pro úspěšné zvládnutí partnerské i rodičovské role se však musí s tímto domnělým i faktickým odlivem pozornosti vyrovnat. „Dítě je významným činitelem socializace svých rodičů: aktivuje jejich rodičovskou roli, zvyšuje zodpovědnost, altruismus a obětavost“ **Je zadán neplatný pramen.**

5. POROD

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v prameni života.“

Dr. Federick Leboyer

Jakmile žena zjistí, že je těhotná, začne pátrat po informacích, které se vztahují k těhotenství a především k porodu. Některé ženy skutečnost, že jediná možnost, jak se přitulit k vlastnímu miminku, je projít porodem, děsí. Bojí se bolesti, komplikací, bojí se, že nepoznají, kdy „to na ně přijde“, že to nezvládnou. Bojí se dokonce tak, že se rozhodnou vlastních dětí se zcela vzdát, jiné se rozhodnou, že udělají vše proto, aby porod zvládly co nejlépe.

Cest k zvládnutí porodu je několik a rozhodnutí, jakou cestou se vydá, leží na mamince. Pročítala jsem diskuze na internetu, povídala jsem si s kamarádkami, pročítala rady v časopisech, knihách i na webech zaměřených na předporodní přípravu a zjistila jsem, že existují tři základní přístupy k porodu:

- 1) Nechám to na lékařích, je to jejich práce, jsou tam přeci od toho.
- 2) Domluvím si s lékařem medicínské možnosti zbavení se bolesti – císařský řez, epidurální anestezie, ...
- 3) Zjistím si vše o porodu a budu ho mít pod kontrolou.

5.1. V PORODNICI MĚ VYLÉČÍ Z TĚHOTENSTVÍ

Doba nedávno minulá nás učila podřízení se autoritě. Nad ničím moc nepřemýšlet, nebádat, podřít se instituci. *„Strach o zdraví dětí i matek v poválečné době, institucionalizace porodu a převedení porodu do zdravotnických zařízení vedl k historicky největšímu plošnému separování dětí od matek. Je to pochopitelné, po válce měli lidé strach o holý život a přežití dítěte po porodu bylo to nejdůležitější a emoční potřeby šly stranou“* (Mrowetz, 2010).

V současné době máme pochopitelně možnost volby, ale změny ve zdravotnických zařízeních probíhají jen velmi pozvolna. Navíc většina maminek netuší, jak by měl přirozený

porod vypadat. Maminky ho nezažily, kamarádky mají protichůdné zkušenosti a na internetu je takové množství informací, že není tak jednoduché si vybrat.

Když jsem zadala heslo *příprava na porod* do vyhledávače, mezi prvními odkazy se objevily stránky, na nichž jsem se dozvěděla, že téměř nejdůležitější je navštěvovat těhotenské cvičení, ve kterém si nastávající matka posílí pánevní dno a naučí se dýchat. V žádném případě nechci znevažovat kurzy těhotenského cvičení, ale na druhou stranu uvádět ženu v omyl tím, že ji přesvědčím, že nejdůležitější je soustředit se během porodu na správné dýchání, je minimálně silně zavádějící. K tomuto zjištění mě přivedly nejen mé osobní zkušenosti, ale také porodní příběhy mých kamarádek a známých. Ty se vybaveny přípravou z oněch kurzů ocitly v rukou lékařů, kteří vzali jejich porod do *svých rukou* a vykřikovali povely typu: tlačte, netlačte, dýchejte, nedýchejte, jako zapomněli, že je porod nejpřirozenější věc na světě a že jediné co žena při fyziologickém porodu potřebuje je podpora a ujištění, že je vše jak má být a že to zvládne.

5.1.1. Podruhé narození

Před časem jsem na slovenské televizi zhlédla dokument, který mě velmi zaujal a přesně vystihl některé mé pocity. V dokumentu popisuje a srovnává paní Zuzana naprosto rozdílné zážitky z prvního a druhého porodu. Na jiných webových stránkách jsem pak našla její porodní příběhy sepsané.

Na první dítě se velmi těšila. *„Do nemocnice mě přijaly mě jako standardně neinformovanou prvorodičku s pomalu odtékající plodovou vodou, bez kontrakcí a změn na čípku. V naivní důvěře jsem ochotně souhlasila se vším, co se na mě chystali praktikovat. Říkala jsem si, vždyť jsou to porodníci, oni přece nejlíp ví, co a jestli je to potřebné.“* (Šimková Péliová, 2014). Zuzanin porod se ale nevyvíjel dobře a po 30hodinách bez jídla a vody, Zuzana zkolabovala a srdeční činnost dítěte začala prudce klesat. V té chvíli byl naštěstí se Zuzanou na pokoji její manžel a tak zalarmoval lékaře. Poté byla Zuzana okamžitě převezena na porodní sál a následoval porod sekci. *„Jen si pamatuju, že jsem vřískala: ‚Vyndejte ho ze mě! Vyndejte ho ze mě!‘ Takto to nemá vypadat. Je to taková moje výčitka vůči sobě, kterou jsem ještě nezpracovala. Pak mě odvezli na sál, něco se mnou dělali, pak jsem zpoza plenty uviděla mihnout se dítě.“*

To co jsem pak cítila, se těžko se to vysvětluje. Měla jsem smíšené pocity. Máte vedle sebe vytoužené dítě, na které se 9 měsíců těšíte, ...ale jako kdyby přestřihli všechno spojení, co

k tomu dítěti bylo. Jako kdyby vypli všechny mateřské kompetence tím, že mi ho vzali a začali se o něj starat.“ Bylo vidět, že Zuzku první porod emocionálně silně zasáhl.

Po tomto zážitku se rozhodla druhé dítě porodit doma. „Netoužila jsem po tom prožít další trauma. Svoboda nese sebou obrovskou zodpovědnost. A to bylo nejtěžší.“ „Z praktického hlediska to znamená, že jsem vlastně měla preciznější a detailnější zdravotní péči, než kdybych se rozhodla родit standardně. (Šimková Péliová, 2014)

„Když se porod rozbíhal, bylo to mírné krásné postupné ponořování se do sebe, spojení se všemi ženami na světě, to vědomí že všechny ženy samičky..., nevím jak to nazvat, že všichni se nějak rodíme, nějak přicházíme na svět a není třeba nic dělat, jen pustit to dítě. Mohla jsem se hýbat, jak jsem chtěla, otočit se jak jsem chtěla, hučet jak jsem chtěla... Dělal jsem takové otočky a úplně jsem cítila, jak se to dítě posouvá, podle toho jak se otočím. Někde mě zbolelo, cítila jsem tlak, tak jsem se otočila a dítě udělalo hup a posunulo se. Žena to ví, jak se otočit, ona to ví. ... Jak se narodilo, asistentka mi ho podala a bylo se mnou. Hned a nikdo mi ho nebral. To bylo super. Díval se na mě těma obrovskýmá moudrýma očima“ (tamtéž)

5.2. CÍSAŘSKÝ ŘEZ – POROD NA PŘÁNÍ

„Porod císařským řezem je jako střední škola bez maturity“

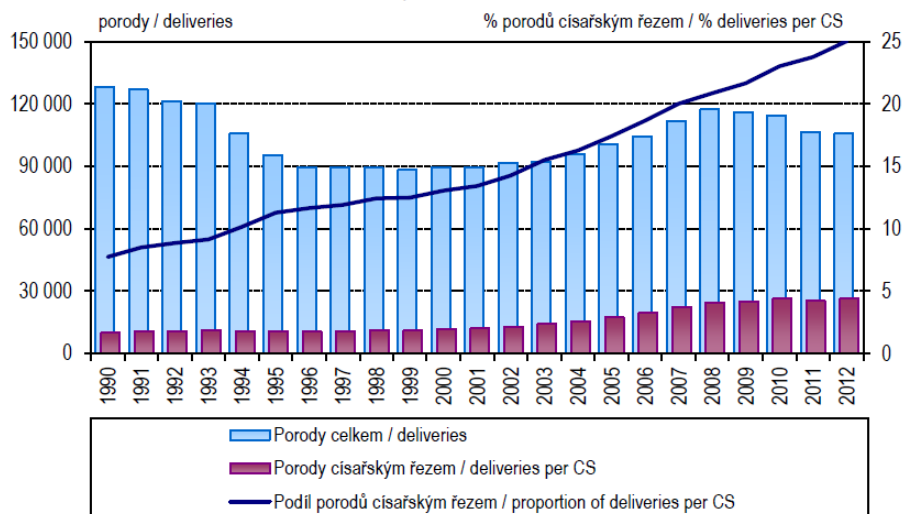
Milan Košťál

Ať už se císařský řez provádí z vážných zdravotních důvodů, nebo na přání ženy, vždy představuje významný zásah do organismu s nejrůznějšími možnými následky. „Nekomplikovaný spontánní porod je bezpečnější než operačně vedený porod. Žena je fyziologicky uzpůsobena k tomu, aby přiváděla děti na svět“ (Calda, 2010).

V posledních letech přesto stoupá v celém západním světě počet porodů sekci. „Zatímco před několika stoletími byl úspěšně dokončený císařský řez důvodem k hrdosti a dobrému jménu mnoha porodníků, ve 21. století se diskutuje spíše o tom, jak zabránit – a na straně druhé, zda vůbec bránit – vzestupu frekvence císařského řezu“ (Mardešicová & Velebil, 2010)

Vývoj počtu porodů a podílu porodů císařským řezem

Trend of number of deliveries and proportion of deliveries per CS



Graf 1 Vývoj počtu porodů a podílu porodů císařský řezem; Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Odhlédneme-li teď od indikací ukončení těhotenství porodem per *sectionem caesareum*⁵, které jsou zdraví či život zachraňující a volba pro tuto volbu je tedy jednoznačná a zastavme se u tzv. *císařského řezu na přání*.

První zmínky o *sectio caesarea* pochází z období kolem 7. století před naším letopočtem. Tehdy se ale prováděl výhradně na zemřelých ženách. Během dalších století se tato operace prováděla především na ženách zemřelých nebo umírajících ve snaze zachránit plod. Postupně se výkon začal provádět i na ženách živých, první zmínky o přeživších jsou z konce 16. století od lékaře François Rousseta⁶, který hovoří o 15 úspěšně provedených císařských řezech.

V současné době se stále častěji objevuje tzv. císařský řez na přání, který má mezi porodníky mnoho odpůrců ale i zastánců. Má těhotná žena v 21. století mít možnost vybrat si způsob porodu svého dítěte? A proč tolik žen dobrovolně a z mnohdy vlastní volby podstupuje operaci a připravuje se tak o zážitek z porodu přirozenou cestou?

Právo na to, vybrat si způsob porodu jistě žena má mít. Proč ale volit právě císařský řez?

Podle odborníků má důvodů hned několik. Mezi nejčastější příčiny řadí snahu rodiček vyhnout se porodním bolestem. Dále pak bolesti při prvním poporodním sexuálním styku nebo močové inkontinenci spojené se spontánním porodem či tendence některých

⁵ císařským řezem

⁶ V roce 1581, François Rousset, publikoval pařížský lékař "L'hystérotomotokie ou enfantement césarien ...", - o prvním porodu sekci, porodu který nemohl být ukončen běžným způsobem. Rousset dal této operaci název císařský řez na památku údajného narození Caesara. (Pottie-Sperry, 1996, stránky 259-68)

porodníků naplánovat si porod své pacientky na konkrétní hodinu a den. Z medicínských důvodů to pak jsou dle Hájka (2004) např. zvyšující se věk rodiček a v důsledku umělého oplodnění, také zvyšující se počet vícečetných těhotenství.

Podle Košťála (2012) má děj, který trvá osm až dvanáct hodin, svůj smysl. Ukončení těhotenství císařským řezem, je podle něj jako střední škola bez maturity, chybí tu konec. Dítě, narozené přirozenou cestou, je daleko více obranyschopné, má lepší poporodní adaptaci.

Dle Hellmers (2009) se chtějí nastávající maminky hlavně cítit během porodu bezpečně. Mnohé pak chtějí родit bezbolestně, jiné plánovaně a proto si přejí císařský řez. Většinou však netuší, že podle některých studií děti, které nejsou porozené vaginálně, mají více ekzémů, alergií, či astma. Mezi jinými je to například studie *Caesarean section and allergic manifestations: insufficient evidence of association found in population-based study of children aged 1 to 4 years* (Pyrhönen, Näyhä, Hiltunen, & Läärä, 2013). Kossobudzka (2008) upozorňuje také na výzkum švýcarských lékařů, kteří studovali téměř 3000 dětí, z nichž se 247 narodilo císařským řezem. Zjistili, že riziko vzniku astmatu u těchto dětí bylo o 80 procent vyšší než u dětí narozených vaginálně. Dokonce se uvádí, že mají více infarktů, mozkových mrtvic, psychických problémů a depresí. V uplynulém desetiletí zaznamenala nebývalý nárůst poptávky po císařských řezech na mateřské vyžádání (CSMR), při absenci lékařské nebo porodnické indikace. Za velký nárůst stojí mimo jiné i mýtus o bezpečnosti císařských řezech. Proto přibývá výzkumníků, např. D'Souza (2013) zabývajících se důvody nárůstu CSMR a zkoumajících rizika, výhody, spory, náklady a etiku CSMR. Většina výzkumů jednoznačně podporuje porod přirozenou cestou.

Existují případy, u kterých je porod sekci indikován, jako život zachraňující úkon a u kterých pak úvahy o jiném řešení nejsou namístě. Proč jít ale do takového rizika dobrovolně. Není zde spíš namístě předcházet takovému rozhodnutí ze strany matek? Zbavit je úzkosti, strachu.

5.3. PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA

„Nejstarší a nejsilnější emoci lidstva je strach, a nejstarším a nejsilnějším druhem strachu je strach z neznáma.“

Howard Phillips Lovecraft

Rozhodne-li se žena, že až nastane ta správná doba, bude připravena, bude mít porod pod kontrolou, má mnoho cest, po kterých se vydat. Od sdílení zážitků a zkušeností s kamarádkami, přes speciálně zaměřené blogy, sociální sítě, weby věnované problematice mateřství, těhotenství a porodu. Informací zde nalezneme jistě spoustu, přesto má tato cesta jedno velké ALE. Je třeba dobře zvažovat, komu popřejeme sluchu. Vyhybat bychom se měli maminkám úzkostným, negativně naladěným, skeptickým, a naopak vyslechnout ty, které mají pozitivní zkušenosti, jsou otevřené a optimistické.

Nabízí se také nepřehrné množství kurzů. Tak jako u většiny životních situací, ani u této se nedá se říct, že existuje jen a pouze jedna správná cesta. Každá žena si může vybrat tu, která je jí nejbližší.

Existují kurzy, které vedou porodní asistentky, duly⁷, porodníci či rehabilitační pracovníci. Všichni si kladou za cíl snížit u žen obavy z porodu a získat k němu reálný postoj, získat nad ním kontrolu. Cílem většiny z nich není odstranění porodních bolestí, ani porodnických komplikací, ale zvýšení kompetencí budoucí rodičky.

Přesto existují předporodní kurzy, které slibují, rodičku bolestí zbaví, jako např. kurzy či semináře bezbolestného porodu, orgasmického porodu, gravidjógy,... Nevím, jestli se lze zcela zbavit bolesti při porodu, ale lze ji ovlivnit, připravit se na ni. Počítat s ní, vyrovnat se s ní, akceptovat ji.

Cílem předporodní přípravy tedy není odstranění porodních bolestí nebo patologií, ale nabídka možností, jak bolest účelně zvládat, jak s ní pracovat. Seznámení se, popř. nácvik praktik tisících bolest. Předporodní příprava dává možnost, pozitivně ovlivnit průběh porodu. Ale vlastní realizace nastává až na porodním sále a tam se může cokoliv velice rychle dynamicky měnit. Rodička sice s porodní bolestí počítá, ale může být zaskočena její fyzickou náročností.

⁷ "Dula" je starý řecký název, který se dnes používá pro speciálně vyškolenou ženu, jež poskytuje především psychickou (ale i fyzickou) oporu budoucí matce a ostatním členům rodiny; neposkytuje zdravotnické služby, nesupluje ani nedubluje práci porodních asistentek ani lékařů, ale spolupracuje s nimi **Je zadán neplatný pramen..**

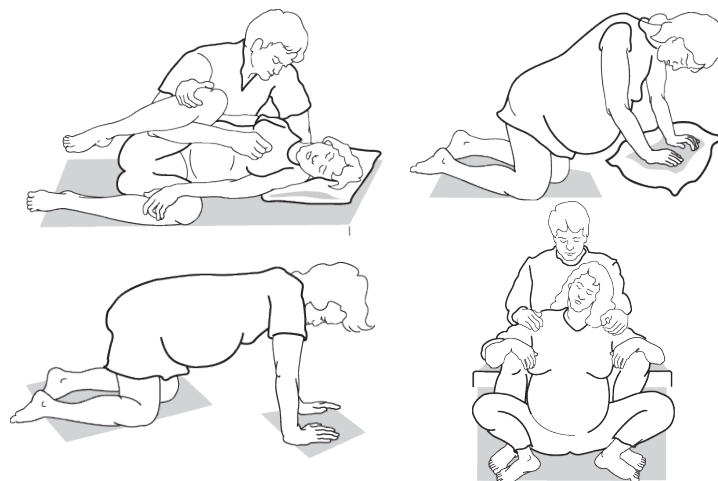
Příprava by měla ženu připravit všestranně, tj. i na nefyziologický průběh porodu, měla by obsahovat dosti cílených pozitivních instrukcí, musí počítat se somatickými momenty rozhodujícími u porodu. Učí ženu mít ke svému porodu aktivní přístup, mít ho pod kontrolou. Každá žena je jiná, každé vyhovuje něco jiného, proto by se měla dozvědět, co ji čeká a zamyslet se nad tím, co by vyhovovalo právě jí. K tomuto účelu si může následně vytvořit svůj vlastní plán porodu, navštívit porodnici, porodní dům nebo se připravit na porod doma. Možností a cest, jak přivést dítě na svět je mnoho a záleží na každé zvlášť, pro kterou z nich se rozhodne, která bude podle jejího názoru nejlepší pro ni i pro její dítě. Má-li žena dostatek informací, stává se kompetentní k tomu, aby se rozhodla, jakým způsobem přivede dítě na svět.

Kde?

- v porodnici
- v porodním domě⁸
- doma

V jaké poloze?

- na zádech
- v polosedě
- na boku
- ve dřepu
- v kleče
- na všech čtyřech
- na porodní stoličce
- ve vaně
- ...



Obrázek 1- 4 Polohy při porodu/ Zdroj: <http://www.rodina.cz>

⁸ **Porodní dům** je alternativním domácím prostředím se zajištěnou odbornou péčí. Je to zdravotnické zařízení, které nabízí porodnickou péči zdravým ženám s fyziologickým těhotenstvím a předpokládaným fyziologickým porodem. Nabízí ženám individuální neinvazivní péči, kterou poskytují samostatně registrované porodní asistentky v rozsahu kompetencí zakotvených v zákoně (č. 96/2004 Sb. a č. 424/2004 Sb.). (Co je porodní dům, 2015)

Poloh je nesčetně mnoho. Je dobré, seznámí-li se žena předem s rozličnými porodními polohami. Během porodu je ale pak výhodnější, když polohy volí zcela spontánně - tak aby co nejlépe snášela porodní proces.

Roztočil (2008) shrnul výhody předporodní přípravy do osmi bodů:

1. Snižuje porodní bolesti a úzkost.
2. Snižuje nutnost aplikace léků, jako jsou uterokinetika, spazmolytika a jiné.
3. Zkracuje porod.
4. Zvyšuje sebekontrolu rodičky.
5. Psychologický přínos prožitku z porodu.
6. Žena prožívá radost ze spolupráce s manželem.
7. Vytváří se pozitivní vztah matky k novorozenci.
8. Jsou vytvořeny předpoklady pro zdárný průběh šestinedělí.

5.3.1. Posttraumatická stresová porucha po porodu

Někdy se ovšem ocitne žena v situaci, kdy jako příprava porod návštěva rozličných kurzů nestačí. Například trpí-li posttraumatickou stresovou poruchou po předchozím porodu. Posttraumatická porucha se může rozvinout například jako následek komplikovaného, ale i po zdánlivě neproblematickém porodu. Velmi často se objevuje po spontánním potratu či porodu mrtvého plodu. V takových případech je žádoucí vyhledat odbornou pomoc psychologa či psychiatra.

Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - MKN-10 (2013) patří posttraumatická stresová porucha mezi *duševní poruchy*, do kategorie F 43 *Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení*. Občas se posttraumatická stresová porucha po porodu zaměňuje s „baby blues“, poporodní depresí, poporodní psychózou. Je ale vhodné tyto termíny od sebe odlišit.

Posttraumatická stresová porucha po porodu – vzniká po krátkodobém či dlouhodobém stresu, tato porucha může ženu potkat po porodu; rozvine se, pokud žena u porodu cítí, že nemá kontrolu nad tím, co se s ní děje (Mrowetz, 2010)

Poporodní deprese - vzniká následkem hormonálních změn a změn vnitřního prostředí, které v kombinaci se stresem mohou depresi vyvolat; podle závažnosti příznaků pak rozlišujeme poporodní blues, poporodní depresi, poporodní psychózu (Jedličková, 2008)

6. VAZBA MATKA - DÍTĚ

„Vazba na matku se pro člověka stane modelem pro všechny budoucí vztahy, ve kterých vzniká emocionální blízkost.“

John Bowlby

Rodíme se zcela bezbranní. Lidské mládě je velmi dlouho odkázáno na ochranu a pomoc ostatních lidí. Příroda proto musela člověka pojistit a věnovala mu vztah. „To slovo je výstižné – slyšíme v něm ‚vztahovat se‘, ‚natahovat se‘ vzhůru, do výše za někým či k někomu, ale také současně také ‚být přitahován‘, k někomu patřit, s někým být. Ba vůbec nejsme daleko od nejnovějšího vědeckého poznání, když si za ním představíme malé dětské ručičky, které se natahují po mámině obličejí nebo které se jí později chytají za sukni či dělají, jako by chtěly vyšplhat k ní do náruče, když se blíží nějaké nebezpečí“ (Matějček, 2013, str. 9) Dle Matějčka zkrátka dítě, aby vůbec mělo šanci přežít, potřebuje mít „svoje lidi“ a těm „jeho lidem“ na něm musí obrovsky záležet. Aby celý tento mechanismus fungoval, musí být proto poskytování ochrany a pomoci bezbrannému lidskému mláděti hluboce založená psychická potřeba.

Ačkoliv je dítě na dospělém zcela závislé, nelze říct, že by byl ve vzájemném vztahu pouhou loutkou. Naopak „výsledky četných studií dnes přesvědčivě ukazují, že novorozenec zdaleka není ‚pasivní‘ obětí vlivů okolí, ale naopak je velmi aktivním partnerem dospělých vychovatelů, že je ve styku s nimi až překvapivě zdatný, sociálně kompetentní“ (Matějček & Langmeier, 1986, str. 183).

Jedním z prvních lidí, kteří uznávají potřebu kojence a malého dítěte silného a stabilního vztahu s matkou (primárním pečovatelem) byl John Bowlby, zakladatel teorie attachmentu. V roce 1951 předložil Světové zdravotnické organizaci práci „Maternal care and mental health“, ve které Bowlby (1952) vyslovil hypotézu, že děti v raném dětství prožívají nepřetržitý, vřelý, intimní vztah se svou matkou (resp. pečující osobou) a nedostatek této zkušenosti může mít vážný a nezvratný dopad na jejich psychické zdraví. Bowlby se podle Slaměníka (2011) neopíral jen o své výzkumy, ale také o poznatky Williama Blatze o potřebě bezpečí jako o potřebě člověka v každém věku a o práci Reného Spitze o důsledcích separace dítěte od rodičů. Nenaplnění této potřeby může dle psychologa Franze Rupperta vyvolat trauma. „Následkem toho pak jedinec neumí rozvíjet a zvládat vlastní emoce, jako

jsou úzkost, vztek, bolest, láska, radost, stud..., přiměřeně svému věku. Bez stabilního emocionálního základu je osobnostní vývoj nejistý a v extrémních případech vede až k vytvoření závažných poruch osobnosti“ (Ruppert, 2012).

„Rodina slouží dítěti v prvních letech života jako model celého vesmíru. V tomto období, vysoce senzitivním na učení, si dítě na základě svých zkušeností ‚buduje‘ svůj mozek“ (Medalová & Procházka, 2014, str. 12). Pokud tedy nejsou v rodinném prostředí ve správné míře naplňovány základní potřeby dítěte (potřeba bezpečné vazby s druhými, potřeba autonomie a kompetence, potřeba svobody v sebevyjádření, potřeba spontaneity a hry, potřeba sebekontroly a realistických limitů) vznikají dle Medalové a Procházky raná maladaptivní schémata (EMS) – sebezničující emocionální a kognitivní vzorce, které začínají brzy v našem vývoji a opakují se celý život. „Dítě zažívá pocit úzkosti a strachu, je ponechané napospas s pocity, které nedokáže samo zvládnout, začne prožívat vnitřní chaos a zoufalství. Pokud se to děje opakovaně, mohou se rozvíjet stavy tělesného neklidu, neschopnosti zaměřovat pozornost, rozvíjejí se zde rozličné obranné strategie a vnitřní pracovní modely sebe a druhých osob jsou obecně negativní. Duševní zdraví je tímto ohroženo“ (Lečbych & Pospíšilíková, 2012, str. 2).

6.1. TEORIE VAZBY

Tím, jaké následky může mít narušení vztahu mezi matkou a dítětem, se ve své první publikaci, která se vztahuje k jeho zkušenostem s mladistvými delikventy, zabýval John Bowlby. Bowlby (1944) studoval 44 případů mladistvých zlodějů, s cílem zjistit, jaký vliv má dlouhodobá mateřská deprivace na vývoj jedince. Bowlby zjistil, že více než polovina mladistvých zlodějů byla oddělena od svých matek po dobu delší než šest měsíců, během prvních pěti let. V kontrolní skupině měl takové případy pouze dva. Ačkoliv byla tato studie, pro četné nedostatky a možná zkreslení, odborníky mnohokrát kritizována, vyvolala mezi výzkumníky diskusi a vzbudila zájem o hlubší studium vazby matky a dítěte.

Na rozdíl od Freuda (1989), který vztah dítěte k matce odvozuje od uspokojování potřeby výživy, Bowlby (2010) tvrdí, že se blízkost k matce stává v určité fázi behaviorálních systémů, zodpovědných za citovou vazbu, stanoveným cílem.

„Říci o dítěti, že je citově připoutané nebo že má silnou citovou vazbu znamená, že má silou tendenci vyhledávat blízkost a kontakt s konkrétní osobou v určitých situacích, zejména je-li vylekané, unavené nebo nemocné“ (Bowlby, 2010, str. 318). Dále upozorňuje, že sklon

k tomuto jednání se časem mění jen pomalu a není závislý na okamžité situaci. Bowlby (2010) popisuje pět vzorců chování, které přispívají k citové vazbě, což je sání, přidržení, následování, pláč a úsměv, které se „zhruba mezi devíti až osmnácti měsíci obvykle začleňují do mnohem důmyslnějších systémů korigovaných k cíli. Tyto systémy jsou korigovány a usměrňovány tak, že udržují dítě v blízkosti matky“ (Bowlby, 2010, str. 163). Potřebnost attachmentu Bowlby (2012) demonstruje na empirických důkazech vědců Levyho, Bowlbyho, Benerové a Yarnellové pro etiologický vztah mezi určitými formami psychopatické osobnosti a těžce narušeným vztahem matky a dítěte.

Bowlbyho teorie podpořila rozsáhlými výzkumy Mary Ainsworthová, která srovnávacími studii dětí ve Velké Británii a Ugandě dokázala, že vztah matky s dítětem je stejný napříč světadíly. Na základě pozorování pomocí metody „neznámá situace“ definovala Ainsworthová (1978) tři hlavní vzorce citové vazby:

1. dítě s jistotou připoutané k matce

Dítě projevuje negativní emoce (pláč, neklid) po odchodu matky, po jejím příchodu je lehce utižitelné a brzy se vrací ke hře. Matčina blízkost a tělesný kontakt s ní mu tedy slouží jako zdroj útěchy, jistoty a bezpečí. Při odloučení přirozeně zažívá neklid a určitou míru stresu, ale díky převládajícímu vzorci přesvědčení o matčině dostupnosti a citlivosti je schopné tuto situaci relativně bez obtíží zvládnout.

2. dítě úzkostně připoutané k matce a vyhýbavé

Dítě projevuje po odchodu matky negativní emoce jen minimálně a dál si hraje. Z matčina návratu však ani neprojevuje radost a vyhýbá se aktivnímu kontaktu s ní. Po předchozí zkušenosti s matkou, která mu neposkytuje útěchu a oporu, si dítě vytvořilo představu o její nedostupnosti. Vyhýbáním se jí tak předchází odmítnutí.

3. dítě úzkostně připoutané k matce a odmítavé

Dítě reaguje na odchod matky velmi intenzívně. Po jejím odchodu pláče a při návratu lze jen těžko utižit. Při kontaktu s matkou vyjadřuje střídavě hněv a náklonnost - je u něho patrná potřeba blízkosti a současně však blízkost odmítá. Chování matek dětí s tímto typem citové vazby je špatně předvídatelné, takže odmítavé děti vynakládají značné úsilí na získání pozornosti a péče.

Main a Solomon (1986) později navrhly ještě čtvrtý vzorec:

4. dítě s dezorganizovanou citovou vazbou

Dítě vykazuje nedostatek jasného vazebného chování. Jeho jednání a reakce na matku jsou často směs chování, včetně vyhýbání se nebo odporu. Tento typ vztahu je pozorován u dětí v útlém dětství týraných nebo zneužívaných.

Také Vaughn et al (1979), po vzoru Ainsworthové, zkoumali vztah matka - dítě metodou „neznámá situace“ (sto dvojic matka-dítě), tentokrát v rodinách na nebo za hranicí chudoby a zjistili, že vysoká úroveň stresu a nestability v životní situaci může snadno narušit mateřské chování. Dítě musí bojovat o pozornost, což má negativní vliv na kvalitu vazby matka-dítě.

„Vztahová vazba dnes patří k těm teoriím o psychickém vývoji člověka, které jsou nejlépe podložené empirickými, zvláště prospektivními longitudinálními výzkumy. I když se nezabývá stejnou měrou všemi oblastmi a například aspekty sexuality, agrese, a význam otce přinejmenším v prvních letech zanedbávala, přesto podstatně přispěla k chápání celoživotního lidského vývoje“ (Brisch, 2011, str. 33).

U nás na potřebu citové vazby jako jednu za základních psychických potřeb dítěte upozornili např. Langmeier a Matějček (2011) v díle *Psychická deprivace v dětství*, které se zabývá otázkou psychického strádání v dětském věku a jeho následky v pozdějším životě.

6.1.1. Psychická deprivace a subdeprivace

Matějček spolu dalšími výzkumníky získával především 70. až 90. letech 20. století nové poznatky prostřednictvím studií, zaměřených na uspokojování základní potřeby vztahové vazby u dětí, vyrůstajících v různých prostředích. Popsali na nepříznivý citový vývoj dětí vyrůstajících dlouhodobě v deprivacních podmínkách dětských zařízení. Na základě výzkumů definovali pojem psychická deprivace.

„Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k uspokojování některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.“ (Langmeier & Matějček, 2011)

Na základě pozorování chování dětí různých věkových kategorií v jednotlivých formách dřívějších zařízení tzv. kolektivní výchovy pak rozlišili několik typů vývoje osobnosti pod vlivem deprivace:

- *Typ „normoaktivní“ či relativně dobře přizpůsobený.* Děti, které procházeli ústavním prostředím poměrně nejméně dotčeny.
- *Typ hypoaktivní či útlumový.* Na ústavní prostředí reagují tyto děti snížením celkové aktivity, nezájmem emoční apatií, oslabením funkční hodnoty podnětů, celkovým poklesem výkonu a učení i v jednoduchých úkolech.
- *Typ sociálně hyperaktivní.* Tyto děti se snaží získat v podnětové chudobě ústavního prostředí co největšího přísunu sociálních podnětů.
- *Typ sociálně provokativní.* U těchto dětí se snaha po navázání sociálního kontaktu projevuje násilným, rušivým, provokujícím způsobem vůči vychovatelům a agresivním chováním vůči druhým dětem, konkurentům v získávání citové náklonosti dospělého.
- *Typ charakterizovaný náhradním uspokojováním potřeb.* Nedostatek sociálních a citových podnětů vede tyto děti k zvýšené snaze o získání podnětů z jiných oblastí, a to na nižší úrovni.

(Matějček, Bubleová, & Kovařík, 1997, str. 9 - 11)

Na základě výzkumných studií zaměřených na děti narozené prokazatelně z nechtěného těhotenství (Dytrych, Matějček, & Schüller, Nechtěné děti, 1975), dětí žijících v úplných rodinách, kde otec je evidovaný jako alkoholik (Matějček, 1981), dětí narozené mimo manželství (Matějček, Břicháček, Duchovský, & Karabelová, 1986), dětí rozvedených rodičů (Dytrych, 1987) byl popsán poprvé stav nazvaný *psychická subdeprivace*. Tímto pojmem chtěli Dytrych, Matějček a Schüller naznačit, že „vývoj a chování těchto dětí v mnohém připomíná nálezy u dětí vyrůstajících dlouhodobě v deprivacních podmínkách kolektivních dětských zařízení, nejsou však tak výrazné, dramatické a zřetelně ohraničené“ (Matějček, Bubleová, & Kovařík, 1997, str. 11). Jelikož se psychická subdeprivace netýká jen relativně malého počtu dětí žijících v ústavech, ale mnohem většího počtu dětí žijících rodinách, které se navenek jeví zcela nenápadně, je závažným společenským jevem. „Celý problém psychické subdeprivace si můžeme představit jako plovoucí ledovec. Nad hladinu v našem případě vyčnívá jen vážnější sociální patologie k níž subdeprivace přispěla (agresivita, alkoholismus, drogy, kriminalita apod.)“ (tamtéž).

6.1.2. Vazebné chování

Když přišel Bowlby poprvé se svou teorií o citové vazbě, vyvolalo empirických výzkumů a bádání, ozvala se spousta kritiků, kteří poukazovali na její nepřesnosti a nejasnosti. Proto v dalším vydání svého díla začal rozlišovat mezi *citovou vazbou (attachment)* a *vazebným chováním (attachment behavior)*.

Vazebným chováním Bowlby „označuje libovolnou z různých forem chování, které dítě běžně používá, aby získalo anebo udrželo žádoucí blízkost. V libovolném okamžiku může být nějaká forma tohoto chování buď přítomná, nebo nepřítomná, což do značné míry závisí na aktuálních podmínkách“ (Bowlby, 2010, str. 318) .

Jedním z prvotních způsobů komunikace je podle Aleksandrowicz & Aleksandrowicz (1989) pláč. Má mobilizovat úzkost dospělého a také to zákonitě dělá. „Svým pláčem nás dítě přitáhne k ochraně a ku pomoci.“ Dalším mnohem příjemnějším komunikačním prostředkem dítěte je úsměv. „V dětském úsměvu je veliká komunikační síla. Svým úsměvem si nás přitáhne ke směně radostných podnětů. Úsměvem nám říká: ‚Vítám tě! Mám radost, že jsi tu. Jsi můj, mám tě rád!‘ A kdo by si nechtěl tenhle zážitek zopakovat, kohopak by nezahřál u srdce? A tak se nad ním znovu a znovu skláníme, mluvíme na ně, děláme všelijaké ‚opičky‘ – chceme, aby se usmívalo, neboť je to znamení, že je mu s námi dobře“ (Matějček, 2013, str. 12)

Dle Bowlbyho (2010) je potřeba vazby vrozená a instinktivní. Vyskytuje se v kritickém období mezi 1. a 3. rokem života. Svá tvrzení dokládá na příkladech vazebného chování v přírodě. Pozorujeme-li na jaře chování zvířat, neuvidíme nic, co by nás překvapilo. Telátko pod krávou hledá vemeno s mlékem, hříbátko běží těsně za klisnou, jehně se opírá o ovci...Všechna mláďata v těsném kontaktu se svými zvířecími matkami. U těchto zvířecích druhů se mláďata rodí v takovém vývojovém stadiu, aby se mohla pár hodin po porodu volně pohybovat. Ve všech případech pak pozorujeme, že jakmile se matka někam vzdálí, mláďe ji následuje. U jiných druhů, například hlodavců, šelem a člověka, je vývojové stádium novorozence mnohem méně pokročilé. Trvá pak týdny či měsíce, než je schopné samostatného pohybu, ale jakmile ji získá, má stejnou tendenci držet se matky. Tento typ chování je charakterizován dvěma hlavními rysy:

- udržování blízkosti k jinému zvířeti a její obnovování, je – li narušena
- výlučnost druhého zvířete

(Bowlby, 2010, str. 163)

6.1.3. Separační úzkost

„Jestliže (skoro) vždy někdo přijde, když dítě přepadne úzkost, trápení, nepohoda, jestliže se (skoro) vždy dovolá pomoci, pak je nasnadě, že bude něco takového očekávat i nadále – bude mít důvěru ve své lidi. Pak je velmi pravděpodobné, že dospěje i k prázákladnímu poznání, že jeho svět není zlý. A odtud je už jen krůček k vyššímu poznání, že svět sám o sobě, svět obecně není zlý – že je možno lidem věřit – a že je možno s důvěrou hledět budoucnosti vstříc. A nic nám nebrání, abychom v této základní důvěře v lidi a svět hledali základy příštího životního optimismu.“

Zdeněk Matějček

Dítě se rodí s potřebou vyhledávat a udržovat těsný vztah s matkou (pečovatelskou osobou), při jejím vzdálení se dostavuje separační úzkost. **Separační úzkost** se projevuje pláčem, rozrušením, vztekem, zlostí a to v okamžiku, kdy je odděleno od mateřské postavy nebo se nachází v neznámém prostředí či mezi neznámými lidmi.

Separační úzkost má dle Leifer (2004) tři fáze:

- *protest* – vytrvalý hlasitý pláč, volání maminky (pečující osoby), odmítání jiných osob
- *zoufalství* – smutek, deprese, pokles pohybové aktivity
- *odmítnutí nebo lhostejnost* – dítě zdánlivě odmítá rodiče, tváří se lhostejně, navenek působí, jakoby si na separaci zvyklo

Dovolá-li se v těchto chvílích dříve či později pomoci, tak nemá, dle Matějčka (2004), úzkost vyvolaná nepřítomností mateřské osoby, na dítě negativní vliv. Jedná se o přirozenou reakci. „Zdravý přírodní mechanismus ve službách zachování života v něm budí úzkost tváří v tvář neznámému, neboť v neznámém se potencionálně skrývá nebezpečí života“ (Matějček, 2013, str. 15)

Na účinku a důsledcích separační úzkosti se dále podílí např.:

- *věk dítěte*
- *forma separace* – zda jde o krátkodobé odloučení, dlouhodobé, náhlé, postupné či úplné; v případě aktivní separace dítě opouští matku a prozkoumává okolí – byt, zahradu, ale vždy se vrací na výchozí místo, v případě pasivní separace je opouštěno matkou, aniž by o to stálo,

- *prostředí, ve kterém je dítě separováno* – může jít jak o pobyt v nemocnici, tak o pobyt u babičky nebo jiné osoby, která dítě hlídá;
- *předchozí zkušenosti dítěte s odloučením od matky či jiné pečující osoby*
- *přítomné a doprovázející osoby* - jejich chování i samotný vztah k dítěti, jejich snaha o zklidnění dítěte a odvedení pozornosti od nepřítomné matky;
- *temperament dítěte*

Dle Bowlbyho (2012) jsou navíc „přítomnost“ a „nepřítomnost“ relativní pojmy. Přítomností se rozumí „pohotová dostupnost“ a nepřítomností „nedostupnost“. Matka může být sice fyzicky přítomná, přesto ignorovat touhu svého dítěte po mateřské péči, a tím pádem být citově nepřítomná. Taková nevíšmavost může být způsobena depresí, odmítáním, nebo také tím, že matka dává před dítětem přednost jiným aktivitám, patogenně můžou rovněž působit výhrůžky, že dítě opustí, nebo že ho nebude mít ráda, když nebude hodné, když se nepolepší. Daniel Stern (2002) popisuje záměrné pozorování interakce matek z dětmi. Z interakcí byly pořizovány videozáznamy, které byly posléze zpracovávány. Ani Sternovi laboranti nedokázali zachovat profesionální odstup, zaznamenali-li nedokonalou interakci mezi matkou a dítětem. „Viděli, jak to neklape: dítě už má dost matčina zájmu a matka se mu vnucuje – dítě se chce mazlit a ona je krmí – dítě má hlad a ona se s ním mazlí – dítě je unavené a ona je budí. I jim bylo hned jasné, že tahle matka se chová nemateřsky“ (Stern, 2002, str. 86-90).

V laické i odborné veřejnosti se čas od času objeví diskuze na téma rozmazlování dítěte nadměrnou péčí. Věřím, že „když matka vnímá signály svého dítěte a reaguje na ně pohotově a přiměřeně, dítě prospívá a vztah se rozvíjí utěšeně“ (Bowlby, 2010, str. 308) Vše se ale dle Bowlbyho (2010) mění k horšímu, není-li matka vnímavá a nedává tak dítěti to, co potřebuje. Existují však i poruchy pramenící z nadměrné péče, ve které matka dítěti nenechává vlastní prostor, přebírá veškerou iniciativu a svou přítomností ho zahlcuje, ty jsou však méně běžné. V západním světě se mnohem častěji sekáme s poruchami způsobené nedostatečnou mateřskou péčí. Mateřskou vazbu je tedy žádoucí všemožně podporovat.

6.2. BONDING

„Asi jí nedali včas dítě do náruče. Jak to? No víte, když je nejhůř, když se matka nechová jako matka, dejte jí dítě do rukou, když má jednou své dítě v náručí, tak se uchytí, tedy většinou.“

Adolf Branal, Vizita

Představa, že se všechny děti, které se ocitnou bezprostředně po narození v mámině náručí, stanou dětmi bezpodmínečně milovanými, je krásná, romantická, ale bohužel velmi zjednodušená. Podobným iluzím podléhali možná i členové interrupčních komisí, které opakovaně zamítli žádost o přerušování těhotenství matkám, které se později staly účastnicemi Matějčkovy výzkumu (1975) o nechtěných dětech. Až takový zázrak se bohužel nekonal. Dlouhodobé studie bohužel ukazují, že „nechtěné těhotenství je v historii dítěte přitěžující okolnost“ (Matějček & Langmeier, 1986, str. 75), která se eliminuje jen velmi těžko.

Přesto je třeba zdůraznit, že v jedinečném okamžiku zrození, jsou matka a dítě k navázání silné vazby ideálně nastaveni. Klaus a Kennell (1995, in Hoskovcová, 2006) považují za nejdůležitější dobu pro vytvoření kvalitní silné vazby mezi dítětem a matkou chvíle následující bezprostředně po porodu, během senzitivní fáze mateřství. Jde o trvalou emocionální reakci, která je u matky přirozeně vyvolána kontaktem s novorozencem. Již několik let se u nás pro budování základů emoční vazby mezi matkou a dítětem používá termín bonding.

„Bonding – z anglického slova lepení či připoutání – proces utváření láskyplné vazby mezi dítětem a jeho matkou po porodu podporovaný biologickými, imunologickými, fyziologickými a psychologickými procesy“ (Mrowetz & Peremská, 2013, str. 201).

„Mateřské pouto se většinou začíná vyvíjet v průběhu těhotenství, ale k „hormonálnímu výbuchu“ dochází ve čtvrté době porodní, tedy hned po samotném porodu, kdy je dítě poprvé v jiném, než děložním kontaktu s matkou“ (Mrowetz, Bonding? Bonding!, 2011).

Ještě počátkem minulého století byl porod stejně úmrtí běžnou součástí života, který se odehrával doma, v kruhu rodiny. Po dramatických událostech v období světových válek se situace změnila. Starost o zdárný průběh porodu převzal stát, porody se předsunuly do porodnic. S příchodem institucionalizovaných porodů ztrácí ale narození svoji přirozenost. Přání rodičky a potřeby dítěte jako by byly v celém tom procesu stály bokem, důležitý je

porodník, případně zdravotní sestra. I při fyziologickém porodu se z rodičky stává v očích nemocničního personálu pacientka, i na zdravé dítě je pohlíženo jako na pacienta. Před vytvářením emocionálních vazeb je dáována přednost mnohdy zbytečným rutinním vyšetřením. Dítě je matce přivážno v pravidelných intervalech pouze na kojení, bez ohledu na jejich touhy a potřeby jsou od sebe nepochopitelně separováni. A jelikož má být pacient pouze trpělivým pasivním objektem medicíny, vede to dle Balinta (2000) ke ztrátě kontroly nad vlastním zdravím, k „rozpuštění zodpovědnosti“.

Ačkoliv se situace v posledních letech mění k lepšímu, v mnoha českých porodnicích se stále setkáváme v raném poporodním období s různě dlouhou dobou separace. „Přitom i krátká separace může vést k dlouhodobým problémům jak na straně matky, tak i novorozence. Bonding není metoda, jak je mnohdy zdravotníky chybně interpretováno. Zdravotníci mohou vazbu mezi dítětem a jeho matkou, potažmo rodinou, podporovat a tak podporovat zdravé adaptační mechanismy dětí, matek a celých rodinných systémů. Touto podporou dochází k léčbě kolektivního traumatu několika generací, způsobeného separací po porodu.“ (Mrowetz & Peremská, 2013, str. 201). A tak některé rodičky jsou-li konfrontovány s tímto přístupem, spoléhají raději na lékařské zásahy, jiné se ale naopak chtějí zcela vyhnout nemocničnímu prostředí a chtějí rodit doma. To s sebou nese určitá rizika, která nelze podceňovat, a i lékaři prosazující koncepci *přirozeného porodu* často porody doma odmítají. Přirozený porod lze však zasadit i do prostředí porodnice. Vše záleží, nebo mělo by záležet, jen na přání a potřebách nastávající matky a jejího dítěte.

I proto se někteří porodníci i psychologové ve své praxi zaměřují na osvětu zdravotníků i budoucích rodiček.

6.2.1. Přirozený porod

Se snahou o prolomení léty zakořeněných mýtů a předsudků týkajících se porodu přišel v sedmdesátých letech porodník a gynekolog Fréderick Leboyer. Vrátil porodu přirozenost se snaží nejen prostřednictvím svých knih, jako např. *Porod bez násilí*, ale také přednáškami či videonahrávkami. Leboyer připomíná to, co vyslovil již Bowlby a mnoho dalších po něm, že „experimenty ukazují, že při narození dítěte, nebo velmi brzy po něm pracuje každý smyslový orgán“ (Bowlby, 2010, str. 235) Leboyer (1995) upozorňuje, jak nevhodně se z tohoto pohledu jeví obvyklý porod v nemocnici, při kterém porodník hlasitými pokyny nabádá rodičku, *aby pořádně zatlačila*, světla novorozeně oslňují sotva opustí bezpečné lůno matky a místo, a místo toho, aby se co nejrychleji dostalo zpět k hlasu a vůni, na kterou

bylo zvyklé celých dlouhých devět měsíců, bere ho gumových rukavic zdravotní sestra a odnáší ho umýt a otřít, pro jeho citlivou pokožku, hrubou osuškou. Že se jeho názory neseťkaly u porodníků s jednoznačným přijetím, svědčí nejlépe slova Aleše Roztočila z knihy *Moderní porodnictví*: „Na rozdíl od Leboyera jsme přesvědčeni, že porod je nebezpečný jak pro matku, tak pro plod. Proto je nevodné spoléhat se jen na rozum přírody.“ A dále pak „Není prokázáno, že po porodu novorozenci světlo skutečně vadí, stejně tak jako zvuky porodního sálu. Přestože je prokázáno sensorické vnímání stimulů plodem, úvaha o jejich nepříjemném prožívání je pouze spekulativní“ (Roztočil & kolektiv, 2008). Jakoby v odpověď na to Leboyer (2006) upozorňuje, že stále žije v iluzi osmnáctého a devatenáctého století, kdy se věřilo, že věda může všechno vysvětlit. Porod ale probíhá i jiné na úrovni. „A to je důvod, proč ho musíme přestat vidět jen jako lékařský, biologický, fyziologický problém“ (Embid, 2006).

Leboyerovi zkušenosti, poznatky a myšlenky uvedl do praxe mimo jiné Michel Odent, který založil nedaleko Paříže porodnici, která vychází s principů přirozeného porodu s minimalizací medikace. V rozhovoru pro *Babyweb.cz* Odent uvádí: „aby žena porodila dítě a placentu, potřebovala až donedávna uvolnit směs hormonů. Hlavní složkou této směsi hormonů je oxytocin. Dnes víme hodně o efektech těchto hormonů na chování a můžeme to shrnout tak, že k porodu dítěte a placenty je třeba uvolnit koktejl hormonů lásky. Ale to se najednou změnilo. Dnes jsme v době syntetického oxytocinu. Většina žen rodí s kapačkou oxytocinu, který nahrazuje přirozený hormon. Mnoho žen rodí císařským řezem. Na celosvětové úrovni se počet žen, které porodí dítě a placentu díky tomuto hormonu lásky, stává bezvýznamným“ (Chrastilová, *Rozhovor / Michel Odent: Porod a budoucnost lidského druhu*, 2013) Odent (2003) uvádí, že prospěšnější než „zjednodušit“ porodní proces použitím syntetického oxytocinu či epidurální anestezie, je uvolnit ženu přirozenými prostředky jako jsou bazének s teplou vodou, přítímí, mateřské porodní asistentky. Odstraní-li se strach, napětí, úzkost a stres probíhá porod sám od sebe jednodušeji.

6.2.2. Podpora bondingu

„Bonding – láska na první pohled existuje!“

Michaela Mrowetz

Američtí pediatři Klaus a Kennell (1971) přišli s teorií popisující význam prvního kontaktu matky s dítětem. Tento proces nazvali bonding. Bonding je tedy proces, který následuje bezprostředně po porodu a při kterém dochází budování emočních vazeb mezi matkou a dítětem. Pozorováním a následnými standardizovanými rozhovory s osmadvaceti prvorodiček, z nichž polovina měla obvyklý, a druhá polovina rozšířený, kontakt s dítětem zjistili, že maminky v druhé skupině byli ještě rok po porodu v interakci s dítětem trpělivější a ochotněji a rychleji reagovali na potřeby svého dítěte. Tyto studie naznačují, že jednoduchá modifikace péče krátce po porodu může změnit následné mateřské chování. Bonding nemůže být nebo nebýt, dochází k němu vždy, ať již uvědoměle či neuvědoměle, může být ale podporovaný nebo nepodporovaný. Pouto mezi dítětem a matkou vzniká již v průběhu těhotenství, ale v prvních hodinách po porodu, kdy hypothalamus produkuje maximální množství oxytocinu, „jsou matka a dítě skvěle a neopakovatelně hormonálně nastaveni na to, aby se do sebe navzájem zamilovali“ (Mrowetz, 2011).

6.2.2.1. Deset kroků podpory bondingu

Zdravotníci mohou vazbu mezi matkou a dítětem a tím i celými rodinnými systémy podporovat. U nás se podporou bondingu již několik let intenzivně zabývá klinická psycholožka Michaela Mrowetz, která nejen pro jejich potřeby sestavila deset kroků podpory bondingu.

DESET KROKŮ PODPORY BONDINGU

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

- Při porodu sekci se pokládá 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 přerušování 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 přerušování 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 či upravení látky pod krkem pro zajištění matčina výhledu

- Pokud novorozenec musí být v inkubátoru, pak ideálně zajistíme pobyt v jedné místnosti, vizuální kontakt mohou částečně nahradit fotografie, videozáznam a nejlépe přímý přenos web kamerou

4. Samopřísátí – tzv. breast crawl

- Novorozenci a matce necháváme dostatečný čas na seznámení v kontaktu kůže na kůži
- 30–60 minut trvá, než je dítě připravené k prvnímu samopřísátí
- 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 neatíráme ručky od plodové vody (plodová voda voní jako bradavka)
- Znamky připravenosti sát: dítě si strká pěstičky do úst, sliní, otvírá 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, vlídného 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 zdravotník

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 otištění 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 křtu po smrti a podpořit v organizaci pietního rozloučení s dítětem

Tabulka 2 Deset kroků podpory bondingu / Zdroj: (Mrowetz & Peremská, 2013, str. 202)

- **kůže na kůži / skin to skin**

Položení nahého novorozence na nahé břicho matky bezprostředně po porodu a následný nepřerušovaný minimálně dvouhodinový, ideálně dvanáctihodinový **kontakt kůže na kůži** může dle Mrowetz (2013) zlepšit výsledky kojení, zlepšit vytvoření rané vazby mezi matkou a dítětem, zmírnit novorozenecký pláč, zvýšit kardiorespirační stabilitu a nemá žádné zjevné krátkodobé ani dlouhodobé negativní účinky. Ze závěrů randomizované studie

Mörelia et. al (2015) vyplývá, že nepřetržitý SSC⁹ tlumí stres kojence, což potvrzuje teorii, že raný fyzický kontakt má vliv na mozkové systémy kojence, které řídí napětí. Tato studie je první, která sleduje množství kortizolu ve slinách a jeho vliv na předčasně narozené děti s nimiž jsou matky, během prvního týdne života, v kontaktu SSC, v průměru 19 hodin denně. *Před pár dny proběhla medii snad celého světa fantastická zpráva o zázračném oživení maličkého Jamieho. Chlapec se narodil ve 26.tt, ale po pár minutách museli lékaři přistoupit resuscitaci, kterou po 20 minutách ukončili. Lékaři oznámili rodičům, že chlapec zemřel. Rodiče žádali o možnost rozloučit se s dítětem. Matka si položila novorozence na nahé tělo a spolu s otcem jej hladili. Po pár minutách začalo dítě dýchat. Dnes má Jamie pět let.* (TN.cz, 2015)

Ačkoliv se mi nepodařilo ověřit věrohodnost tohoto příběhu, dle jednoho článku odmítá lékař rozebírat celou událost s medii, přesto oceňuji jeho význam. Tisíce lidí se článek přečetlo a začalo o významu a síle mateřského objetí minimálně přemýšlet.

- **dotepání pupečníku**

Dle Mrowetz (2013) způsobuje **časné přerušení pupečníku**, ochuzení objemu krve novorozence až o 30–50 %. Odložení přerušení pupečníku, u zdravých novorozenců po dobu nejméně tří minut zlepšuje dle randomizované studie Andersson, Hellström-Westas, Andersson, & Domellöf (2011) hodnoty železa ve čtyřech měsících a snižuje počet případů novorozenecké anémie, to vše bez prokazatelných nepříznivých účinků.

- **samopřisátí / breast crawl**

Každý novorozenec, který je umístěn na břicho matky, brzy po narození, má schopnost najít svůj mateřský prs a dle své vlastní připravenosti se poprvé nakojit. Jedná se o tzv. **breast crawl**, tedy samopřisátí. UNICEF, WHO a WABA spolu s vědeckou komunitou doporučuje zahájit kojení do půl hodiny po porodu. Aby bylo dítě vhodně naladěné na první přisátí, může podle Mrowetz (2011) odpočívat spolu s maminkou a seznamovat s ní. Dítě si mezitím strká pěstičky, na kterých má plodovou vodu, do úst, aby jej k bradavce dovedla, ta voní stejně jako plodová voda, olizuje si rty, proto není vhodné umývat dítěti ruce od plodové vody, či je balit do osušky či zavinovačky. Po medikovaných porodech je miminko chvíli unavené, je proto zapotřebí nechat jej odpočinout na kůži matky.

Klaus a Kennell (1998) poukazují na to, že kojení anebo olizování matčiny bradavky dítětem vede k uvolňování oxytocinu matkou, což urychlí děložní kontrakce a redukuje krvácení.

⁹ SSC – skin to skin kontakt - kontakt kůže na kůži

Poté co již kojení probíhá, pohled nebo vzpomínka na dítě vedou k let-down reflexu¹⁰. Při každém sání se zvyšuje hladina oxytocinu, což má na matku zklidňující účinek a také se takto zpevňuje pouto, které je mezi matkou a jejím dítětem. Posledně zmíněný účinek je důvodem, proč se oxytocinu říká také „hormon mazlení“ (cuddle hormone).

- **Všechna vyšetření a základní ošetření novorozence na těle matky**

Nezbytné ošetření pupečníku a zhodnocení Apgar skóre¹¹ lze u realizovat přímo na těle matky. Vše ostatní, jako je měření, vážení, podávání vitamínu K a ošetření očí lze odložit na později. U rizikového novorozence je třeba, aby zdravotní úkony probíhaly v blízkosti matky, aby měla nad miminkem kontrolu, alespoň vizuální. Největší problém, proč tomu tak není, spatřujeme v zažitých rutinní postupech, na které jsou zdravotníci dlouhá léta zvyklí a není jednoduché je měnit.

6.2.2.2. Otec u porodu

Dalším, kdo by mohl pomoci podpořit bonding, je doprovázející osoba. U nás je to nejčastěji otec dítěte. Názory odborníků i laiků na přítomnost otce u porodu se velmi různí a výzkumů na toto téma je nedostatek. Většinou si tedy děláme názor podle zážitků svých, či zkušeností z okolí. „V poslední době je patrný jistý odklon od původního nadšení, které vítalo přítomnost otce na porodním sále jako převratnou pozitivní novinku a málem revoluční vymoženost“ (Uzel, 2014). Je pravda, že „muži nejsou od přírody vybaveni hladinou oxytocinu, spíše produkují ve stresu adrenalin a testosteron, který může celý proces porodu brzdit“, ale na druhou jsou-li přítomni porodu, „cítí ke své ženě úctu a zážitek porodu v nich většinou vzbudí velkou vlnu lásky ke své ženě a jsou na svou ženu pyšní. Pocity jako hrdost a úcta jsou velmi užitečné v období po porodu, která je pro novorozený rodičovský pár většinou křest ohněm“ (Mrowetz, Bonding? Bonding!, 2011).

Jsou však psychologové, jako například námi již několikrát citovaný zastánce přirozeného porodu Michel Odent, který se staví zcela jednoznačně proti. Podle Odenta (2013) je pro ženu prototypem osoby, se kterou se cítí bezpečně, aniž by si připadala pozorována, je matka. Touto mateřskou postavou je porodní asistentka. „Popíšu situaci, která může porod velmi zjednodušit. Je to velmi jednoduchá scénka, ovšem v naší společnosti téměř

¹⁰ let-down reflex – ejekční, spouštěcí, uvolňovací reflex

¹¹ Apgar skóre (skóre Apgarové) - metoda umožňující rychlé a srovnatelné zhodnocení poporodního stavu novorozence. Hodnotí pět faktorů - srdeční frekvence, dýchání, svalové napětí, reakce na podněty a barva kůže

neznámá. A možná je dokonce kulturně nepřijatelná. Máme rodící ženu, kolem ní není nikdo, kromě jedné zkušené porodní asistentky, která mlčí, sedí v rohu. A plete.“ Taková představa se nám může jevit minimálně kuriózně. Odent však vysvětluje, že monotónní činnost jako je pletení, snižujete hladinu adrenalinu a nízká hladina adrenalinu v krvi porodní asistentky je pro rodičku velmi důležitým zklidňujícím činitelem.

V této chvíli asi nelze jednoznačně říct: „Přítomnost otce u porodu JE/NENÍ přínosem pro navázání rané vazby mezi rodiči a dítětem. Jisté však je, že ať už se otec přímo účastní narození svého dítěte, či ne, musí to být bez nátlaku a na přání obou partnerů.

6.2.2.3. Podpora bondingu po nefyziologickém porodu

Podpora rané vazby, je důležitá nejen pro děti zdravé, ale je přímo nezbytná také u dětí nedonošených, nemocných či dětí narozených po vyvolávaném nebo operativním porodu. Chrastilová (2012) zdůrazňuje, že právě vzájemný kontakt mezi maminkou a jejím miminkem pomáhá léčit emoční i fyzická zranění vzniklá v důsledku porodu. Maminka, která ze zdravotních důvodů porodí své dítě sekci, ztrácí kontrolu nad situací a mnohdy trpí pocity a výčitkami, že nezvládla porodit své dítě vaginálně. Podpora raného kontaktu pomáhá obnovit ztracenou rovnováhu u dítěte i matky a posiluje zdravé reakce obou. Podpora bondingu je přitom možná vždy a za všech podmínek, a to i po porodu císařským řezem. Není to jednoduché, ale zvládnout se to dá. Mrowetz (2011) předložila praktický návod:

- pro kontakt „skin to skin“ pokládat nahého novorozence pod prsa – horizontálně.
- operační pole se snížit pod hrudí matky.
- novorozence přidržuje další osoba, tedy otec nebo jiný doprovod u porodu, případně zdravotník tak, aby mohl efektivně hledat bradavku a přisát se
- kontakt kůže na kůži může na nezbytně dlouhou dobu (při dokončování operace a přemísťování matky na lůžko) zajistit místo matky otec

Mrowetz (2012) objasňuje, že podpora raného kontaktu po císařském řezu vyžaduje po zdravotnících velké množství empatie a také ochotu vyjít z rutiny. Jejich podpora rozvíjejících se rodičovských kompetencí je však pro společnost velmi důležitá a ozdravná. Jak lze provádět podporu bondingu po porodu císařským řezem ukazuje následující fotopříběh:

Podpora rané vazby mezi matkou a dítětem v Krnově u CS



Obrázek 2 Podpora rané vazby mezi matkou a dítětem v Krnově u CS

1. Na operačním sále - miminko hned po operaci osušeno a položeno na hrudník; aby matka mohla rukama dítě objímat, má zajištěnu žílu na hřbetu ruky a ne v ohbí; lékař v pozadí dokončuje operaci; rodiče do operačního pole nevidí
2. maminka dítě prohlíží a navazuje oční kontakt, pod ručníkem se dotýká nahého miminka, cítí jeho teplotu, vůni...
3. Miminko otevírá oči a začíná hledat bradavku, lékař ještě nedokončil operaci
4. Lékař dokončil operaci; transport dítěte na oddělení šestinedělí zajistil otec kontaktem kůži na kůži
5. Po přenesení na pokoj bylo dítě vráceno mamince zpět na hrudník. Takto v kontaktu kůži na kůži došlo i k samopřisátí miminka a měření a vážení proběhlo až po 4 hodinách.

(Čurdová, 2013)

VÝZKUMNÁ ČÁST

7. VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE

Z prostudované literatury a odborných časopisů je zřejmé, že chvíle následující bezprostředně po porodu významně ovlivňují vytvoření kvalitní citové vazby mezi dítětem a jeho matkou.

Cílem práce je vytipovat, které momenty jsou klíčové v utváření rané vazby mezi matkou a dítětem a jaký vliv má podpora *bondingu* na délku kojení, zjistit rozdíly v prožívání porodu podle způsobu podpory *bondingu*. Dalším cílem srovnat prožitky žen bezprostředně po porodu a po dvou letech od narození dítěte.

8. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- Ovlivňuje podpora *bondingu* kvalitu vazby matka – dítě i po dvou letech od porodu?
- Které další faktory ovlivňují utváření vazby?
- Pomáhá podpora *bondingu* matce a dítěti po nefyziologickém porodu léčit emoční a fyzická zranění vzniklá v důsledku porodu?
- Daří se porodnicím podporovat *bonding* po nefyziologickém porodu?
- Ovlivňuje podpora *bondingu* vliv na pocity rodičky týkající se porodu i po dvou letech od narození dítěte?
- Liší se prožívání a hodnocení porodu žen, které v jeho průběhu podporoval partner a od pocitů těch, které rodily bez něj?
- Má první přísátí do 30 min po porodu vliv na délku kojení?
- Ovlivňuje kvalita vazby matka - dítě vazbu dítěte s otcem a ostatními členy rodiny?
- Ovlivňuje kvalita vazby k primární osobě navazování vztahů s vrstevníky?

9. METODOLOGICKÝ RÁMEC

9.1. TYP VÝZKUMU

S ohledem na to, že má naše studie charakter předvýzkumu a s přihlédnutím k citlivosti zvoleného tématu jsem se při jeho realizaci rozhodla pro kvalitativní přístup, a to pro případovou studii. Utváření rané citové vazby mezi matkou a dítětem je velmi intimní záležitost a proto jsem přesvědčena, že by kvantitativní přístup nebyl správnou volbou. Kvalitativní přístup umožňuje získávat data přirozenějším způsobem a poskytuje tak lepší

pochopení dané situace. Zároveň umožňuje získat od respondentů podrobnější a detailnější informace, ke kterým bych se pomocí kvantitativních metod vůbec nedostala.

Jak uvádí Miovský (2006) kvalitativní výzkum využívá principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky.

9.2. METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

K účelům tohoto výzkumu byla využita metoda strukturovaného a polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly v prostředí, které zaručovalo dostatek soukromí pro uvolněné nerušené hovory o dojmech, pocitech a důvěrných detailech souvisejících s porodem a soukromých rodinných mechanismech. Po krátkém neformálním rozhovoru, jehož cílem bylo navázání důvěry a uvolnění atmosféry, jsme přistoupily ke schématu strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Během dialogu jsem se ženy usměrňovala zcela minimálně. Snažila jsem se ponechat jim dostatečný prostor pro vyjádření vlastních pocitů a emocí.

Další metodou získávání dat byl Dotazník interpersonální orientace FIRO-B, který byl předložen nejen matkám, které byly zapojeny do výzkumu, ale i jejich partnerům, otcům dítěte.

„FIRO, zkratka pro *Fundamental Interpersonal Relations Orientation*, vyjadřuje stručně zaměření teorie interpersonálních vztahů navržené Williamem C. Schutzem“ (Schutz, 1976). Dotazník predikuje způsob sociální orientace vůči ostatním, charakteristický pro daného jedince, a z toho plynoucí typ interpersonálního chování. Umožňuje měření individuálních charakteristik, ale také vhodnou kombinací individuálních indexů odhad vztahů mezi dvěma i více jedinci.

Po ukončení rozhovoru a vyplnění dotazníku jsem respondentům poděkovala za projevenou důvěru a čas, který mi věnovaly.

9.3. METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT

Data získaná od žen, které se výzkumu zúčastnily, byla nejprve fixována formou audiozáznamu. Takto získaná data byla dále upravována tak, aby s nimi mohla být prováděna následná analýza. To znamená, že audiozáznam byl přepsán do podoby textu, tedy proběhla tzv. transkripce (Miovský, 2006). Transkripce byla doslovná. Třetím a posledním krokem před zahájením samotné analýzy byla tzv. systematizace kvalitativních

dat. Další fází bylo jejich kódování. Jednotlivé segmenty textu byly přiřazeny k jednotlivým výzkumným otázkám.

9.4. ETICKÉ PROBLÉMY A ZPŮSOB JEJICH ŘEŠENÍ

Před zahájením rozhovoru jsem zúčastněné ženy seznámila s průběhem a cílem výzkumu. Všechny ústně vyjádřily informovaný souhlas se svou účastí. Získaná data byla použita pouze pro účely výzkumu k této diplomové práci, zároveň byla zajištěna anonymita zúčastněných matek a bezpečnost jejich osobních údajů. Jména respondentek byla změněna. Protože jsem si vědoma citlivosti tématu, přistupovala jsem ke všem respondentkám s maximálním taktem a empatií.

10. ZKOUMANÝ SOUBOR

V první etapě našeho výzkumu, který byl součástí bakalářské práce (Zátopková, 2013) jsme využili tři metody výběru, a to metodu záměrného (účelového) výběru, metodu sněhové koule (*snowball*) a metodu příležitostného výběru výzkumného souboru. Metody výběru byly podřízeny cílům výzkumu.

Všechny respondentky, které se zapojily do první části výzkumu v roce 2013, který byl součástí mé bakalářské práce (Zátopková, 2013), souhlasily s účastí i v navazujícím longitudinálním¹² výzkumu, který je součástí této práce. V druhé etapě se pak respondenty našeho výzkumu stalo navíc 6 mužů, partnerů našich respondentek, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření FIRO-B. Dva muži, partneři stávajících respondentek, se do výzkumu odmítli zapojit.

Konečný soubor účastníků tvořilo tedy 8 matek a 6 otců ve dvou skupinách, tedy čtyři plus tři v každé skupině. První skupinu tvořily ženy po nefyziologickém porodu a jejich partneři, druhou ženy po porodu fyziologickém a partneři.

Všechny ženy i muži byli ve věku od 30-ti do 40-ti let. Všichni respondenti pochází z Moravy, z čehož sedm z Moravskoslezského kraje a dva z kraje Zlínského. Všechny ženy porodily živé dítě, které je v současné době bez závažnějších zdravotních komplikací.

¹² Longitudinální výzkum – metoda či skupina metod jak měřit kauzální vztahy. Pro každou proměnnou výzkumník sbírá data v přinejmenším dvou různých časových obdobích. Respondenti nebo případy jsou buď totožní, nebo aspoň srovnatelní. (Jandourek, 2008, str. 50)

11. VÝSLEDKY

11.1. ZÁKLADNÍ VÝSTUPY

1. skupina – Ženy po nefyziologickém porodu

ANNA

- křestní jméno: **Anna**
- věk: **36**
- stav: **vdaná**
- porod:
 - rok: **2008**
 - místo: **Fakultní nemocnici Ostrava**
 - týden těhotenství: **28**
 - způsob: **sekce, celková anestezie**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **ne**

V první etapě výzkumu jsme se zaměřili především na průběh porodu a následné procesy, které s porodem těsně souvisejí. První Annino těhotenství skončilo pozdním samovolným potratem¹³ a ani druhé těhotenství se nevyvíjelo právě idylicky. Nejdřív dlouho nemohla otěhotnět. Nedlouho potom, co zjistila, že je gravidní, oznámil jí lékař, že je její těhotenství značně rizikové. Ve 26. týdnu těhotenství (dále už jen TT) byla kvůli silným křížovým bolestem přijata k hospitalizaci na Porodnicko – gynekologickou kliniku Fakultní nemocnice Ostrava. Annina dcera se narodila sekci ve 28 TT. *„Její stav byl po porodu stabilizovaný, vážila 1250 g a měřila 42 cm. Byla napojena na přístroje podporující dýchání, ale nemusela být zaintubována¹⁴“*. Anna strávila 24 hodin na JIP, její stav byl *„po fyziologické stránce v pohodě, ale psychicky...no, děs“*. Anna byla ve velmi špatném psychickém stavu, což prakticky nikdo neřešil. *„Celý pobyt na JIP jsem probrečela, byla jsem zoufalá, bezmocná a strašně zmatená.“* Dle jejich slov ji nevalil samotný císařský řez, ale děsilo ji, že byla Janička nedonošená, že ji neviděla, že neví, co s ní bude. Její psychický stav se ještě zhoršil po přestěhování na poporodní oddělení, kde s ní na pokoji byly maminky s novorozenci. *„Řekla*

¹³ Samovolný (spontánní) potrat není vyvolán ani těhotnou ženou, ani druhou osobou. Podle toho, kdy nastal, rozlišujeme časný – v prvních 12. týdnech gravidity, a pozdní, mezi 13. a 28. týdnem gravidity. **Je zadán neplatný pramen.**

¹⁴ Intubace je pojem z lékařství. Týká se zavedení trubice do vnějšího nebo vnitřního otvoru v lidském těle. **Je zadán neplatný pramen.**

jsem jim, že pobyt na jednom pokoji s dětmi nedám, protože sama nevím, co je a bude s mým dítětem.“ V prvních hodinách po porodu nezažila Anna ani náznak podpory bondingu. „*Po nezdařeném epidurálu¹⁵, mi byla dána celková anestezie¹⁶“.* Vytváření rané vazby mezi ní a její dcerou hodnotí Anna jako „*velmi složité a zdlouhavé...*“ Pohled na její dítě byl pro ni stresující. „*Vypadla neskutečně malinká, při dýchání se jí propadal hrudník a vidět bušící srdíčko jen přes kůži ... mi na první setkání s Janičkou nedává zapomenout. Pocit, že jsem jako matka selhala, když jsem ji nezvládla ani donosit, mám vlastně dodnes.*“ Při vyprávění při našem prvním rozhovoru před dvěma, tedy pět let po porodu, měla Anna při vyprávění o ‚prvním setkání‘ s dcerou, slzy v očích. „*Dívala jsem se na ni a nevěřila jsem, že je to moje dítě. Nebyl tam pocit té mateřské lásky, jak jsem o ni slyšela, nepopsatelné pocity štěstí... To tam vůbec nebylo a to mě děsilo.*“ Anna měla obrovský strach o život o Janiččin život. „*Pořád jsem chodila k inkubátoru se strachem, že tam nebude.*“ Někdy stačí zdánlivá maličkost. Anně pomohla povzbudivá slova jedné sestřičky. „*Nebojte se, ona to zvládne, je to pěkný živouš!*“ Anna si díky oparům, které se jí objevili pravděpodobně vlivem stresu po porodu, mohla dceru poprvé pochovat až po pěti týdnech. Anna dle svých slov žárlila na svého muže. „*Byl první, kdo Janičku viděl, kdo se jí dotkl, kdo ji choval... I dnes mám pocit, že spolu mají vřelejší vztah než já a dcera. Obavy, jestli jsem dobrou mámou, mám pořád. Ale, pochyby jestli svou dceru budu milovat, nemám. **Miluji ji...***“ (Zátopková, 2013) Po těchto slovech jsme se s Annou před dvěma lety rozloučily.

V druhé etapě nás zajímal především vývoj vztahové vazby mezi matkou a dítětem, ale také s ostatními blízkými osobami a vrstevníky. Když jsme se letos opět setkaly, dozvěděla jsem se spousty zajímavých novinek z jejího života. Janičce je nyní sedm let a krátce po našem prvním rozhovoru šla své mamince a tatínkovi na svatbě za družičku. Před deseti měsíci se Anně narodila v řádném termínu po bezproblémovém těhotenství druhá dcera Terežka. S tatínkem tráví Jana dle Anniných slov „*Hoodně!!! Ti dva jsou skvělí parťáci! Věnuje ji, vlastně nám všem, téměř všechn svůj volný čas. Pořád něco spolu kutí v garáži. Díky jeho trpělivosti naučil Janču bruslit, jezdit na kole, lyžovat. Zrovna dnes jsem je pozorovala z okna, jak ji učí jezdit na motorce. Byla jsem tak šťastná a pyšná. Často si jen tak spolu*

¹⁵ Epidurální anestezie/analgezie - se dosáhne podáním malého množství místního anestetika a silného analgetika do epidurálního prostoru. Tím dojde ke zmírnění vnímání porodních bolestí. Celkový stav rodičky je ovlivněn jen minimálně (FN, 2015).

¹⁶ Celková anestézie - narkóza je uměle navozená ztráta vědomí. Současně jsou farmakologicky vyraženy pocity bolesti (FN, 2015)

povídají, manžel ji s láskou a něhou vypráví o babičce a dědečkovi, o svém dětství. Standa zařizuje takové ty každodenní „maličkosti“, ranní vstávání, odvoz do a ze školky, odvedení na různé mimoškolní aktivity, večerní čtení pohádek... Jejich vztah je krásný! Janička je tatínkova holčička!“ Když Anna o vztahu své dcery s jejím otcem vypráví, je viditelně dojatá, dílem proto, že stále na jejich vztah malinko žárlí, a dílem proto, že sama takový vztah s rodiči nikdy nepoznala. Její otec opustil rodinu krátce po jejím narození, maminka – alkoholička se znovu vdala a její nový manžel děti z prvního manželčina manželství nikdy nepřijal. Proto ji neskutečně těší, že její dcera bude mít vzpomínky na dětství a vztah s rodiči zcela odlišný.

Anna Janičku charakterizuje jako vnímavou, citlivou, chytrou holčičku, která se často trápí školkovými vztahy. *„Výtky, které ji někdo řekne, si hodně zabírá. Někdy mi připadá, že je ‚ztracená‘ v prostoru a čase, roztržitá, nesoustředěná, dětská...Moc se neprosazuje, prostě není tou tzv. ‚dravou rybou‘, která by používala ‚ostré lokty‘, čeká, co na ni zbyde.“*

S prarodiči má Janička vztah dle Anny báječný. Anna se svou matkou a otčímem vztahy již dávno urovnala, a tak nic nebrání tomu, aby Janička vnímala své prarodiče zcela bezproblémově. Jelikož Anna po narození Janičky dokončovala studium na VŠ, chodila Janička docela často u babičky a dědečka na „na hlídání“ a nikdy s tím neměla problém, *„Udělal pá pá a bylo.“* Ani mateřská škola není pro Janu „nepřátelským územím“. Má spousty kamarádů *„zaleží jí na nich i na tom, aby i oni ji měli rádi. Pokud se spolu nebaví (známe to „dívčí“ bavka –nebavka, moc jí to trápí. A často to doma s námi řeší.“*

Nádherný vztah má i se svou mladší sestřičkou. *„Zatím jsme nemuseli řešit jakýkoliv náznak žárlivosti. Byť Viola potřebuje více péče, nezapomínáme na Janičku, věnujeme se jí...tedy alespoň doufám, že to děláme správně...a cítí to taky tak.“*

NIKOLA

- křestní jméno: **Nikola**
- věk: **31**
- stav: **vdaná**
- porod:
 - rok: **2008**
 - místo: **Fakultní nemocnici Ostrava**
 - týden těhotenství: **32**

- způsob: **vaginální**
- otec (či jiná osoba) u porodu: **otec**

Na rozdíl od Anny měla Nikola alespoň během prvních měsíců průběh těhotenství naprosto bezproblémový. Po genetických testech se však situace změnila. Na základě výsledků biochemického screeningu jí byla indikována amniocentéza¹⁷. Výsledky aminocentézy našťastí podezření na poškození plodu nepotvrdily. Nikola však vidí právě v tomto vyšetření příčinu předčasného příchodu na svět svého dítěte. Kryštof se narodil v roce 2008 ve Fakultní nemocnici Ostrava ve 32 týdnu těhotenství poté, co Nikole spontánně odešla plodová voda. *„Bylo to nekonečné. Rodila jsem 18 hodin. Porod byl vyvolávaný, ale bohužel jsem se neotevírala. Pak když už jsem měla kontrakce, tak mi dali epidurální anestezii a stalo se to, že kontrakce se zastavily a vše začlo nanovo – infuze s vyvolavačkou, pak znovu anestezie v mírnější formě ještě dvakrát. No, a když byla půlnoc, tak mi doktorka po dohromady třetí epidurální anestezii řekla, že si mám lehnout na porodní lůžko a zkusit spát, že prý přijde ve dvě, a když nebudu otevřená, tak se domluvíme co dál. Nevěřila jsem tomu, ale opravdu jsem prý na hodinu usla. Po probuzení se kontrakce prohloubily a konečně jsem porodila.“* Tadeáš se narodil vaginálně. Během celého porodu podporoval Nikolu její partner Petr a tak se necítila situací kolem předčasného porodu nijak zvlášť znejistěna. Vůbec jí, dle jejích slov, nenapadlo, že může být ohroženo zdraví jejího syna. *„Když nám říkali lékaři: ‚stav je kritický nevíme, jak to bude za pár hodin‘ – vůbec mi nedocházelo, že mluví o tom, že můj syn může umřít – já byla v absolutním klidu a v pohodě, jako by to říkali o někom cizím... Když to tak vezmu, tak to že ke svému dítěti něco cítím, jsem si začala uvědomovat asi až po tom co jsem s ním týden ležela na pokoji a seznámili jsme se hlouběji.“* Utváření vazby mezi matkou a dítětem je dlouhodobý proces, neproběhne-li tedy podpora bondingu není ještě vše ztraceno. V okamžicích následujících těsně po porodu jsou však matka i dítě nastaveni k vytváření vazby naprosto jedinečně a neopakovatelně. Tuto možnost ale Nikola s Tadeášem neměli. Na otázky, které jsem směřovala ke konkrétním krokům podpory bondingu, odpovídala Nikola větami, které zněly zcela jednoznačně jako: Otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky? *„Ne, tak to vůbec*

¹⁷ Amniocentéza je lékařský diagnostický úkon prováděný na těhotné ženě. Spadá do skupiny výkonů prenatálně diagnostických, majících za úkol diagnostiku nenarozených dětí. Provádí se ambulantně. Podstatou amniocentézy je nabodnutí amniové dutiny plodu a nasátí plodové vody pod kontrolou ultrazvuku. **Je zadán neplatný pramen.**

nehrozí“ Kontakt kůže na kůži? „Ne, matka nemá šanci se ho ani dotknout“ Přisátí? „Ano, ale až na jednotce intenzivní péče, tedy asi až za 1,5 měsíce po porodu...aj.“ Když jsme si vyprávěly o kojení, všimla jsem si, že jsem narazila na téma, které Nikolu dostává do „ráže“. „Pohodlné polohy pro matku i dítě, jo? Křeslo, polštáře??? No to jo! Nene, univerzální poloha v sedě, bez opření. Chtěla jsem se naučit kojít v leže, ale nedočkala jsem se. Na JIPce ležela další mimča, konkrétně na našem boxu jich bylo 5 a kojilo se v pořadníku, protože židle měli jen dvě!“ A co klokánkování? „Když byl ještě malej v inkubátoru, tak jsem o to několikrát žádala, ale říkali mi, že by to nebylo bezpečné, že není stabilizovaný. Jednou jsem se ale na malého přišla podívat a zrovna ho koupali, tak jsem řekla, jestli si ho můžu pochovat, tak ho zabalili do zavinovačky a dali mi ho, na pár minut. Bylo to měsíc a půl po porodu...“ (Zátopková, 2013)

Do druhé etapy našeho výzkumu vstoupila Nikola s novými porodními zážitky, naštěstí diametrálně odlišnými od těch prvních. Nás ovšem zajímaly především následky porodu prvního. Tadeáškoví je dnes sedm let, chodí do první třídy a má mladšího brášku. Jelikož Nikola pracuje na plný úvazek, na dvanáctihodinové směny, tráví dost času s otcem. „Pokud nebudu počítat každodenní péči ve smyslu příprava do školy, doprovod do kroužku, tak nejčastěji se tatínek objevuje v činnostech sportu, ale i při ukládání si najde chvíli na soukromý rozhovor v teple pelíšku. Večer pravidelně a rád předčítá pohádku nebo debatují o tom, co zrovna Tadeáška zajímá...“

Tadeášek je dle maminky spíš plašší a přizpůsobivý. Stresové, konfliktní situace řeší únikem a pláčem. „Má spoustu kamarádů, ale většinou trvá delší dobu, než si je připustí k tělu a začne jim důvěřovat – takže když ho někdo nezná, tak se mu může zdát uzavřený, introvertní, plachý, málomluvný, ale to je omyl... po otrkání je naopak velmi společenský, vyhledává své vrstevníky.“ S prarodiči má krásný vztah. Na návštěvu u nich, i vícedenní, se vždy moc těší. S dědečkem má vztah dokonce nadstandartní. „Tchán se mu věnuje ještě více než tatínek. Tadeášek ho zbožňuje a vidí v něm jeden ze svých vzorů.“

Kolektivní zařízení začal Tadeášek navštěvovat již ve dvou letech. Nejdříve pětkrát měsíčně, později denně jesle, to plakal při předávání vždy. Později začal chodit do mateřské školy. „Ve školce už nebyl vůbec žádný pláč, ani když ostatní děti plakaly – věděl, že pro něj přijdu.“ Jen byl zpočátku opatrnější, tišší, málomluvný, než si zvykl. Stejný průběh měl i nástup do základní školy. Na otázku, zda Tadeáš trpí nějakými zlovyky, odpověděla Nikola okamžitě. „Má, kouše si nehty.“

PAVLA

- křestní jméno: **Pavla**
- věk: **39**
- stav: **vdaná**
- porod:
 - rok: **2008**
 - místo: **Fakultní nemocnice Ostrava**
 - týden těhotenství: **31**
 - způsob: **sekce, epidurální anestezie**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **ano (1. a 4. doba porodu)**

Pavolino těhotenství poznamenala vrozená anomálie. V 6. týdnu těhotenství, na základě ultrazvukového vyšetření, diagnostikoval lékař Pavle *uterus duplex* – dvojitou dělohu¹⁸. Její děloha je navíc asymetrická a vajíčko se uhnízilo v menší části dělohy. Zpočátku to vypadalo, že miminko donosí v pořádku, v 31. týdnu těhotenství lékaři zjistili, že už je pro dítě děloha malá a byl indikován porod sekci. „*Nebyla jsem na to připravená*“, vzpomíná teď po pěti letech Pavla, „*od porodu jsem neočekávala žádné komplikace, ani porod sekci.*“ Pavlin porod probíhal bez větších komplikací. Rodila pod epidurální anestézií a stav Martinky byl stabilizovaný. Přesto jim byl oční kontakt umožněn „*jen na pár sekund během šití*“ a kontakt kůže na kůži nebyl nabídnut matce ani otci dítěte. Ihned po porodu byla Martinka umístěna do inkubátoru. Dceru navštěvovala Pavla třikrát denně, ale první fyzický kontakt měla s dítětem až 14 dní po porodu, po propuštění z inkubátoru. V té době také poprvé přiložila dceru k prsu. Pavla dnes vzpomíná na porod a především následné „*odtržení od dítěte*“ jako na vysoce traumatický zážitek. „*Vzpomínka mi dodnes vyvolává pláč. Nikdo to se mnou neřešil. Ten běžný nemocniční proces manipulace s dítětem po porodu jsem brala jako nezbytnou nutnost a neměla jsem informace o jiných možnostech. Teď vzhledem ke své zkušenosti oceňuji snahu o změnu v zautomatizovaném chování zdravotníků*“. Také Pavla hodnotila její vztah s dítětem jako velmi dobrý.

(Zátopková, 2013)

¹⁸ Dvojitá děloha – žena má na pochvu napojené v podstatě dvě dělohy. Dvojitá je totiž nejen děložní dutina, ale i kanál děložního krčku je dvojitý, přičemž samotný krček je jen jeden **Je zadán neplatný pramen.**

Také Pavla si vyzkoušela, jak krásné mohou být zážitky spojené s porodem a navazováním prvotních emocionálních pout s dítětem. Změnilo se něco ve vztahu matka-dítě po dvou letech od první etapy výzkumu? Dnes je Martince sedm let. I ona se dočkala sourozence. *„S bratrem mají skvělý vztah, na to jsem opravdu pyšná, protože on je její největší ‚ohrožení‘, které doposud zažila, šíleně žárčila, když se narodil a dodnes je nešťastná, když ho chválíme.“* Neméně hezký vztah má Martinka s otcem. *„Martá má s manželem vztah velice dobrý, je na nás dost náročný, tak se mu chudinka snaží všemožně zavděčit, aby ji pochválil (úsměv)... Ale má ho opravdu ráda, často se k němu tulí, přestože on není zrovna mazlíčí typ.“* Martinka se Pavle jeví jako ‚typická hodná holčička‘. *„Snaží se být ve všem dobrá, ale přestože někdy neuspěje, nebere jí to sebevědomí a spokojenost se svou osobou.“ (úsměv)*

A jak je na tom s prarodiči? *„S babičkami z obou stran skvělý a bezvýhradně milující, dědečci jsou přísnější, tak tam je opatrnější, ale snaží si je všelijak získat na svou stranu.“* U babičky a dědečka tráví přibližně jeden víkend v měsíci. *„Vyhovuje ‚bezrežimový‘ život u babičky, kde je vše dovoleno.“*

Horší to bylo s nástupem do mateřské školy. Pavla ji do MŠ zapsala již ve 2,5 letech s představou, že tam bude šťastná se spoustou dětí a zajímavých aktivit. *„Poté, co seděla na paní učitelce tři dny a brečela, zkusila jsem to za rok. To pak byla stále nemocná, takže vlastně regulérně začala chodit až ve 4,5 letech, to už si mezitím zvykla.“* S jinými dětmi se setkává i mimo školu. Je kamarádká, ve hře i přátelství preferuje chlapce. *„Ve školce i ve škole má i klučíčí kamarády, ve školce měla hlavně kluky. Doted' však neměla žádnou nejlepší kamarádku, což ji mrzelo, ale teď ve škole už má i blízkou kamarádku.“*

Žádný výraznější zlovyk Pavla na Martince nepozoruje.

MARIE

- křestní jméno: **Marie**
- věk: **40**
- stav: **vdaná**
- porod:
 - rok: **2012**
 - místo: **porodnice Vsetín**
 - týden těhotenství: **36**

- způsob: **sekce, celková anestezie**
- otec (či jiná osoba) u porodu: **ne**

Marie už ani nedoufala, že se jí někdy podaří otěhotnět. Dlouhou dobu se s manželem snažili, ale první dítě se jim narodilo, až v Mariiných třiceti sedmi letech. I díky tomu se celé těhotenství o dítě velmi bála. Při našem prvním setkání před dvěma lety tak zpočátku mluvila především o strachu. Před porodem „*jsem měla šílený strach. Strašný, nepopsatelný – aby bylo miminko v pořádku.*“ Porod se navíc nevyvíjel dle Mariiných představ. Chtěla rodit spontánně, ale porod jí vyvolávali, chtěla rodit vaginálně, ale nakonec jí byla pro *insuficienci placenty*¹⁹ indikována akutní sekce, která proběhla v celkové anestezii. Barunku vozili Marii „*každé 3 hodiny na půl hodinu kojení a kamarádění.*“ Zaujal mě výraz, kterým Marie pojmenovala navazování rané citové vazby. Mrowetz (2011) hovoří v souvislosti s vytvářením vazby matka-dítě během prvních minut po narození o lásce na první pohled, o zamilovanosti, která je znásobena jedinečným a neopakovatelným hormonálním nastavením matky a dítěte. Je to „*doslova ohňostroj emocí*“ (Chrastilová, 2013). Marie si vztah se svou dcerou budovala pomaleji. *Ohňostroj emocí* nepociťovala. Ze začátku se nedostavila „*žádná vlna štěstí ani nic podobného. Strach zmizel. Snad vlivem anestetik, nevím, ale ty první 3 dny byly jakoby prázdné. Čtvrtý den, po přeložení na standard, mi teprve začalo docházet, že už je malá na světě. Snad to bylo ovlivněno i už „normálnějšími podmínkami*“. I když po několika měsících hovořila Marie o porodu jako ráně, která už se zahojila, a výrazně neovlivnila její vztah s dcerou, z jejích výpovědí byla patrná úzkost, které si patrně byla i vědoma. „*Zatím mám problém půjčit malou tchýni byť jen povožit v kočárku. Jediný, komu naprosto věřím, je moje mamina, která si s malou báječně rozumí. Nedovedu představit, že bych se od tohoto tříměsíčního prcka odloučila. Nemusím ji mít pořád u sebe nebo na očích, ale „z domu ji nedám*“. *Musím se upřímně přiznat, že mi není příjemné, když někdo na malou sahá (mimo rodinu), leze mi do kočáru. Věřím, že jak malá poroste, vše se upraví! Možná je to tím, že byla taaak drobounká.*“ Když jsem se Marie tehdy ptala na její vztah k dceři, s úsměvem odpověděla: „*Je to moje mimino, nejkrásnější na světě, nejhodnější na světě!*“ (Zátopková, 2013)

¹⁹ placentární insuficience – funkční nedostatečnost placenty. Zasahuje několik funkcí placenty a způsobuje nutriční a respirační insuficienci plodu a má i hormonální důsledky (Velký lékařský slovník, 2013)

Jak již bylo řečeno, v první části výzkumu, Marie měla vždy velké problémy s otěhotněním. Prvního dítěte se dočkala po dlouhých peripetiích až v sedmatřiceti letech. Proto ani nedoufala, že se i ona dočká druhého děťátka. V druhé fázi výzkumu však již byla dvojnásobnou matkou. Dnes jsou Barunce dva roky a má malého dvouměsíčního brášku Radka. Jelikož musí Marie věnovat spoustu času synovi, tráví Barunka ráno a podstatnou část odpoledne a večera s otcem. *„Na procházce spolu dovádí na houpačkách nebo jsme doma. To už se na něj dcera nalepí a něco dělají. Její večerní koupání obstarává téměř denně.“*

Dle Marie spolu mají moc pěkný vztah. *„Manžel je jedináček, v našem blízkém okolí nikdy malé dítě nebylo, několikrát se mě kdysi ptal, co má dělat, jak se chovat,... Také jsem postřehla, že vždycky sledoval, co dělám, jak dělám, jak mluvím,... a více či méně to opakoval. Teď se synem je to nesrovnatelné - už ví, co a jak a hned od začátku koupe, krmí (nekojím), hraje si i s tak malým miminem.“* Za obrovský posun v jejich vztahu vnímá Marie svůj potrat. *„Malá měla malinko přes rok a manžel se musel pár dnů o ni postarat se vším všudy. To vnímám jako zlom, kdy se přestal tak nějak bát a možná si konečně uvědomil, že je otec. Jinak to neumím říct.“* Jejich vztah se natolik upevnil, že na něj Marie někdy žárlí. *„Někdy je mi i líto, že jediný na světě je tatínek, to přiznám“* (úsměv)

Barunka je živé temperamentní dítě. Ráda zpívá, tančuje, miluje hudbu. *„Ale není živá ve smyslu uječená, neklidná, netrpělivá, to ne. Jako ženská je ovšem i umíněná, po mně tvrdohlavá. Když jsme ale mezi lidmi, projevuje se spíš jako introvert. I u našich, když se sejdem všichni, což je tak 14 lidí, spíš jen tak pozoruje, neprojevuje se. To má asi po tatínkovi. Muž je obrovský introvert.“*

Krásný vztah má Barunka s malým bratrem i s prarodiči. Když se Radeček narodil, strávila Marie dohromady 14 dní mimo domov. *„Týden jsem byla v porodnici, pak hned za 14 dní na dětském zase týden. Malý dostal zápal plic.“* Maminčinu nepřítomnost zvládala dle prarodičů bezvadně. *„Mají dům, velkou zahradu, takže je tam spousta vyžití, pohyb na čerstvém vzduchu – jedla a spala naprosto ukázkově.“* Jinak ale Marie s manželem využívá babičky k hlídání jen v nejnnutnějších případech. *„Jsem už stará matka a myslela jsem, že se děti nedočkám, takže od počátku jsem si mateřství užívala. Hlavně jsem si myslela, že ten zázrak se už nebude opakovat, tak jsem se snažila si prožít a užít snad každý den.“* Její ‚maminkovskou samostatnost‘ vnímají někdy babičky s nevolí. *„Tchýně mi to asi nikdy neodpustí, ale já jsem prostě nechtěla ,si lehnout a ona pojedete ven s kočárem“.*

I krátkodobé odloučení od dcery navíc pro Marii není vůbec lehké. „*Já to nesu strašně těžko. Pořád si musím říkat, že to jinak nejde a vlastně to dceři jen prospěje (úsměv) a mně určitě taky, abych se trochu od ní odpoutala. Malá to ale asi též nelibě prožívá – jen podle mých dohadů - protože pobyt sice zvládne parádně, ale pak, když jen tak jedem k našim, má šílený strach, abych ji tam nenechala. Furt se ujišťuje, jestli jsem někde na blízku...*“

Dětská centra a návštěvy u vrstevníků ale zvládají obě bez problémů. „*Chvilku se ostýchá, jen sleduje, ale jak se osmělí, ztrácí o mě zájem. Občas se ohlédne, jestli tam jsem, ale nepotřebuje mě.*“

K bráškově se Baruška dle Mariiných slov chová moc pěkně. „*pohlazuje ho, zpívá mu... Ale někdy využije chvíli, kdy se nedívám a majzne ho něčím po hlavě nebo mu strká prsty do očí, mává rukama, nohama ,Radíku vstávej.*“

2. skupina – Ženy po fyziologickém porodu

ŠÁRKA

- křestní jméno: **Šárka**
- věk: **36**
- stav: **vdaná**
- porod
 - rok: **2007**
 - místo: **porodnice Opava**
 - týden těhotenství: **40**
 - způsob: **vaginální**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **otec**

Šárka vzpomíná na těhotenství a porod velmi ráda. Během našeho rozhovoru byla uvolněná, veselá. Průběh celého těhotenství byl bez problémů, komplikace se naštěstí nevyskytly ani během porodu. Všimla jsem si, že zatímco matky, po nefyziologickém porodu mluvily většinou o svém dítěti jako o miminku, dítěti, synovi či dceři, tak Šárka, která má na porod ty nejkrásnější vzpomínky používá ve výpovědích jméno své dcery. Mluví vždy o Elince či Eluše. Dle mého názoru, může toto obecnější pojmenovávání dětí v poporodním období souviset s tím, že v době bezprostředně po porodu nebyla ještě vytvořena mezi matkou a dítětem tak pevná vazba.

Šárka rodila v termínu, porod probíhal přirozeně, bez komplikací. Ačkoliv zdravotnický personál přispěl k vytvoření vazby pozitivně, nevyhnula se ani jejich podpora bondingu zbytečným rutinním úkonům. „*Po narození mi Elinku položili na břicho. Mohla jsem ji hladit a koukat na ni. Ona mě také chvíli pozorovala a při tom mírně mroukala. Celé to trvalo asi 10 min. Já i otec jsme si ji hladili.*“ Šárka tehdy netušila, že tento krásný a neopakovatelný okamžik mohl trvat ještě déle, kdyby zdravotníci nepřistoupili k zaběhlému umývání novorozence. Podle vědeckých studií je koupání novorozence po porodu, z hlediska imunologického, psychologického i fyziologického nejen zbytečné, ale přímo škodlivé. A to hned z několika důvodů: smytím plodové vody, která zůstala na ruce miminka, novorozenci znesnadňujeme instinktivní nalezení bradavky a přísátí; jejím umytím narušujeme imunologickou rovnováhu a narušujeme jemnou pokožku miminka jako vstupní bránu pro infekce; umyté dítě také rychleji ztrácí teplotu než dítě neumyté. Během umývání navíc dítě separujeme od matky, což pro dítě představuje stres (Chrastilová, 2013). Všechno má zkrátka svůj čas a tak koupání může počkat, nebo, ještě lépe, lze od něj úplně upustit.

Po umytí si už ale Šárka užívala dceru naplno. „*Osušenou a zabalenou Elušku mi po zašití přiložili k prsu a ona začala sát. Krásný a nepopsatelný pocit. U všeho byl přítomen tatínek. Poté nás tři nechali na sále úplně sami a v klidu.*“ Šárka navíc absolvovala předporodní kurz a také i díky tomu byla v klidu. Věděla, co ji čeká, cítila, že má porodní procesy pod kontrolou. „*Každou fázi porodu jsem vnímala. Cítila jsem se připravená, tudíž klidná, že vše probíhá jak má.*“ První okamžiky po porodu vnímá Šárka jako nádherné. „*Hned po porodu jsem ji měla na pokoji a od té doby ji mám u sebe vlastně neustále. Dodnes spíme spolu v jedné posteli, všichni tři. Naše Eluška má ráda tělesné teplo a dotyk aspoň mé ruky vyžaduje dodnes.*“ (Zátopková, 2013)

V druhé fázi výzkumu jsme nesoustředili na miminko, Elinku, ale na malou slečnu, do které mezi tím vyrostla. Ela má nyní již 7 let, navštěvuje první třídu základní školy a zatím je jediným dítětem svých rodičů. S tatínkem, který je časově velmi vytížený, tráví přes týden pouze večery. „*O víkendu se snažíme být spolu aspoň při jedné delší činnosti (procházka, nákup, lyžování, bruslení, plavání, ...). Mají spolu velmi pěkný vztah. Eluška Martina miluje nadevše. On s ní dělá blbosti, spoustu věcí jí dovolí. Zato maminka je přísnější, tak není tak oblíbená.*“ (úsměv). Ela ráda tráví čas také s prarodiči. K babičce a dědečkovi chodí na víkendy a o prázdninách i na celý týden. „*Snáší to celkem dobře. Musí mít svého plyšáka.*

Pokud je to delší dobu, spává u prarodičů v posteli. Má ráda lidské teplo a cítí se bezpečně. Nám je vždy už po dvou dnech odloučení smutno.“

I nástup do MŠ zvládala Ela bez větších potíží. „Prvních 14 dní si probřečela, pak se každé ráno přitulila k paní učitelce a už byla klidná. Tulení ji vydrželo asi 3 roky.“ Zvykání na kolektivní zařízení Ele usnadňovalo to, že ráda navazuje kontakt s vrstevníky. „Navštěvujeme společně jiné děti. S navazováním vztahů nemá problémy. Když má své kamarády, ani o ní nevím“

Zlozvyky jako jsou kousání nehtů, cucání palce aj. Elinka naštěstí netrpí, ale „občas má návaly vzteku. Začne se z ničeho nic vztekat, dupat nohama, hystericky řvát ovšem bez jediné slzy. Pak zavolá, že chce potulat. Já ji potulám, ona se uklidní a pak se chová normálně, jakoby se nic nestalo.“

RADKA

- křestní jméno: **Radka**
- věk: **34**
- stav: **vdaná**
- porod
 - rok: **2008**
 - místo: **Krnov**
 - týden těhotenství: **38**
 - způsob: **vaginální**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **otec**

Radka měla pohodové těhotenství zakončené bezproblémovým porodem. I během jejího porodu byli na porodním sále zdravotníci, připraveni podporovat bonding. Na rozdíl od Šárky však vnímala některé úkony podporující navazování rané vazby mezi matkou a dítětem jako nepatřičné. „Dítě mi přiložili k pohlazení, já řekla, že dobrý a ať jdou chudáčka zabalit do deky. Trvali na pohlazení, tedy pohládila jsem, ale nerada, přišlo mi to nepřírozené. Přírozenější bylo zabalit mimčo do tepla a dokončit porod placenty.“ Šárka je dle mého názoru příkladem toho, že obětí stereotypů nemusí být jen zdravotníci, ale i rodičky. Je možné, že kdyby měla Šárka ještě před porodem více informací o utváření rané vazby mezi matkou a dítětem, o přirozených procesech spojených s porodem, dožadovala

by se sama kontaktu s novorozenou, neumytou dcerou. Důležité ale je, že si první okamžiky s miminkem užívala naplno. „*Elišku umyli, podepsali, zabalili, přiložili k prsu a nechali nás tam dlouho odpočívat. Čas nedokážu odhadnout. Potom jsme přešli na pokoj a malá byla stále u mě. Nejčastěji v posteli.*“ Radka na porod vzpomíná moc ráda. „*Myslela jsem si, že to bude horší, takže byla jsem spokojena, že porod jde takto zvládnout.*“ Radka měla strach, „*že se při porodu hodně potrhá*“ a tak se dožadovala nástřihu hráze, „*lékaři nechtěli, ale cítila jsem, že je to správné. Bylo by nedošlo k takovému poranění. Hlavně jsem měla pocit, že je to – prostě přirozené.*“ Stala se, jako mnoho jiných žen, obětí mýtu, že preventivní nástřih hráze zabrání většímu poranění. Jak ale uvádí Wagner (1991) všechny výzkumy ukazují, že porovnáme-li *epiziotomii*²⁰ a *rupturu*²¹, *epiziotomie* způsobuje silnější krvácení, je bolestivější, způsobuje deformity vagíny a dočasné i dlouhodobé problémy při sexuálním styku. Odborná literatura uvádí, že anální poranění málokdy vznikají jinak, než samovolným pokračováním nástřihu. Nástřih hráze ve svém doporučení *10 kroků k optimální porodní péči* zapovídá *Mezinárodní iniciativa za porodní péči pro matku a dítě* (International MotherBaby Childbirth Initiative, 2008) i *Světová zdravotnická organizace* (WHO), která tento zákrok řadí mezi praktiky problematické (H.A.M., 2013). Radka nástřihem neprošla, ale spokojená nebyla. Všechno ostatní, včetně vztahu mezi ní a její dcerou ale vnímala velmi pozitivně. (Zátopková, 2013)

Také Eliška za více než dva roky, které uplynuli od první etapy výzkumu, vyrostla. Nyní má šest let. Sourozence nemá, takže rodiče věnují veškerý svůj volný čas jen jí. S tatínkem tráví Eliška tak tři hodiny denně. „*Společně tancují, vaří, uklízí, jezdí na vandry, chodí na bazén, vyrábí a kreslí...*“

Eliščinu povahu charakterizuje Radka jako introvertní, neprůbojnou, „*na druhou stranu je ale direktivní, umí manipulovat s lidmi, chce vše kolem sebe, včetně lidí řídit, přitom si nevěří si a bývá depresivní*“ Na odloučení reaguje Eliška velmi citlivě. Mimo domov bývá „*maximálně 3 dny, vždy při odloučení reaguje s velkými výkyvy nálad od lítosti po agresi, prvních pár minut, dělá, že nás nevidí – přehlíží nás. A pak, několik hodin, se chová víc uvolněně, než obvykle bývá.*“ Ani nástup do mateřské školy nenesla snadno. „*Plakala, srdce jí pukalo žalem, ale věděla, že musí být ‚rozumná holčička‘ a zvládnout to. Tak to vždy důstojně zvládla, nenechávala se strhávat z rodičů. Dnes je situace stejná, pomyšlení na*

²⁰ Epiziotomie - chirurgické nastřížení hráze (perinea) při porodu (Velký lékařský slovník)

²¹ ruptura – lat. roztržení, trhlina, prasknutí (Velký lékařský slovník)

školku u ní vyvolává skleslost.“ Společnost vrstevníků ale vyhledává. „Vztahy navazuje dobře. Má pár dobrých kamarádů a neustále o sobě pochybuje,...zdali ji mají rádi.“

Eliška je dle Radky často depresivní, dlouho se v noci počůrávala, trápí ji příliš živé sny, většinou negativní – ze spaní křičí, kope kolem sebe, bojuje. Taký neustále vrtí nosánkem – trvalá rýma - nebo proč? Nevím.“

KLÁRA

- křestní jméno: **Klára**
- věk: **39**
- stav: **vdaná**
- porod
 - rok: **2011**
 - místo: **porodnice Krnov**
 - týden těhotenství: **38**
 - způsob: **vaginální**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **otec**

Ačkoliv Klára svým prvním těhotenstvím spadala do kategorie *starší rodička*, těhotenství a následně i porod probíhal zpočátku téměř bez komplikací. V průběhu porodu se ale zjistilo, že má miminko omotanou pupeční šňůru kolem krku a navíc došlo ke zlomení klíční kosti miminka. Přes tyto komplikace strávila novorozená Adélka prvních 20 minut společně se svými rodiči. *„Pak malou zabalili do osušky a odnesli si ji na vážení, měření a ošetření. Po ošetření mi ji hned donesli a zkoušeli jsme přisátí, ale moc se nám nedařilo, moc pěkně se o nás starali a snažili se, abychom mohli být s malou o samotě.“* Klára rodila v krnovské porodnici, která je nakloněna bondingu (Kuba, 2013) a je to znát. *„Byla jsem na nadstandardním pokoji, takže jsem měla malou pořád u sebe a nemohla jsem z ní pustit oči.“* (Zátopková, 2013)

V rodině Kláry došlo od první fáze výzkumu k zásadní změně. Rozešla se s otcem jejich dítěte. Adélce jsou dnes čtyři, roky. Její rodiče se rozvádí. Žijí odděleně a domluvili na střídavé péči. A jak Adélka zvládá střídání se rodičů? *„Myslím, že na začátku byla dcera rozpolcená a nesla to těžce, samozřejmě já s ní. Po dvou měsících se stav velice zlepšil a dnes musím říct, že si zvykla. Bohužel já s tím neustále bojuji a nejsem srovnaná.“*

„Dcera má ale se svým otcem velmi úzký vztah. Když je u něj, věnuje se jí, vymýšlí různé aktivity. Jezdí na víkendové akce s tábornickým oddílem...“

Adélka tráví hodně času také s prarodiči. *„Ze školky některé dny vyzvedávají dceru babičky. Je to tak 2x až 3x do týdně.“* S nástupem do mateřské školy neměla Adélka žádné problémy. *„Má moc ráda děti. Jiné děti plakali ráno, když šli do školky, ale Áda spíš plakala, když jsme ji ze školky vyzvedávali.“* S vrstevníky se setkává i mimo školku. Navštěvuje s rodiči kamarády, účastní se různých akcí. *„Adélka s tímto nemá problém, ráda si hraje s ostatními dětmi a pozornost nevyžaduje. Mám pocit, že je takový samorost.“* Adélka je dle slov své mámy někdy až příliš živá, netrpělivá, ale také hodná.

ALENA

- křestní jméno: **Alena**
- věk: **39**
- stav: **vdaná**
- porod
 - rok: **2006**
 - místo:
 - týden těhotenství: **40**
 - způsob: **vaginální**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **otec**

Když jsem si s Alenou povídala o jejích pocitech a vzpomínkách spojených s porodem, musela jsem se usmívat. *„Měla jsem strašněj hlad a chuť na kávu a na čokoládu.“* To bylo první, co ji napadlo. *„Sestřička říkala, že nemůžu jíst, takže jsem na jídlo myslela skoro furt. Když jsem konečně začala rodit, tak už jsem hlady skoro omdlívala.“* Po těchto slovech už jsem se neusmívala. Bylo mi líto, že kvůli nesmyslnému stereotypu musela myslet na něco jiného, než na miminko, že si nemohla nerušeně užívat narození syna. Někteří lékaři sice doporučují rodičkám, aby před porodem a v průběhu porodního procesu nekonzumovali jídlo ani pití jako prevenci vdechnutí jídla během případné celkové anestezie. WHO ale *„upozorňuje, že dehydratace a hladovění je pro ženu zdrojem značného nepohodlí a stresu a může nežádoucím způsobem ovlivnit průběh porodu. A považuje odpírání jídla a pití*

rodičkám za neopodstatněné a je zbytečnou a neúčelnou praxí“ (H.A.M). Alena rodila spontánně a přirozeně. „Hned po porodu jsem se synem nebyla moc dlouho, asi 5 minut. Potom ho šli umýt, vážit, měřit a potom ho dali pochovat otci, ten ho držel asi hodinu, mezitím mě zašivali. Po zašití jsem se osprchovala a najedla, Vilík ležel vedle v postýlce, která stála vedle mé postele a spal. Jen jsem se na něj dívala a držela ho za ručičku“ . (Zátopková, 2013)

Když jsme se Alenou setkaly u rozhovoru, který je součástí druhé etapy výzkumu, uplynulo od jejího porodu již téměř deset let. „Dnes má Vilík 9 let, to letí...“ Jinak se toho v Alenině rodině moc nezměnilo. Sourozence Vilík nemá. S tatínkem má hezký vztah. Tráví spolu tak 2 hodiny denně. „Jdou na bazén, na kolo, nebo se spolu dívají na televizi. Manžel vozí syna do kroužku.“

S prarodiči má Vilík také pěkný vztah. „Babička s dědečkem ho někdy vyzvednou z kroužku. Tak 1x za měsíc u nich přespí. O prázdninách s nimi jezdí na 3 – 7 dní na chatu.“

Mateřskou školu zvládal Vilda od prvního dne dobře, hned se mu tam líbilo, nikdy nebrečel. Vilík je „milý, hodný, klidný, poslušný, hloubavý, sportovně nadaný kluk“.

11.2. PODPORA BONDINGU V DESETI KROCÍCH

Při první etapě výzkumu jsem zjišťovala, jak probíhá podpora bondingu v jednotlivých porodnicích, a byla-li vůbec nějaká maminka po nefyziologickém porodu zdravotníky podporována v bondingu. Podporu bondingu jsem zjišťovala prostým výčtem.

Kolik maminek zažilo:

- položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu - **3**
- podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin - **4**
- otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky - **0**
- matka a dítě jsou v kontaktu "skin to skin", kůže na kůži - **3**
- umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí - **4**
- pomoc s přísátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti - **8**
- zajištění pohodlné polohy pro matku - **5**
- zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků - **5**
- jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte provést na těle matky - **0**
- eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu – **0**

Porodnice se nejvíce vyhýbají úkonům, které probíhají na těle matky, jako je otření dítěte na těle a provedení veškerých vyšetření a ošetření na jejím těle. Při těchto ošetřeních nemá v běžné praxi dítě ani pod vizuální kontrolou.

Dále se zdravotníkům nechce do konfrontace s rodiči, kteří mnohdy už na porodním sále koukají na display mobilního telefonu, místo toho aby koukali do očí svého miminka.

Respondentky rodily v porodnici ve čtyřech různých porodnicích: Krnov, Vsetín, Opava a ve Fakultní nemocnici v Ostravě.

Kolik porodnic podporuje:

- položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu – **2**
- podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin – **2**
- otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky - **0**
- matka a dítě jsou v kontaktu "skin to skin", kůže na kůži – **3**
- umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí – **4**
- pomoc s přísátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti - **4**
- zajištění pohodlné polohy pro matku - **3**
- zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků - **3**
- jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte provést na těle matky - **0**
- eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu – **0**

Kolik maminek zažilo podporu bondingu:

1. skupina

Anna 1 krok z 10
Nikola 2 kroky z 10
Pavla 1 krok z 10
Marie 5 kroků z 10

2. skupina

Šárka 7 kroků z 10
Radka 6 kroků z 10
Klára 7 kroků z 10
Alena 7 kroků z 10

Kolik porodnic podporuje bonding:

Krnov	7 kroků z 10
Opava	7 kroků z 10
Vsetín	5 kroků z 10
Ostrava	2 kroky z 10

Uvědomuji si, že tato čísla jsou ovlivněna tím, že všechny ženy, které rodily v Ostravě, rodily nefyziologicky, z toho dvě po celkovou anestezii, a že všechny děti, které se respondentkám narodily, byly po porodu umístěny do inkubátoru. Přesto si myslím, že i v těch případech byla větší podpora bondingu možná (Zátopková, 2013, str. 40-41).

11.3. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ UTVÁŘENÍ VAZBY

Na základě rozboru získaných dat jsem zjistila, že utváření rané vazby mezi matkou a dítětem výrazně ovlivňují 4 faktory. Z odpovědí respondentek jsem tedy vytvořila 4 trsy.

Fyzický stav dítěte po porodu

Jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňující navazování vazby mezi matkou a dítětem je jejich fyzický stav. Především pak zdravotní stav dítěte. Mnohem hůř na tom v tomto výzkumu byly matky po nefyziologickém porodu. Matky po fyziologickém porodu, odpovídaly na otázku: **Jaký byl zdravotní stav Vašeho dítěte?** většinou jednoslovně, či krátkou větou: *Dobrý. Bez komplikací. Stav nás obou byl báječný.* Jedinou výjimku tvořila Klára: *Dcera měla kolem krku pupeční šňůru, takže trochu byla namodralá a ještě měla zlomenou klíční kost.* Ale i ona se o této komplikaci zmínila jen okrajově a už se k ní nevracela. Při povídání s ženami po porodu nefyziologickém se otázka tělesného stavu jejich dítěte prolínala zcela přirozeně celým rozhovorem. *Pohled na nedonošené dítě bylo pro mne stresující. Vypadala neskutečně malinká, při dýchání se jí propadal hrudník a bylo vidět bušící srdíčko jen přes kůži. Byla strašně maličká. Lékaři říkali: stav je kritický, nevíme, jak to bude za pár hodin. Hned po porodu ji odvezli, nemohla dýchat sama. Byl dlouho v inkubátoru. Všude byly samé hadičky. Bála jsem se, že umře. Měla jsem o ni strašnej strach.*

Psychický stav matky před porodem a po porodu

Zdravotní komplikace v těhotenství a během porodu mají výrazný vliv na psychický stav rodičky, zvláště pak když tráví týdny a měsíce před porodem v nemocnici, sama prakticky izolovaná od svých blízkých. I proto se i u otázky **Jaké byly vaše pocity před porodem?** výpovědi maminek výrazně lišily. Ženy po nefyziologickém porodu cítily: *Šílený strach. Strašný, nepopsatelný - aby bylo mimino v pořádku. Strach o dítě. Byla jsem vyděšená, měla jsem obavy, neskutečný strach, zda bude dítě v pořádku.* I některé ženy po porodu fyziologickém popisovaly, že se u nich objevovaly: *Obavy, nejistota*, ale ne tak často a v takové intenzitě. Převažovaly však emoce zcela odlišné. *Radost, že už nebudu mít velké břicho, zvědavost, co se narodí. Hlavně zvědavost jestli budeme mít kluka nebo holčičku, nenechali jsme si to říct.* **Po porodu** u matek po fyziologickém porodu dominovaly výrazně pozitivní emoce. *Strašně velká úleva, že už je malá konečně na světě. Únava, štěstí, euforie, šok, dojetí, hrdost. Pocity radostné, šťastné. Úleva, radost, pocit euforie a obrovského štěstí. Slzy štěstí.* Po nefyziologickém porodu se většině maminek strach, který prožívaly před porodem, ještě znásobil, získal konkrétní podobu. *Tři ze čtyř dětí strávily od dvou do šesti týdnů v inkubátoru. Dvě děti bojovaly o život. U jednoho z nich lékař prohlásil, že má naději 40 % na přežití. Co chvíli, jsem se ptala, kolik je hodin, chtěla jsem vědět, jak je dítěti, vidět ho. Neustále jsem si hladila břicho s pocitem, že je to jen sen, že dítě stále nosím. Bezprostředně po porodu únava, po návratu na pokoj neustálý strach o dítě. Žádná vlna štěstí ani nic podobného. Ty první dny byly jakoby prázdné. Asi neoptimističtěji na mě působila odpověď: Když jsem malého uslyšela plakat, tak jsem se uklidnila – věděla jsem, že žije, to mi v tu chvíli stačilo.*

Chování zdravotnického personálu

Zdravotnický personál může výrazně ovlivnit vnímání porodu. Podporou bondingu zvyšuje kompetence maminky, usnadňuje navazování emocionálních vazeb. Porod je pro každou ženu extrémně citlivým a náročným procesem. I za situace, že vše probíhá ‚hladce‘, bez patologie, potřebuje cítit podporu a úctu zdravotnického personálu. Čím víc komplikací se během porodu objeví, tím větší podporu potřebuje. Přestože některé procedury hodnotíme jako zastaralé, zbytečné a k navazování prvotní vazby nepříznivé, **přístup zdravotníků** vnímaly obě skupiny matek pozitivně. *Velice dobře se starali a snažili se, abychom mohli být s malou o samotě. Velmi vstřícné prostředí. Zdravotnický personál*

přispěl k vytvoření vazby jednoznačně pozitivně. Sestry se o nás pěkně staraly, vystlaly polštářema, tak, abychom mimino i já měly pohodlí. Všichni byli profesionální a příjemní.

Kojení

Kojení hraje důležitou roli v navazování emoční vazby mezi matkou a dítětem. Umožňuje pravidelný intimní tělesný kontakt, vnímání vzájemné vůně a tepla a uvolňování oxytocinu - hormonu lásky.

„Do kvality kojení se promítá především rodičkou vnímaná atmosféra porodnice a přístup zdravotníků v období po porodu (schopnost empatie, poskytování psychické podpory a kvalita komunikace) a rovněž aktivní nabízení pomoci s kojením“ (Takács, Kodyšová, Kejřová, & Martina, 2011, str. 16) Náš výzkum potvrzuje, že mají některé naše porodnice v podpoře kojení ještě nemalé mezery.

Ani maminky po fyziologickém porodu neměly kojení zcela bezproblémové. Poprvé mi přiložili miminko k prsu hned po narození. Kojení v porodnici podporovali, učili nás to. Kojila jsem 4. měsíce, protože potom jsem dostala salmonelózu, musela jsem do nemocnice a bylo po kojení.

S kojením jsme měli docela boj. Když se malá narodila a byla přidušená, tak hned po ošetření mi ji přiložili k prsu, ale moc se nepřisála. V porodnici mi ji pak nosili ke kojení, ale málo se přisála, tím pádem málo přibírala. Musela jsem malou krmit přes hadičku, přes klobouček a nakonec už to šlo i bez něj. Malá byla kojena do 4 měsíců.

V porodnici nám sestřička pěkně pomáhala, ale malá vůbec nepřibírala. Doma jsem ji kojila nejdřív svým mlíkem a pak jsem ji přes stříkačku a hadičku, kterou jsem přiložila na svůj prs, abych podpořila její saní a u mě tvoření mlíčka, kojila mlíkem jiné maminky. Vydřeli jsme to 4 měsíce. Malá pak už ale vůbec nepřibývala, tak jsme museli přejít na Nutrilon.

Překvapilo mě, že pouze jedna maminka neměla s kojením ani nejmenší problém. Od prvního přiložení na sále kojila dceru celkem 25 měsíců.

U maminek po nefyziologickém porodu je – poněkud překvapivě – začátek kojení podobný jako u předchozí skupiny. Všechny krmily své dítě mateřským mlékem minimálně 4 měsíce. Dvě z nich musely svým dětem mlíčko celé ty měsíce odsávat, protože neměly sílu sát. Jedna kojila 2 roky a jedna svou tříměsíční dceru stále kojí. Doba kojení u nich tedy byla delší než u žen po nefyziologickém porodu.

11.4. ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Ovlivňuje podpora bondingu kvalitu vazby matka – dítě i po dvou letech?

Na tuto výzkumnou otázku nelze odpovědět jednoznačně kladně. V rámci výzkumného šetření byly zaznamenány významné rozdíly v prožívání a hodnocení porodu ženami v souvislosti s tím, zda jim byl, či nebyl v okamžicích následujících těsně po porodu, umožněn fyzický a vizuální kontakt s jejich dítětem, a to nejlépe kontakt kůže na kůži a po dobu ne kratší než 20 minut. Všechny děti, které se narodily respondentkám, byly chtěné a toužebně očekávané. Maminky si s dětmi budovaly vazbu již během těhotenství. Bylo-li však utváření vazby porodem narušeno, trpěly matky pocitem ztráty mateřských kompetencí, pocitem prázdnoty, úzkostmi. Toto narušení lze ale překonat následným budováním vazby a vhodnými mateřskými postoji.

Které další faktory ovlivňují utváření vazby?

Utváření rané vazby ovlivňuje spousta dalších faktorů. Dle našich zjištění je to především fyzický stav dítěte po porodu a psychický stav matky.

Pomáhá podpora bondingu matce a dítěti po nefyziologickém porodu léčit emoční a fyzická zranění vzniklá v důsledku porodu?

Vzhledem ke zjištěním, které jsem prezentovala v první otázce, jsem přesvědčena, že podporu bondingu potřebují především matky po nefyziologickém porodu. Ani jedna z maminek po nefyziologickém porodu neměla v prvních okamžicích po porodu tělesný ani vizuální kontakt se svým dítětem. Žádné z maminek nedonošeného dítěte nebylo umožněno klokánkování, veškerý kontakt s dítětem byl v prvních týdnech omezen na nefyzický kontakt třikrát denně. Všechny maminky tuto skutečnost považují za zásadní v utváření vztahu ke svému dítěti.

Daří se porodnicím podporovat bonding po nefyziologickém porodu?

Porod čtyř respondentek neprobíhal fyziologicky. Tři ženy rodily ve Fakultní nemocnici v Ostravě a jedna v nemocnici ve Vsetíně. V ostravské porodnici měly maminky, pokud nebyly po CA, krátce po porodu umožněn pouze velmi krátký vizuální kontakt s dítětem. Fyzický kontakt jim nebyl ani nabídnut a mnohdy ani umožněn. Výhody klokánkování jim nikdo nevysvětlil, ani neumožnil. Ve vsetínské nemocnici umožňovali mamince kontakt

v pravidelných intervalech na kojení, vždy na půl hodiny. Tato situace je způsobena především zažitými rutinními přístupy, jejichž změna je velmi náročná.

Ovlivňuje podpora bondingu vliv na pocity rodičky týkající se porodu i po dvou letech od narození dítěte?

Maminky, které zažily intenzivní tělesný kontakt kůže na kůži v prvních okamžicích po porodu, popisují tento okamžik jako *nádherný, krásný, jedinečný*. Všechny shodně po této zkušenosti hodnotí porod jako jedinečný zážitek, na který velmi rády vzpomínají a který by si rády zopakovaly. Naopak maminky bez tělesného kontaktu hodnotí porod jako zážitek, který by nerady opakovaly a na který by raději zapomněly. Časem ale došlo u našich respondentek ke snížení poporodní úzkosti. Zdá se, že protektivním faktorem v této situaci může být následný bezproblémový porod.

Liší se prožívání a hodnocení porodu žen, které během porodu podporoval partner a od pocitů těch, které rodily bez něj?

Během výzkumu jsem nezaznamenala výraznější odchylky ve vnímání porodu ve výpovědích žen, u kterých byl během porodního procesu přítomen otec dítěte od těch, které rodily bez partnera.

Má první přisátí do 30 min po porodu vliv na délku kojení?

Všechny maminky kojily své děti minimálně do čtvrtého měsíce věku dítěte bez ohledu na to, kdy byly jejich děti k prsu poprvé přiloženy. Vliv prvního přiložení se mi tedy vzhledem rozsáhlosti a rozmanitosti výzkumného vzorku potvrdit nepodařilo.

Ovlivňuje kvalita navazování rané vazby matka - dítě vazbu dítěte s otcem a ostatními členy rodiny?

Na otázky týkající se vztahu dítěte k otci, prarodičům případně sourozencům odpovídaly maminky vesměs: vztah mají *velmi pěkný, krásný, úzký, jsou partáci...; tráví spolu hodně času; chodí spolu plavat, tancovat, na vandry, čtou si spolu, povídají si, jezdí na kole, bruslích, lyžích, kutí spolu v garáži....* Děti tráví u prarodičů víkendy, případně i delší dobu, rády, bez větších problémů, mnohdy na vlastní žádost. Bez rozdílu kvality podpory

bondingu. Zdá se tedy, že vhodné mateřské vazebné chování pomáhá vytvořit, i přes počáteční nepříznivý vývoj, bezpečné připoutání i k ostatním blízkým lidem.

Ovlivňuje kvalita vazby k primární osobě navazování vztahů s vrstevníky?

Všechny děti vyhledávají dětský kolektiv a rády, bez větších potíží navazují vztah s vrstevníky. U dvou děvčátek se ale projevuje ve vztahu určitá úzkost „*pochybuje, ...zda-li ji mají rádi*“ jiná „*záleží jí na nich i na tom, aby i oni ji měli rádi. Pokud se spolu nebaví (známe to „dívčí“ bavka – nebavka, moc jí to trápí. A často to doma s námi řeší.*“ Těžko dle získaných informací soudit, zda je to typem vazby, charakterem dítěte, jeho věkem, či negativními zkušenostmi s vrstevníky.

11.5. DOTAZNÍK INTERPERSONÁLNÍ ORIENTACE FIRO-B

V druhé etapě výzkumu byl kromě polostrukturovaného rozhovoru použit i Dotazník interpersonální orientace FIRO-B. Každý jedinec má tři interpersonální potřeby: inkluzi, kontrolu a afekci, na jejichž základě lze vysvětlit interpersonální chování. „Autor předpokládá, že se tyto potřeby vyvíjí během dětství v interakci s dospělými, a to především s rodiči“ (Schutz, 1976, str. 1) Až do dospělosti si sebou neseme to, jak jsme byli jako děti integrováni do rodiny, jaký důraz byl při naší výchově kladen na volnost, kontrolu a dohled, jestli jsme byli přijímáni či odmítáni. Chceme tedy zjistit, jaký způsob chování v interpersonálním vztahu upřednostňují naši respondenti.

I - inkluze

C - kontrola

A – afekce

e – chování jedincem vyjadřované

w – chování jedincem vyžadované

ANNA & STANDA

Anna: Hraniční skóre pro *Ie* naznačuje, že se Anna lidem nevyhýbá, ale nemá ani silnou potřebu je vyhledávat. Dle vyššího *Iw* lze předpokládat, že iniciativu očekává spíše od ostatních. Má potřebu být ostatními přijímána.

Dle vysokého *Ce* lze předpokládat, že se má ráda věci pod kontrolou, zároveň však dle *Cw* skóru usuzují, že ji nečiní problémy se podřídit či přizpůsobit.

Nízké skóry v oblasti *afekce* naznačují, že je Anna velmi opatrná ve výběru osob a v navazování blízkého intimního vztahu.

Standa: Zjištění ze Standova dotazníku byla podobná skórum jeho ženy Anny. Mírný rozdíl jsme zaznamenaly pouze v oblasti *afekce*. Standovy skóry byly vyšší, a to především *Ae*, tedy jeho tendence iniciovat blízké emocionální vztahy.

NIKOLA & PETR

Nikola: Nikoliny skóry byly ve všech oblastech, tedy inkluze, kontrole i afekci, velmi vyrovnané, a to hraniční či vysoké, rozdíly mezi *e* a *w* se pohybovaly od -1 do 1. Lze tedy usuzovat, že se Nikola cítí mezi lidmi velmi dobře, má potřebu mezi ně patřit a navazovat citová pouta. Ráda přebírá za dění odpovědnost, ale umí se podřídit.

Petr: Velký pozitivní rozdíl mezi *Ce* a *Cw* skóry naznačuje, že Petr nesnáší jakýkoliv zásah do svých věcí. Spolu s nízkým *Iw* skórem a tedy omezenou potřebou vyhledávat jiné lidi a nízkým, *Ae* tedy velkou opatrností v navazování hlubších emocionálních vztahů, můžeme soudit, že je Petr spíše samotářský, diktátorský typ. Má rád své věci pod kontrolou, a jen tak někoho k sobě nepřipustí.

PAVLA & JAN

Pavla: Vysoké skóry v oblasti *I* a *A* naznačují, že je Pavla velmi družný, společenský člověk, který má sklon navazovat blízké citové vazby a vyžaduje, aby ostatní iniciovali blízké emocionální vztahy k ní. Nízké *Cw* naznačuje, že si nepřeje být kontrolována, dle *Ce* si o všem raději rozhoduje sama.

Jan: Při administraci dotazníku FIRO-B je „obzvláště nutné, jako konečně u všech osobnostních dotazníků, dodržovat zásadu dobrovolnosti. I jemný nátlak na respondenta, aby test vyplnil, zvyšuje značně pravděpodobnost zkreslení výsledků“ (Schutz, 1976, str. 13). A jelikož se Jan našeho dotazníkového šetření zúčastnit nechtěl, nikterak jsem na něj nenaléhala.

MARIE & PAVEL

Marie: Extrémně nízké skóry v oblasti kontroly naznačují, že má Marie v interpersonálních otázkách sklon k lehkovážnému až nezodpovědnému jednání. Hraniční skóre pro *Ie*

naznačuje, že se společnosti lidí nevyhýbá, ale nemá ani silnou potřebu je vyhledávat. Od blízkých lidí však, tak vzhledem extrémně vysokému A_w , pravděpodobně očekává oddanost a lásku.

Pavel: Vyhodnocením dotazníku jsem zjistila, že v interpersonálních otázkách jsou Pavlovy potřeby velmi podobné potřebám jeho ženy.

2. SKUPINA

ŠÁRKA & MARTIN

Skóry Šárky i jejího muže Martina byly v oblastech kontroly i afekce, velmi vyrovnané - hraniční či vysoké, rozdíly mezi e a w se pohybovaly od -1 do 1. Lze tedy usuzovat, že mají potřebu navazovat citová pouta. Rádi mají kontrolu nad děním odpovědnost, ale umí se i podřídit. Šárka má na rozdíl od Martina vysoké skóry i v oblasti inkluze. Je tedy zřejmé, že se Šárka cítí mezi lidmi velmi dobře, má potřebu být přijímána ostatními, někam patřit. Martin má naopak I_w extrémně nízké a má tedy tendenci, stýkat se pouze s malým počtem lidí.

RADKA & MIREK

Radka: Extrémně vysoké skóry v oblastech inkluze a afekce naznačují, že se Radka cítí mezi lidmi velmi dobře, má vysokou tendenci je vyhledávat, být jimi přijímána, navazovat s nimi citová pouta. Značný pozitivní rozdíl mezi C_e a C_w skóry znamená, že Radka nesnáší jakýkoliv zásah do svých záležitostí. Ve vztahu k extrémně vysokému I_w skóru, spojeného s potřebou být oblíben, lze předpokládat, že má její chování spíše charakter mateřský než diktátorský.

Mirek: Extrémně nízké skóre I_w v souvislosti s vysokým I_e skórem znamená, že Mirek má tendenci stýkat se pouze s malým počtem lidí, s těmi se však cítí dobře a má tendenci je vyhledávat. Nízké skóry kontroly pak naznačují, že se Mirek vyhýbá zodpovědnosti a zároveň si nepřeje být kontrolován. Relativně vysoký záporný rozdíl mezi A_e a A_w pravděpodobně souvisí s tím, že stejně jako je Mirek opatrný ve vyhledávání osob, stejně je opatrný v navazování hlubších citových vazeb.

KLÁRA & MATĚJ

Klára: Diskrepance mezi *Ie* a *Iw* naznačuje, že Klára se cítí mezi lidmi velmi dobře, zároveň je však výběru lidí vysoce selektivní. Oblast A má opačnou strukturu než oblast I a nepochybně v ní tedy probíhají obdobné procesy, byť opačným směrem. V oblasti kontroly je patrná tendence vyhýbání se zodpovědnosti spojená s potřebou závislosti a váhavosti při rozhodování.

Matěj: Vysoký záporný rozdíl mezi *Ae* a *Aw* naznačuje, že sám je při navazování blízkého intimního vztahu velmi opatrný, od ostatních však očekává, že budou iniciovat blízké emocionální vztahy k němu. V oblastech I a C jsou skóry vyrovnané, což naznačuje, že se mezi lidmi cítí dobře a vyhledává je. Rád nezávisle zodpovídá se své záležitosti.

ALENA & JAROSLAV

Alena: Aleniny skóry byly ve všech oblastech, tedy inkluzi, kontrole i afekci, vysoké. Lze tedy usuzovat, že se Alena cítí mezi lidmi velmi dobře, má potřebu mezi ně patřit a navazovat citová pouta. Ráda přebírá za dění odpovědnost, ale umí se i podřídit.

Jaroslav: Jaroslav se stejně jako Jan našeho dotazníkového šetření zúčastnit nechtěl.

12. DISKUZE

V první etapě našeho výzkumu jsme hledali odpověď na otázku, zda podpora navazování rané vazby mezi matkou a dítětem ovlivňuje následný vývoj této vazby. Snažili jsme se zjistit, který způsob podpory *bondingu* se v porodnici obvykle využívá a vytipovat, které další faktory ovlivňují vytváření rané vazby. Výzkumné otázky směřovaly jednak k prožívání porodu, pocitům před, během porodu a po něm a dále k vlivu zdravotního personálu na percepci porodu. Zajímalo nás, jak první okamžiky po porodu ovlivňují následné kojení. Naším dalším úkolem bylo porovnat vnímání porodu a navazování vazby ve skupinách žen po porodu fyziologickém a nefyziologickém.

Jsme si vědomi toho, že vzhledem k tomu, že ani u jedné z maminek nebyl podporován *bonding* všemi deseti kroky, jsou výsledky výzkumu částečně zkresleny. Přesto se ukázalo, že ženy, kterým bylo dítě přiloženo okamžitě po porodu na nahé tělo a měly možnost prožívat s ním první společné nerušené okamžiky, jsou ve vztahu ke svému dítěti méně úzkostné než ostatní sledované maminky a jejich vzpomínky na porod jsou příjemné a radostné. Naše závěry však do značné míry ovlivňuje fakt, že tímto způsobem bylo podporováno navazování emočního pouta u žen, které porodily přirozenou cestou, v termínu porodu a bez výraznějších komplikací. Děti těchto žen neměly vážné zdravotní problémy. Tento fakt mohl mít značný vliv na proces navazování rané vazby. Je nicméně pravděpodobné, že podpora navazování rané vazby by dopad na psychiku matky i dítěte, po komplikovaném vstupu na svět, zmírnila. Zjistili jsme tedy, že dalším faktorem, majícím vliv na utváření rané vazby matky a dítěte, je fyzický stav dítěte.

Dalším faktorem ovlivňujícím rodící se mateřský vztah je psychický stav ženy před porodem a po něm. Psychický stav našich respondentek výrazně neovlivňoval strach z porodu, porodních bolestí, ale obavy o život a zdraví dítěte, které měly různou podobu i intenzitu. U maminek, u nichž byl indikován nefyziologický porod, a rodily pod CA, vyvolávaly vzpomínky na porod ještě několik let poté pláč a úzkost, obě ohodnotily svůj vztah k dítěti v určité fázi jako problematický. Tyto matky uváděly, že měly první fyzický kontakt s dítětem, díky anestezii, až hodinu resp. dvě hodiny po porodu a ani jedna na toto první setkání nevzpomíná moc ráda. U maminek po fyziologickém porodu jsou vzpomínky na porod spojeny s euforií, radostí, úlevou u maminek po nefyziologickém porodu převládá jednoznačně strach a pocit prázdnoty. Zcela zásadní roli v porodním procesu a jeho prožívání mají tedy nejen zdravotníci, ale také připravenost a informovanost matek.

Utváření mateřské vazby je dlouhodobý proces a je-li znesnadněno navazování rané vazby v okamžicích bezprostředně po porodu, je mnoho způsobů, jimiž můžeme utváření vazby podpořit následně. Jedním z nejdůležitějších je kojení. Matka, která dlouhodobě kojí své dítě, získává své kompetence zpět pod kontrolu, má pravidelný intenzivní tělesný kontakt se svým dítětem, během kojení se uvolňuje „hormon lásky“... Kojení navíc zvýrazňuje jedinečnost matky. Po nefyziologickém porodu kojila dlouhodobě pouze jedna z našich respondentek.

Na rozdíl od výzkumů Michaely Mrowetz (2012), která uvádí, že podle jejího pozorování pouze asi třetina rodiček a jejich dětí v České republice zažije alespoň částečnou podporu bondingu ze strany zdravotníků, náš výzkum ukazuje, že částečný bonding zažily všechny ženy po fyziologickém porodu a čtvrtina žen po porodu nefyziologickém, tedy téměř tři čtvrtiny všech žen. Tyto optimistické výsledky jsou ale pravděpodobně způsobeny mírným hodnocením. Do výsledků byl započítán každý, byť jen sebemenší náznak podpory.

V druhé etapě našeho longitudinálního výzkumu jsme se zaměřili především na vliv podpory bondingu na utváření vazby po dalších dvou letech, na vazby s dalšími členy rodiny a s vrstevníky.

Během rozhovorů jsem uvědomila, že klíčové se v dané problematice jeví tyto oblasti:

- Poporodní trauma
- Vazba matka - dítě
- Vztah dítěte k otci
- Vztah k sourozenci
- Vztah k prarodičům
- Vztah k vrstevníkům
- Nástup do mateřské školy

Trauma z porodu se všemi prolínalo rozhovory žen po nefyziologickém porodu v první etapě výzkumu. Vzpomínky na porod tehdy vyvolávaly v ženách úzkost, pláč, výčitky. V rozhovorech během druhé etapy se jeví, že ženy se již s okolnostmi prvního, komplikovaného porodu částečně vyrovnaly. Hovořily o něm klidněji, bez výraznějších emocionálních výkyvů. Tato skutečnost může být ovšem také způsobena tím, že byly původní zážitky z porodu překryty zážitky z porodu druhého. Všechny ženy z první skupiny totiž během dvou let, které uplynuly od ukončení první etapy výzkumu, porodily dítě, a to

fyziologickou cestou, bez komplikací. Všechny o tomto zážitku hovořily s nadšením a uspokojením. Jejich mateřské sebevědomí bylo posíleno, neboť se přesvědčily, že i ony jsou schopny porodit dítě bez zdravotních komplikací, přirozenou cestou. Ženy, které byly v první etapě v druhé, kontrolní skupině žen po fyziologickém porodu, žádným porodním traumatem netrpěly a jejich vnímání porodu tedy nezaznamenalo žádnou změnu. Je zajímavé, že žádná z těchto žen do dnešního dne druhé dítě neporodila a až na jednu to již ani neplánují.

Ve vztahu žen po nefyziologickém porodu k dítěti byla v první etapě zjištěna jednak zvýšená úzkostnost, ale také *žárlivost* na, z jejich pohledu, silnější vazbu otce a dítěte než jejich vazbu k dítěti. Tento pocit byl minimálně u jedné z nich způsoben tím, že se kvůli zdravotním komplikacím mohla dotknout vlastního dotknout se vlastního dítěte až několik týdnů po porodu vs. otcovým častějším fyzickým kontaktem s dítětem. Dle zjištění v druhé etapě tento pocit zcela nevymizel, jen byl, dle mého názoru pozměněn emoční náboj této skutečnosti. *Žárlivost* na vztah otce a dítěte byla nahrazena *hrdostí, radostí* nad tímto vztahem. I úzkostnost, která se zpočátku výrazně objevovala ve vztahu k dítěti, byla časem dle mého pozorování zmírněna. Původní věty typu „*nemusím ji mít pořád na očích, ale z domu ji nedám*“ byly v současných výpovědích nahrazeny výpověďmi typu: „*Já to nesu strašně těžko. Pořád si musím říkat, že to jinak nejde a vlastně to dceři jen prospěje a mně určitě taky, abych se trochu od ní odpoutala*“. Matka si je tedy své úzkosti vědoma a snaží se ji ovlivnit. Podobný vývoj byl zaznamenán u většiny respondentek.

Jako velmi pozitivní zjištění se jeví, že všechny matky uváděly, že jejich děti mají se svými otci silnou citovou vazbu, tráví spolu volný čas rozličnými činnostmi. Otcové jsou ve většině účastni každodenním činnostem, jako je odvádění do školky či kroužků, koupání, uspávání, ... Nebylo zjištěno, že by na tento stav mělo jakýkoliv vliv, byl-li otec přítomen u porodu. Jak již bylo řečeno, sourozence mají pouze děti matek z první skupiny. Jejich vztah k sourozencům se zatím jeví jako velmi dobrý. Žádná matka nevyprávěla, že by příchod sourozence do rodiny způsobil prvorozenému jakékoliv trauma, případně, že by se dokonce s jeho příchodem nevyrovnal.

Všechny matky, bez ohledu na to, za jakých okolností přišlo jejich dítě na svět, uvádějí, že jejich děti mají s prarodiči *krásný, nádherný, skvělý* vztah a tráví s nimi mnoho času. Některé dokonce uvádí, že je pro jejich dítě babička či dědeček vzorem. Žádné s dětí z našeho průzkumu nemá problémy s navazováním vztahu s vrstevníky. Zajímavé ovšem je, že se u

některých objevují pocity úzkosti spojené s obavami o opětování jejich kamarádské náklonosti. Co přesně stojí za těmito obavami, se mi nepodařilo zjistit, zdá se však zřejmé, že nesouvisí s okolnostmi porodu. Nejsilněji tyto obavy totiž cítily dvě dívky. Jedna se narodila předčasně během nefyziologického komplikovaného porodu, druhá během porodu fyziologického. Ani v souvislosti s přizpůsobením se kolektivnímu zařízení nebyla zaznamenána souvislost mezi těžkostmi, které měly děti se vstupem do zařízení a průběhem porodu.

U několika dvojic se ukázalo, že mají v dotazníku FIRO-B podobné výsledky. Tato skutečnost může být způsobena dlouhodobým partnerstvím, které často vede k sladění zájmů a potřeb.

13. ZÁVĚRY

Cílem výzkumu bylo zjistit rozdíly v utváření rané vazby podle způsobu, jakým byl jejich porod veden (fyziologický, nefyziologický porod) a vytipovat, které další faktory v průběhu porodu ovlivňují rané utváření vazby. Dalším cílem bylo sledovat, zda tyto faktory ovlivňují vazbu mezi matkou a dítětem i jeho další vztahy ještě po dvou letech.

Na základě získaných dat jsem dospěla k těmto zjištěním:

Budování vazby matka – dítě probíhá již v průběhu těhotenství. U první skupiny žen došlo ale vlivem komplikací v závěru těhotenství a v období porodu k narušení tvorby této vazby. Vzhledem k tomu, že nebyl zdravotnickým personálem dostatečně **podporován bonding**, zažily ženy intenzivní pocit ztráty kontroly nad situací a mateřských kompetencí. Skutečnost, že se staly matkami, začaly vnímat až několik dní po porodu. Dvě z žen hodnotí i dnes vazbu s dítětem jako úzkostnou. Na rozdíl od nich ženy po porodu fyziologickém vnímaly utváření vazby velmi pozitivně a intenzivně. Tyto pocity byly umocněny tělesným a vizuálním kontaktem v průběhu prvních okamžiků po porodu.

- Pocit ztráty mateřských kompetencí a s tím spojené bezproblémové **utváření rané vazby** ovlivňuje navíc fyzický stav dítěte po porodu a psychický stav maminky před porodem, během něj a po něm. Obě maminky, které vykazují ve vztahu k dítěti největší nejistotu, měly problémy s otěhotněním a průběh těhotenství byl ovlivněn strachem z předčasného ukončení těhotenství, obě rodily sekčí pod CA a fyzický kontakt s dítětem jim byl umožněn až několik hodin resp. týdnů po porodu.
- Na otázku, zda pomáhá **podpora bondingu** matce a dítěti **po nefyziologickém porodu** léčit emoční a fyzická zranění vzniklá v důsledku porodu nelze na základě našeho výzkumu jednoznačně odpovědět.
- **Nefyziologické porody** našich respondentek probíhaly v ostravské resp. vsetínské porodnici. Všechny ženy byly od svých dětí ihned po porodu na desítky minut odloučeny. Fyzický i vizuální kontakt s jejich dětmi byl minimální.
- Ukázalo se, že podpora bondingu může ovlivňovat pocity rodičky týkající se porodu. Maminky, které zažily intenzivní tělesný kontakt kůže na kůži v prvních okamžicích po porodu, hodnotí porod jako jedinečný zážitek, na který velmi rády vzpomínají a který by si rády zopakovaly. Naopak maminky bez tělesného kontaktu hodnotí porod jako zážitek, který by nerady opakovaly a na který by raději zapomněly.

- Šest žen z osmi respondentek **podporoval během porodu otec dítěte**. Ženy vnímaly tuto okolnost jako velmi příjemnou. Užívaly si mimo radosti z miminka i pocit sounáležitosti a radost z utváření nové rodiny. Výraznější změny ve vnímání porodu v přítomnosti otce se však neprojevíly.
- Všechny respondentky uvedly, že byly **podporovány v kojení** od prvního možného okamžiku, jakmile bylo dítě připraveno a umožňoval to jeho zdravotní stav, tj. děti bez zdravotních komplikací do půl hodiny po porodu, děti nedonošené v prvních týdnech po porodu. Vliv prvního přiložení na délku kojení nelze tedy na základě našeho výzkumu prokázat.
- Všechny respondentky, bez ohledu na okolnosti porodu, uvedly, že mají se svými dětmi výborný, bezproblémový **vztah**
- Všechny respondentky také uvedly, že jejich děti mají krásný vztah s otcem, prarodiči případně se sourozenci
- Komplikace s **nástupem do mateřské školy** byly zaznamenány u třech dětí. Jelikož ale patřily do obou sledovaných skupin, souvislost s porodem se prokázat nepodařila.
- U dvou děvčátek byla zaznamenána úzkost ve **vrstevnických vztazích**. I v tomto případě se jednalo o dcera respondentek z obou skupin, takže nebyla zjištěna žádná souvislost.
- U několika dvojic se ukázalo, že mají v Dotazníku interpersonální orientace FIRO-B, obdobné výsledky. Tato shoda může být způsobena dlouhodobým partnerstvím, které často vede k sladění zájmů a potřeb.

SOUHRN

Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku vlivu podpory *bondingu* na vztah matka-dítě.

Teoretická část pojednává o utváření mateřské vazby, o psychologických aspektech průběhu porodu, o rozdílech ve vnímání porodu fyziologického a nefyziologického. Pojednáno je zde o těhotenství, o rodičovské roli a přípravě na tuto náročnou životní a sociální situaci, předporodní přípravě, o porodu, *bondingu*, separační úzkosti. Věnovala jsem se problematice negativních psychologických jevů souvisejících s porodem, jako jsou poporodní deprese, poporodní psychóza a posttraumatický stresový syndrom.

Teoretická část je rozdělena na šest hlavních kapitoly: rodina, rodičovství, mateřství, těhotenství, porod a vazba matka – dítě.

První kapitola „*Rodina*“ je věnována především jednotlivým funkcím rodiny, tedy funkci biologickoreprodukční, ekonomickozabezpečovací, socializačně výchovná, emocionální.

Druhá kapitola „*Rodičovství*“ je zaměřena především na rodičovské postoje a na rodičovství jako biologickou potřebu.

Třetí kapitola „*Mateřství*“ je věnována především přirozenému údělu ženy a jejímu rozhodnutí naplnit či nenaplnit tento úděl.

Přirozeným pokračováním kladného rozhodnutí je druhá kapitola „*Těhotenství*“, která se zabývá především změnami, které s sebou těhotenství přináší. Jsou to změny v několika oblastech. Já jsem se zabývala změnami fyzickými, tj. změnami hormonálními, rostoucímu bříšku, ranními nevolnostmi aj., dále psychickými, které s fyzickými úzce souvisí, jako jsou obavy ze ztráty atraktivity, ztráta sexuálního apetitu, ale také obavy z nové role či porodních bolestí, a nakonec změnami sociálními. Nástup na mateřskou resp. rodičovskou dovolenou je často spojeny se zhoršením finanční situace rodiny, obavy ze ztráty zaměstnání, změna sociálního statusu.

Další kapitola je zaměřena na „*Porod*“. Především na současný trend, zvyšující se počty císařských porodů v souvislosti s lékařsky mnohdy neindikovanými, ale přesto prováděnými operačními porody, jako prevenci proti porodním bolestem. Dále pak na předporodní přípravu, předporodní kurzy a porodní plán. A nakonec na psychické problémy jako následek hormonální změn po porodu či stresu v průběhu porodního procesu.

Poslední, nejdůležitější kapitola teoretické části má název „*Vazba matka - dítě*“ a je věnována mateřské vazbě, vazebnému chování, separační úzkosti, navazování rané vazby a podpoře bondingu.

Výzkum prezentovaný v praktické části má ráz kvalitativního výzkumu, založeného na případových studiích osmi žen ve dvou skupinách (po porodu fyziologické a nefyziologické). Jako základní metoda sběru dat byl použit strukturovaný a polostrukturovaný rozhovor. Otázky směřovaly jednak k prožívání a hodnocení porodu ženami, zaměřila jsem se na rozdíly ve vnímání porodu ženami po fyziologickém a nefyziologickém porodu a na podporu bondingu v kontextu různých průběhů porodů.

Další metodou získávání dat byl pro účely našeho výzkumu využit dotazník interpersonální orientace FIRO – B, který byl předložen nejen matkám, které byly zapojeny do výzkumu, ale i jejich partnerům, otcům dítěte.

Cílem studie bylo zjistit rozdíly v prožívání porodu ženami podle průběhu porodu, vytipovat, které další faktory, které mají vliv na utváření rané mateřské vazby. Zjistit, zda má podpora bondingu vliv na vztahy s nejbližšími osobami ještě po dvou letech. Analýzou dat bylo zjištěno, že nejlépe vnímají svůj vztah s dítětem matky po fyziologickém porodu, jejichž dítě bylo po porodu bez zdravotních komplikací a zažily v prvních okamžicích tělesný kontakt. Nejhorší naopak vnímají porod i vztah s dítětem matky po nefyziologickém porodu, které rodily sekci při celkové anestezii.

Základními východisky mé diplomové práce byly výzkumy a práce Johny Bowlbyho, Johny Kennela a Marshalla Klause, Zdeňka Matějčka a z výzkumy a pozorování Michaly Mrowetz.

BIBLIOGRAFIE

1. Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Vaters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
2. Aleksandrowicz, D. R., & Aleksandrowicz, M. A. (1989). *Developmental Deviations and Personality: Theoretical Issues and Therapeutic Applications*. New York: Gordon and Breach Science Publishers.
3. Andersson, O., Hellström-Westas, L., Andersson, D., & Domellöf, M. (15. Listopad 2011). *Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial*. Načteno z BMJ Publishing Group Limited: <http://www.bmj.com/>
4. Balint, M. (2000). *The Doctor, His Patient And The Illness*. London: Churchill Livingstone.
5. Baskerville, S. (3. Červen 2013). *Freedom and the Family: The Family Crisis and the Future of Western Civilization*. Získáno 10. Prosinec 2013, z The Imaginative Conservative: <http://www.theimaginativeconservative.org/>
6. Benešová, J. (12. Srpen 2009). *Zůstanu bezdětná. Protože to chci*. Získáno 27. Prosinec 2012, z Maminka: <http://www.maminka.cz>
7. Bidlo, P. (2013). *Krize rodiny ohrožuje civilizaci*. Získáno 19. Listopad 2013, z Katolický týdeník: <http://www.katyd.cz>
8. Bier, A., Nindl, G., & Kussmann, G. (2013). Bindung und Stillen - Ein Thema für die Kinder- und Jugendtherapie? *Verhaltenstherapie mit Kindern & Jugendlichen - Zeitschrift für die psychosoziale Praxis*, stránky 69-78.
9. Bowlby, J. (1944). Forty-four Juvenile Thieves: Their Characters and home-life. *International Journal of Psychoanalysis*, stránky 19-52; 107-127.
10. Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health*. Získáno 13. Leden 2013, z <http://whqlibdoc.who.int>
11. Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál, s.r.o.
12. Bowlby, J. (2012). *Odloučení*. Praha: Portál, s.r.o.
13. Brandejská, A. (3. Srpen 2012). *Děti se rodí stále méně. I kvůli rodinné politice státu, říká expertka*. Získáno 1. Prosinec 2013, z IDNES.cz: <http://zpravy.idnes.cz/>
14. Brisch, K. H. (2011). *Poruchy vztahové vazby*. Praha: Portál, s.r.o.
15. Calda, P. (29. Červenec 2010). Porodník Pavel Calda: Císařský řez na přání je věc diskutabilní. (P. Hátlová, Tazatel)

-
16. *Co je porodní dům.* (12. Březen 2015). Načteno z Porodní dům U Čápa: <http://www.pdcap.cz>
 17. ČSÚ. (11. Březen 2015). *Průměrné mzdy - 4. čtvrtletí 2014.* Načteno z Český statistický úřad: <http://www.czso.cz/>
 18. ČTK, & iDNES.cz. (3. Březen 2015). *Američanka solí otrávil pětiletého syna, chtěla zaujmout na internetu.* Načteno z iDnes.cz: <http://zpravy.idnes.cz>
 19. Čurdová, J. (14. Březen 2013). *FOTOpříběh - Podpora rané vazby mezi matkou a dítětem v Krnově u CS.* Získáno Březen 2013, z Centrum aktivního mateřství: <http://dulyservis.webnode.cz>
 20. D'Souza, R. (April 2013). Caesarean section on maternal request for non-medical reasons: Putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, stránky 165-177.
 21. Dytrych, Z. (1987). *Mladé rizikové rodiny.* |Praha: VÚPs.
 22. Dytrych, Z., Matějček, Z., & Schüller, V. (1975). *Nechtěné děti.* Praha: VÚPs.
 23. Embid, A. (2006). *Entrevista con el Dr. FREDERICK LEBOYER.* Načteno z <http://www.holistika.net/>
 24. Fetih, A. P., Videmšek, M., Velikonja, V. G., Vrtačnik, E. B., & Karpljuk, D. (2008). *THE STATE OF MIND OF LESS PHYSICALLY ACTIVE AND REGULARLY PHYSICALLY ACTIVE WOMEN IN THE SECOND TRIMESTER OF THEIR PREGNANCIES.* Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica, 38.
 25. FN, B. (2015). *Epidurální analgezie.* Načteno z Fakultní nemocnice Brno: <http://www.fnbrno.cz/>
 26. Freud, S. (1989). *An outline of psycho-analysis.* New York · London: W.W.Norton & Company, Inc.
 27. H.A.M. (nedatováno). *Porod.* Získáno 13. Leden 2013, z Hnutí za aktivní mateřství (H.A.M.): <http://iham.cz>
 28. Hájek, Z., & kolektiv, a. (2004). *Rizikové a patologické těhotenství.* Praha: Grada Publishing, a.s.
 29. Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník.* Praha: Portál.
 30. Hellmers, C. (23. Prosinec 2009). *Porträt: Die erste Professorin für Geburten.* Získáno Leden 2013, z Newslin Westdeutsche Zeitung: <http://www.wz-newsline.de>
 31. Horneyová, K. (2004). *Ženská psychologie.* Praha: Triton.
 32. Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte.* Praha: Grada Publishing a.s.
 33. Hospodářské noviny. (3. Březen 2015). *Mzdy rostly méně, než analytici předvídali.* Načteno z Hospodářské noviny: www.ihned.cz
 34. Chrastilová, G. (3. 18 2013). *Koupání novorozence po porodu: Potřebná rutina, nebo škodlivá praktika?* Získáno 3. 18 2013, z Babyweb: <http://www.babyweb.cz>

-
35. Chrastilová, G. (6. Květen 2013). *Rozhovor / Michel Odent: Porod a budoucnost lidského druhu*. Načteno z Babyweb.cz: <http://www.babyweb.cz>
 36. Chrastilová, G., & Mrowetz, M. (19. Listopad 2012). *Podpora rané vazby po porodu císařským řezem*. Získáno 8. Březen 2013, z Babyweb: <http://www.babyweb.cz>
 37. International MotherBaby Childbirth Initiative, I. (Září 2008). *10 kroků k optimální porodní péči*. Získáno 15. Březen 2013, z International MotherBaby Childbirth Initiative: <http://www.imbci.org/>
 38. Jandourek, J. (2008). *Průvodce sociologií*. Praha: Grada Publishing, a.s.
 39. Jedličková, M. (2. 28 2008). Obecný náhled naproblematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. *Praktická gynekologie*, stránky 87-90.
 40. Keller, J. (2005). *Soumrak sociálního státu*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
 41. Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1998). Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in review/American Academy of Pediatrics*, stránky 4-12.
 42. Klaus, M., & Kennell, J. (1971). *Maternal-infant Bonding*. St. Louis: CV. Mosby, Inc.
 43. Kořínek, O. (9. Prosinec 2013). *Policie zadržela ženu podezřelou z vraždy dítěte v Podbořanech*. Získáno 9. Prosinec 2013, z Novinky.cz: <http://www.novinky.cz/>
 44. Kossobudzka, M. (2. Prosinec 2008). *Cesarka zwiększa ryzyko astmy*. Získáno Únor 2013, z Gazeta Wyborcza: <http://wyborcza.pl>
 45. Košťál, M. (7. Únor 2012). Gynekolog: Porod císařským řezem je jako střední škola bez maturity. (D. Půlpán, Tazatel)
 46. Koukolík, F., & Drtilová, J. (1996). *Vzpouza deprivantů*. Praha: Makropulos.
 47. Kuba, F. (14. Leden 2013). Krnovská porodnice bilancuje úspěšný rok a více miminek. *Bruntálský a krnovský deník.cz*.
 48. Langmeier, J., & Kňourková, M. (1984). *Psychologie. Část 1, Úvod do obecné a sociální psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
 49. Langmeier, J., & Matěček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
 50. Leboyer, F. (1995). *Porod bez násilí*. Praha: Stratos.
 51. Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (6. Červen 2012). PILOTNÍ STUDIE POSOUZENÍ VZTAHOVÉ VAZBY V DOSPĚLOSTI. *E-psychologie*, stránky 1-11.
 52. Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s.
 53. Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s.
 54. Líbalová, Z. (2010). Sexualita v těhotenství a v laktaci. V P. Weiss, *Sexuologie* (stránky 295-304). Praha: Grada Publishing, a.s.
 55. Lovasová, L. (2006). *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

-
56. Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized / disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for classification of behaviour. V T. B. Brazelton, & M. W. Yogman, *Affective Development in Infancy* (stránky 95-124). New York: Ablex Publishing Corporation .
 57. Mardešičová, N., & Velebil, P. (5. Únor 2010). *Epidemiologie císařských řezů*. Načteno z Zdravotnictví + medicína: <http://zdravi.e15.cz/>
 58. Matějček, Z. (1981). Děti z rodin alkoholiků. *Psychologie a patopsychologie dítěte* , stránky 303-318, 537-555.
 59. Matějček, Z. (2004). *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada Publishing, a.s.
 60. Matějček, Z. (2013). *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, s.r.o.
 61. Matějček, Z., & Langmeier, J. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Nakladatelství Panorama.
 62. Matějček, Z., Břicháček, V., Duchovský, J., & Karabelová, H. (1986). Pražská studie dětí narozených mimo manželství. *Demografie*, stránky 13-24.
 63. Matějček, Z., Bubleová, V., & Kovařík, J. (1997). *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum.
 64. Medalová, K., & Procházka, R. (4. Listopad 2014). RANÉ MALADAPTÍVNE SCHÉMY, ATTACHMENT A STRATÉGIE ZVLÁDANIA STRESU. *E -psychologie*, stránky 11-22.
 65. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. (7. Leden 2013). Získáno 18. Březen 2013, z Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: <http://www.uzis.cz>
 66. MFDNES. (15. Duben 2008). *Kolik stojí dítě od narození až do dospělosti*. Načteno z iDNES.cz: <http://finance.idnes.cz>
 67. Mikilincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.
 68. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). "Can't Buy Me Love": An Attachment Perspective on Social Support and Money as Psychological Buffers. *Psychological Inquiry*, stránky 167-173.
 69. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
 70. Mörelius, E., Örténstrand, A., Theodorsson, E., & Frostell, A. (Leden 2015). A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Human Development*, stránky 63-70.
 71. Mrowetz, M. (2010). *Kontakt s miminkem hned po porodu*. Načteno z Moje rodina: <http://www.moje-rodina.cz>
 72. Mrowetz, M. (27. Leden 2010). Stresová porucha jako následek porodu. *Betynka*.
 73. Mrowetz, M. (2011). Bonding? Bonding! (Z. Těšínská, Tazatel)

-
74. Mrowetz, M. (21. Srpen 2011). Polidštili jsme opici - a co porodnictví?
 75. Mrowetz, M. (10. Říjen 2012). *Porodní bolest – porodní radost*. Získáno 20. Březen 2013, z Tehotenstvo-rodinka: <http://tehotenstvo.rodinka.sk>
 76. Mrowetz, M. (7. Březen 2015). *facebook/michaela.mrowetz.klinicka.psycholozka*. Načteno z facebook: <https://www.facebook.com/michaela.mrowetz.klinicka.psycholozka>
 77. Mrowetz, M., & Peremská, M. (18. Leden 2013). Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma - chiméra, či reality budoucnosti? *Pediatric pro praxi*, stránky 201-204.
 78. Mrowetz, M., Chrastilová, G., & Antalová, I. (2011). *Bonding - porodní radost*. Praha: DharmaGaia.
 79. Odent, M. (2003). *Matka Země*. Praha: Rodiče s.r.o.
 80. Odent, M. (6. Květen 2013). Porod a budoucnost lidského druhu. (G. Chrastilová, Tazatel)
 81. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. London: Sage Publications Ltd.
 82. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s.
 83. Peremská, M., Mrowetz, M., & Pavlíková, M. (2014). Domperidon – „lék na zvýšení laktace“ – rizika pro kojící matky, jejich kompetence a vztahovou vazbu k dětem. *Pediatric pro praxi* 15(3), 179-181. Načteno z *Pediatric pro praxi*.
 84. Petrášová, L., & Bartáková, T. (3. Srpen 2009). *Osm procent žen nechce být matkou. Ubývá i těch, které plánují druhé dítě*. Získáno 27. Prosinec 2012, z iDNES/ Zprávy: <http://zpravy.idnes.cz>
 85. Petrášová, L., & Lesková, I. (21. Březen 2005). *Rodina nezanikne, ale změní se*. Získáno 19. Prosinec 2013, z iDNES.cz: <http://zpravy.idnes.cz>
 86. Pottiee-Sperry, F. (1996). *The hysterotomotokie or Caesarian birth" of Francois Rousset (Paris, 1581). The book of an impostor or that of a precursor?* Načteno z US National Library of Medicine National Institutes of Health: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
 87. Pyrhönen, K., Näyhä, S., Hiltunen, L., & Läärä, E. (October 2013). Caesarean section and allergic manifestations: insufficient evidence of association found in population-based study of children aged 1 to 4 years. *Acta Paediatrica*, stránky 982-989.
 88. Roztočil, A., & kolektiv, a. (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
 89. Ruppert, F. (18. Březen 2012). *Konstelace traumat otevírají nové cesty z chaosu a iluzí*. Načteno z <http://www.franz-ruppert.de/>
 90. Schutz, W. C. (1976). *FIRO-B, Dotazník interpersonální orientace*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p.
 91. Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada Publishing a.s.
 92. Slezáková, L., & kolektiv. (2011). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.

-
93. Stern, D. N. (2002). *The First Relationship: Infant and Mother*. Cambridge (Massachusetts): Harvard University Press.
94. Šimková Péliová, Z. (23. Červen 2014). *HBAC v našich podmínkách, alebo ako som sa druhýkrát narodila s mojím druhorodeným*. Načteno z Zenske kruhy: <http://zenskekruhy.sk>
95. Špaňhelová, I. (2010). *Dítě a rozvod rodičů*. Praha: Grada.
96. Takács, L., Kodyšová, E., Kejřová, K., & Martina, B. (6. Březen 2011). Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *E-psychologie*, stránky 16-32.
97. TN.cz. (13. Březen 2015). *Zázrak přírody: Mrtvý chlapeček ožil Katce v náručí!* Načteno z TN.cz: <http://tn.nova.cz>
98. tom, P. (9. Prosinec 2013). *Osmnáctiletá matka brutálně zbil dvouletou dceru. Dítě nepřežilo*. Získáno 9. Prosinec 2013, z Novinky.cz: <http://www.novinky.cz/>
99. Uzel, R. (27. Červenec 2014). *Otec u porodu – radost, nebo komplikace?* Načteno z Babyweb.cz: <http://www.babyweb.cz>
100. Vaughn, B., Egeland, B., Sroufe, L. A., & Waters, E. (prosinec 1979). Individual Differences in Infant-Mother Attachment at Twelve and Eighteen Months: Stability and Change in Families under Stress. *Child Development*, stránky 971-975.
101. Wagner, M. (5. Červen 1991). *Episiotomy: a form of genital mutilation*. Získáno 18. Březen 2013, z The Lancet: <http://www.thelancet.com>
102. WIKIPEDIE. (3. Zář 2014). *Single*. Načteno z WIKIPEDIE: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Single>
103. Zátopková, L. (2013). *Bakalářská diplomová práce, Vazba matka - dítě*. Olomouc: Univerzita Palackého.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Schéma strukturovaného a polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 4 : Rozhovor s Annou (1. etapa výzkumu)

Příloha č. 5 : Schéma polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 6: Rozhovor s Annou (2. etapa výzkumu)

Příloha č. 7: 10 kroků k optimální porodní péči

Příloha č. 8: 10 kroků k úspěšnému kojení

Příloha č. 9: Péče v průběhu normálního porodu – praktická příručka WHO

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. Bc. ZÁTOPKOVÁ Lada	Slezský Kočov 114, Moravskoslezský Kočov - Slezský Kočov	F131095

TÉMA ČESKY:

Vazba matka - dítě po dvou letech

NÁZEV ANGLICKY:

The mother - baby bond after two years

VEDOUCÍ PRÁCE:

prof. PhDr. Alena Plháková, CSc. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium relevantní české i zahraniční literatury zabývající se vztahem mezi matkou a dítětem
2. Zpracování teoretické části, zaměřené na problematiku vytváření raného vztahu mezi matkou a dítětem po nefyziologickém porodu
3. Příprava kvalitativního a kvantitativního výzkumu
4. Realizace výzkumu se 4 ženami po nefyziologickém porodu a stejným počtem žen po porodu přirozeném, výzkumná metoda: polostrukturovaný rozhovor, dotazníky FIRO-b a ECR
5. Kvalitativní a kvantitativní rozbor výsledků a jejich interpretace
6. Zpracování závěru a souhrnu

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Bowlby, J. (2010). Vazba. Praha: Portál
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brisch, K. H., Heinz, K. (2011) Poruchy vztahové vazby. Praha: Portál.
- Matějček, Z., Langmeier, J. (1986) Počátky našeho duševního vývoje. Praha: Panorama
- Matějček, Z. (2004) Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte. Praha: Grada
- Klaus, M., Kennell, J. (1996) Bonding: Building the Foundations of Secure Attachment and Independence. Boston, Addison-Wesley Publishing Company

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vazba matka – dítě po dvou letech

Autor práce: Bc. Bc. Lada Zátopková

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Alena Plháková, Csc.

Počet stran a znaků: 80 / 164 343

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 103

Abstrakt: Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku vlivu podpory bondingu na vztah matka-dítě. Studie prezentovaná v praktické části má ráz kvalitativního výzkumu, založeného na případových studiích osmi žen, podpořených dotazníkovým šetřením žen a jejich partnerů. Jako základní metoda sběru dat byl použit strukturovaný a polostrukturovaný rozhovor. Další metodou získávání dat byl pro účely našeho výzkumu využit Dotazník interpersonální orientace FIRO–B. Cílem studie bylo zjistit rozdíly v prožívání porodu ženami podle průběhu porodu, vtipovat další faktory, které mají vliv na utváření rané mateřské vazby. Dalším cílem bylo zjistit, zda má podpora bondingu vliv na vztah matka dítě ještě po dvou letech a zda má vliv na vazby k ostatním členům rodiny a vrstevníkům. Výsledky výzkumu vedly k závěru, že nejlépe vnímají svůj vztah s dítětem matky po fyziologickém porodu, jejichž dítě bylo po porodu bez zdravotních komplikací a zažily v prvních okamžicích tělesný kontakt. Nejhůř naopak vnímají porod i vztah s dítětem matky po nefyziologickém porodu, které rodily sekci při celkové anestezii. Vliv podpory bondingu na vazbu matka-dítě po dvou letech či na vazbu k ostatním blízkým osobám a vrstevníkům prokázán nebyl.

Klíčová slova: Vazba, bonding, porod, císařský řez, vaginální porod

ABSTRACT OF THESIS

Title: Mother – baby bond after two years

Author: Bc. Bc. Lada Zátopková

Supervisor: Prof. PhDr. Alena Plháková, Csc

Numberofpages and characters: 80 / 164 343

Numberofappendices: 9

Numberofreferences: 103

Abstract: This work deals with a problem of bonding in mother-infant relation. Theoretic part covers the qualitative research, based on case studies of eight women, supported by questionnaire research of women and their partners. As a main base for collecting data were used structured and semi-structured interviews. As another source of information for our research purposes we made use of the questionnaire of interpersonal orientation FIRO-B. Objective of the study was to find out difference between giving birth experiences according to its progress and to select other factors which have influence on early mother's bonding. Other target was to find out if the bonding influence mother and child's relationship even two years later and if it influences the relation between other family members and persons of the same age. Results of the study lead to the conclusion that the relation with child is perceived the best by mother after physiological birth, which child was after birth without health complications and with close physical contact during first moments. Contrary, the birth itself as well as the relationship with newborn is perceived the worst by mothers after non physiological births, which were giving birth by c-section and under general anaesthesia. The influence of bonding on mother-child relation two years after birth, or on relation to other close persons or persons of the same age, was not proved.

Key words: relation, bonding, birth, caesarean section, vaginal childbirth,

PŘÍLOHA Č. 3

Schéma rozhovoru / 1. etapa výzkumu

Údaje o participantovi a jeho rodinném zázemí

- křestní jméno:
- věk:
- stav:
- porod v roce:

STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

- **Údaje týkající se porodu**

- Kde proběhl porod?
- Ve kterém měsíci (týdnu) těhotenství jste rodila?
- Jaký byl stav dítěte a matky po porodu?
- Byl u porodu přítomen otec či jiná osoba?
- Podporoval zdravotnický personál vytváření vazby mezi vámi a novorozeným dítětem? **Rozved'te prosím s pomocí následujících bodů:**

- *položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu (**při porodu sekci k tváři maminky**)*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin*

Ano – Ne, jak dlouhá byla doba nepřerušovaného kontaktu

- *měl otec možnost být v tělesném kontaktu s dítětem?*

Ano – Ne, jak byl kontakt dlouhý

- *otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek, aniž by se maminka ihned musela osprchovat*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *matka a dítě jsou v kontaktu kůže na kůži*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí matky a dítěte, podložení hlavy matky, pokud rodí vleže (**pokud musí být dítě v***

inkubátoru, zajištění webové kamery matce anebo fotek a videí v pravidelných intervalech)

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *pomoc s přisátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *zajištění pohodlné polohy pro matku (křeslo, postel, polštáře) i dítě (v náručí matky)*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte /sejmutí skóre Apgarové, stetoskop, podvaz pupeční šňůry/ na těle matky (u rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad miminkem kontrolu, alespoň vizuální) nebo mimo (byť jen vizuální) kontakt s matkou*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *V průběhu porodu a krátce po něm byla zapojena technika (videokamera, mobilní telefon, fotoaparát)*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *Kdy jste začala přijímat a odesílat první SMS zprávy?*

- *Bylo dítě v inkubátoru?*

- *Měla jste možnost klokánkování, t.j. zahřátí nedonošeného dítěte na svém vlastním těle?*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

- **Jak vypadaly v této době kontakty mezi vámi a dítětem?**
- **Jaké byly vaše pocity před porodem?**
- **Jaké byly vaše pocity během porodu?**
- **Jaké byly vaše pocity po porodu?**
- **A jaké jsou dnes?**
- **Jak byste celkově zhodnotila vytváření vazby mezi vámi a dítětem?**
- **Jaký je váš vztah s dítětem vztah s dítětem v současné době?**

PŘÍLOHA Č. 4

ROZVOR S ANNOU / 1. etapa výzkumu

- **Údaje o participantovi a jeho rodinném zázemí**
 - křestní jméno: **Anna**
 - věk: **36**
 - stav: **vdaná**
 - porod v roce: **2008**

STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Údaje týkající se porodu

- **Kde proběhl porod?** FN, OSTRAVA
- **Ve kterém měsíci (týdnu) těhotenství jste rodila?** 28TT
- **Jaký byl stav dítěte a matky po porodu?** Její stav byl po porodu stabilizovaný, vážila 1250g a měřila 42 cm. Byla napojena na přístroje podporující dýchání, ale nemusela být zaintubována. Já jsem zůstala 24 hodin na pooperačním, po fyziologické stránce v pohodě, ale psychicky...no, děs. Po JIP mě přestěhovali na pokoj s dětmi. Řekla jsem jim, že pobyt s dětmi na jednom pokoji nedám, protože sama nevím, co je s mým dítětem. Jsem pak byla přestěhována na pokoj, kde byly ženy teprve těhotné, pak už to bylo v pohodě...relativní
- **Byl u porodu přítomen otec či jiná osoba?** NE
- **Podporoval zdravotnický personál vytváření vazby mezi vámi a novorozeným dítětem? Rozved'te prosím s pomocí následujících bodů:**
 - *položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu (při porodu sekcí k tváři maminky)*
NE
 - *podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin*
NE
 - *měl otec možnost být v tělesném kontaktu s dítětem?*
NE
 - *otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek, aniž by se maminka ihned musela osprchovat*
NE
 - *matka a dítě jsou v kontaktu kůže na kůži*
NE

- *umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí matky a dítěte, podložení hlavy matky, pokud rodí vleže (**pokud musí být dítě v inkubátoru, zajištění webové kamery matce anebo fotek a videí v pravidelných intervalech**)*
NE
- *pomoc s přísátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti*
NE
- *zajištění pohodlné polohy pro matku (křeslo, postel, polštáře) i dítě (v náručí matky)*
NE
- *zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků*
NE
- *jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte /sejmutí skóre Apgarové, stetoskop, podvaz pupeční šňůry/ na těle matky (u rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad miminkem kontrolu, alespoň vizuální) nebo mimo (byť jen vizuální) kontakt s matkou*
NE
- *V průběhu porodu a krátce po něm byla zapojena technika (videokamera, mobilní telefon, fotoaparát)*
NE
- *Kdy jste začala přijímat a odesílat první SMS zprávy?*
- *Bylo dítě v inkubátoru?*
ANO
- *Měla jste možnost klokánkování, t.j. zahřátí nedonošeného dítěte na svém vlastním těle?*
NE

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

- **Jak vypadaly v této době kontakty mezi vámi a dítětem?**

Byla jsem vyděšená, měla **OBAVY**, **NESKUTEČNÝ STRACH**, **ZDA BUDE DÍTĚ ZDRAVÉ**.

- **Jaké byly vaše pocity před porodem?**

Co chvíli, jsem se ptala, kolik je hodin, chtěla jsem vědět, jak je dítěti, vidět ho. Neustále jsem si hladila břicho s pocitem, že je to jen sen, že dítě stále nosím.

- **Jaké byly vaše pocity během porodu?**

Po nezdařeném epidurálu, mi byla dána celková anestezie. Bez pocitů...

- **Jaké byly vaše pocity po porodu?**

Celý pobyt na JIP jsem probřečela, byla zoufalá, bezmocná a strašně zmatená. Po fyziologické stránce bez problémů. Císařský řez mi nevadil, rodit přirozenou cestou jsem kvůli poloze plodu nemohla, s tím jsem byla smířená. Kdybych si mohla zvolit znova, tak bych opět volila císařský řez. Jen mě děsilo to, že dítě je nedonošené, že jsem ho neviděla, že prostě NEVÍM...

- **A jaké jsou dnes? Jak byste celkově zhodnotila vytváření vazby mezi vámi a dítětem?**

Velmi složitě a zdlouhavě...Pohled na nedonošené dítě byl pro mne stresující. Vypadla neskutečně malinká, při dýchání se jí propadal hrudník a vidět bušící srdíčko jen přes kůži mi na první setkání s Janičkou nedává zapomenout. Měla jsem odtažitý pocit, dívala se na ni a nevěřila jsem, že je to moje dítě. Nebyl tam pocit té mateřské lásky, jak jsem o ni slyšela. Nepopsatelné pocity štěstí. To tam vůbec nebylo a to mě děsilo. Dokážu své dítě milovat, bude v pořádku, budu dobrou mámou, když jsem ji takto hned na začátku zklamala a nedokázala donosit??? Pocit, že jsem jako matka selhala, když jsem ji nezvládla ani donosit, mám vlastně dodnes... Nedokázala jsem to, co dokázalo spoustu maminek přede mnou. A dala jí takový složitý start do života. Mé pocity odtažitosti, pramenily z obavy, ze strachu, že umře...Nebyla jsem schopna pozitivně myslet. Pořád jsem chodila k inkubátoru se strachem, že tam nebude. Stála tam hodiny a dívala se na ni. A viděla úžasnou bojovnici, která se s životem pere. Pamatuji si na slova, která řekla sestřička. „nebojte, ona to zvládne“ je to pěkný živouš...To nám s mužem hodně pomohlo. Včera mi zrovna vyprávěl, jaké měl on první pocity ze setkání. Když Janičku viděl, byl neskutečně šťastný a vůbec mu nepřípadla maličká. Ale na co nerad vzpomíná je fakt, že ošetřující lékař mu sdělil, že má 40% šanci na přežití. S touto informací se šel na svou dceru poprvé podívat.

- **Jaký je váš vztah s dítětem vztah s dítětem v současné době?**

Poprvé jsem si dceru pochovala po 5-ti týdnech. Nemohla jsem, měla jsem opary. V mých pocitech se objevovala žárlivost na muže, neboť byl první, kdo dceru viděl, kdo se jí první dotkl, kdo ji první choval. I dnes mám pocit, že mají vřelejší vztah než já a dcera. Obavy, jestli jsem dobrou mámou, mám neustále. Ale, pochyby jestli svou dceru budu milovat, nemám. Miluji ji...

PŘÍLOHA Č. 5

Schéma rozhovoru – / 2. etapa výzkumu

- Kolik let má dnes vaše dítě?
- Jaká je v současnosti vaše rodinná situace. Žijete s otcem svého dítěte?
- Kolik času spolu trávíte?
- Jakým způsobem?
- Jaký spolu mají vztah?
- Jak byste charakterizovala své dítě – jeho výrazné povahové vlastnosti, temperament...
- Jaký má vztah vaše dítě s prarodiči?
- Jaký se sourozenci?
- Strávilo někdy vaše dítě delší dobu bez vás v cizím prostředí – nemocnice, školka v přírodě... Jak to snášelo a jak se chovalo po návratu.
- Jak dlouho a jak často pečuje obvykle o vaše dítě jiná osoba – babička, dědeček, teta, ...
- Jak snáší vaše dítě taková odloučení a jak ho snášíte vy? Jak vypadá předávání do péče jiné osoby? Máte nějaké rituály?
- Navštěvuje či navštěvovalo vaše dítě MŠ? Jak snáší či snášelo pobyt v MŠ? Jak vypadaly první dny v MŠ, jak se chovalo při předávání do péče p. učitelky? Projevovaly se v tě době u vašeho dítěte nějaké změny chování a jak je tomu dnes?
- Navštěvujete společně jeho vrstevníky – děti vašich kamarádů, mateřská centra...? Jak navazuje vztahy s vrstevníky? Hraje s nimi, sám, nebo vyžaduje vaši pozornost? Má vaše dítě nějaké kamarády?
- Trpí vaše dítě nějakými zlovyky – kousání nehtů, cucání palce, či jinými projevy chování jako jsou tiky, noční můry, koktání či zadržávání, úzkostmi.

ROZVOR S ANNOU / 2. etapa výzkumu

- **Kolik let má dnes Janička?**

Ted' ji bylo 7 let

- **Jaká je v současnosti vaše rodinná situace. Žijete s otcem svého dítěte?**

Troufám si říci, že skvělá. Když byly Janičce 4 roky, byla nám družičkou na svatbě, spolu se svými kamarády z „inkuboše“ ☺. V tomtéž roce jsme se přestěhovali do domečku na vesnici. Kde je nám krásně. A jak Janička často sama říká, „doma je to super“. K pohodě vztahu přispěla nejen svatba, přestěhování, ale také narození druhé dcery Violky, které bude rok.

- **Kolik času spolu tráví?**

Hoodně!!! Ti dva jsou skvělí parťáci!

- **Jakým způsobem?**

Věnuje ji, vlastně nám všem, téměř všechn svůj volný čas. Pořád něco spolu kutí v garáži. Díky jeho trpělivosti, naučil dceru bruslit, jezdit na kole, lyžovat. Zrovna dnes jsem je pozorovala z okna, jak ji učí jezdit na motorce. Byla jsem tak šťastná a pyšná. Často si jen tak spolu povídají, manžel ji s láskou a něhou vypráví o svých prarodičích, o svém dětství. Nemůžu vynechat každodenní „maličkosti“, ranní vstávání, odvoz do a ze školky, odvedení na různé mimoškolní aktivity, večerní čtení pohádek. Málem bych zapomněla, jak krásně si hrají všichni tři – manžel, Janička a Viola.

- **Jaký spolu mají vztah?**

Byť je na ni, jak sám tvrdí „přísný“. Jejich vztah je krásný! Janička je tatínkova holčička! Janička svého tatínka miluje, obdivuje, krásně o něm často se mnou mluví. Manžel naučil Janičku trpělivosti a odvaze! Prostě se v ní vidí a je na ni moc pyšný. (slza v očích)

- **Jak byste Janičku charakterizovala – její výrazné povahové vlastnosti, temperament...**

Kde začít? ☺ Janička je narozena ve znamení Ryb, což nejspíš vysvětluje její citovou rozporuplnost. Je to milý, zdvořilý, vnímavý, chytrý, velmi citlivý sangvinik, se sklony k melancholii. Často se trápí mezilidskými – školními vztahy. Výtky, které ji někdo řekne, si hodně zabírá. Někdy mi připadá, že je „ztracená“ v prostoru a čase, roztržitá, nesoustředěná, dětská...Moc se neprosazuje, prostě není tou tzv. „dravou rybou“, která by používala „ostré lokty“, čeká, co na ni zbyde. Někdy ale koukám, jakou už velkou slečnu - „puberťačku“ už doma máme. :-))

- **Jaký má vztah s prarodiči?**

Troufám si říci, že báječný... Má to štěstí, že má milující babičky a dědečky, kteří se Janičce od malička věnují.

- **Jaký s Violkou?**

Téměř rok má Janička novou roli, roli sestřičky zvládá úžasně! Moc si sourozence přála, jenže než jsme k tomu s manželem dospěli, trvalo to 5 let od jejího narození. Druhé dítě jsme dlouho po našich zkušenostech s „PIDIJANIČKOU“ zavrhovali. Absolvovat tu „hrůzu, obavy, strach“ znovu, to bychom už psychicky nedali!!! Janička, ale byla tak přesvědčivá, že jsme našli odvahu a „pokusili“ se druhé miminko. Jaké bylo následující měsíc překvapení, že se to podařilo☺. Celé těhotenství bylo opět vysoce rizikové, ale s neskutečnou péčí manžela a Janičky a odhodláním, že tentokrát to bude tak jak má být, se v 38tt narodila Viola.

- **Strávilo někdy Janička delší dobu bez vás v cizím prostředí – nemocnice, školka v přírodě... Jak to snášela a jak se chovala po návratu.**

Kromě prvních dvou měsíců v inkubátoru, musím zaklepat, že v nemocničním prostředí od té doby nebyla. Jinak zatím nemáme zkušenost s delšími pobyty jako tábor, soustředění apod. Ale jistě se to brzy změní a vím, že Janička si to parádně užije☺

- **Jak dlouho a jak často pečuje obvykle o Janičku jiná osoba – babička, dědeček, teta, ...**

Několikadenní užívání si „rozmazlování“ u prarodičů si nenechá nikdy ujít. Dědeček -tatínek od manžela se v ní prostě vidí, byla to do narození druhé naší dcery, jeho jediná vnučka! Děda ji věnuje maximum času, podnikají výlety, procházky, kutění. Babičky však za dědečkem nezaostávají☺ O druhého dědečka, který je po mrtvicích ochrnutý, Janička s láskou pečuje. Kdykoliv potřebujeme pohlídat Janičku (už od malička) není problém. Jsem neskutečně šťastná, že má s prarodiči takový vztah.

- **Jak snáší taková odloučení a jak ho snášíte vy? Jak vypadá předávání péče jiné osobě? Máte nějaké rituály?**

Janička byla od malička hlídaná prarodiči, tetou, neboť jsem studovala dálkově VŠ. Bylo o ni vždy bezvadně postaráno. Nikdy jsme neřešili, že by někam nechtěla, že by plakala. Udělala pá pá a bylo☺

- **Navštěvuje či navštěvovala MŠ? Jak to snáší?**

Doufám, že na školkové období bude i v dospělosti vzpomínat s láskou. Máme bezproblémové paní učitelky, které to s ní umí.

- **Navštěvujete společně jeho vrstevníky – děti vašich kamarádů, mateřská centra...? Jak navazuje vztahy s vrstevníky? Hraje s nimi, sám, nebo vyžaduje vaši pozornost? Má vaše dítě nějaké kamarády?**

Janička má pro svou přátelskou povahu spoustu přátel. Nejčastěji se jedná o děti našich kamarádů, s kterými tráví spoustu času, ve školce, při různých rodinných oslavách. Její vztah ke kamarádům je

opravdový, velmi hluboký a zaleží jí na nich i na tom, aby i oni měli Janičku rádi. Pokud se spolu nebaví (známe to „dívčí“ bavka –nebavka, moc jí to trápí. A často to doma s námi řeší.

- **Trpí vaše dítě nějakými zlovyky – kousání nehtů, cucání palce, či jinými projevy chování jako jsou tiky, noční můry, koftání či zadržávání, úzkostmi.**

3x klep...NE...

Ráda bych poznamenala, že již vím, jak krásné může být první „setkání“ s miminkem.

Přiznám se, že jakmile se blížil termín porodu, chtěla jsem mít na 100% pojištěnou skvělou péči pro miminko, kdyby se „něco“ pokazilo. Zjistila jsem, že to bylo pro mou vyrovnanost s příchodem miminka až extrémně důležité a nejen pro mě, ale i pro manžela. Sama vrchní sestra gynekologicko-porodnického oddělení v nejbližší nemocnici, se kterou jsme dlouze diskutovali o mých obavách ohledně porodu, přání „klokánkování“, zajištění případné péče o miminko, mi pro můj klid duše doporučila FN Ostravě. Hlavně se mi jednalo o to, že jsem nechtěla zažít izolaci od dcery a bohužel v případě, kdyby nastaly problémy, byla by převezena do FN Ostravě.

Podařilo se nám, zajistit skvělou paní doktorku, která si mě vzala do péče před porodem. Vzhledem k tomu, že jsem měla plánovaný Císařský řez, nemohli mi zaručit okamžitý styk s dítětem. Kdybych musela podstoupit celkovou anestezii, byl by u Violky manžel a to mě uklidňovalo. Byť jsem „opět“ absolvovala ČR, nebyl tento zákrok pro mě traumatizující, jako ten první, při kterém jsem věděla, že je hrozně brzy na narození Janičky.

Nikdy nezapomenu na první pohled do tváře šklebící se Violky. Plakala jsem štěstím. A jak nádherný byl návrat z operačního sálu na porodní sál (pokoj), kde mě čekal muž a na hrudi si tiskl Violku, byla tak klidnááá. Přiložili mi ji hned k prsu, byť se nepřisála, bylo to i tak „ neskutečné“. Při vzpomínce se mi derou do očí slzy štěstí! Manžel nám předčítal a my jen tak spolu ležely a odpočívaly☺. Musela jsem dát za pravdu všem těm maminkám, které mi říkaly, jak skvělý a emotivní to je pocit! A jsem za to neskutečně vděčná p. doktorce, sestřičkám FN v Ostravě...

Vlastně ta euforie trvá stále ☺. Violka je úžasné miminko, které spí, je kojeno (opět novum pro mě! A nedám na kojení dopustit!!! Dívat se při kojení do očí Violky, vidět, jak je klidná... obrečím, jeho konec! ☹ Víím, že až nastane den, kdy bude muset hlídat Violku někdo jiný než tatínek, Janička, bude to problém! Přiznám se, že nejen pro ni, ale i pro mě...

Janička po pár týden, co byla Violka doma, k nám přišla a doslova řekla „ *Už vím, jakou práci jste měli se mnou, když jsem byla malá*“. „ *Děkuji, že jste se tak pěkně starali*“

Zatím jsme nemuseli řešit jakýkoliv náznak žárlivosti. Byť Violka potřebuje více péče, nezapomínáme na Janičku, věnujeme se jí...tedy alespoň doufám, že to děláme správně...a cítí to taky tak.



MEZINÁRODNÍ INICIATIVA ZA PORODNÍ PÉČI PRO MATKU A DÍTĚ*

CELOSVĚTOVĚ ZNÁMÁ POD ZKRATKOU ANGLICKÉHO NÁZVU
IMBCI - THE INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH INITIATIVE
WWW.IMBCI.ORG

10 KROKŮ K OPTIMÁLNÍ PORODNÍ PÉČI

INICIATIVA MEZINÁRODNÍ ORGANIZACE ZA PORODNÍ PÉČI PRO MATKU A DÍTĚ
(IMBCO- INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH ORGANIZATION)

PŘEKLAD LUCIE SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, OLGA VON POHL, VLASTA JIRÁSKOVÁ
ZÁŘÍ 2008

SOUHRN 10 KROKŮ INICIATIVY IMBCI

Poskytovatel optimální porodní péče o matku a dítě má vypracovanou písemnou strategii, na jejímž základě uplatňuje následující principy při vzdělávání a v praxi:

KROK 1 Jedná s každou ženou s úctou a respektem.

KROK 2 Zná a běžně využívá odborné poznatky a dovednosti, které podporují a optimalizují fyziologii těhotenství, porodu, kojení a šestinedělí.

KROK 3 Informuje matku o přínosech nepřetržité podpory po celou dobu porodu a umožňuje jí podporu poskytovanou osobami dle jejího výběru.

KROK 4 Nabízí rodičce nefarmakologické způsoby úlevy a tišení bolesti, objasňuje jí jejich přínos pro usnadnění normálního porodu.

KROK 5 Uplatňuje vědecky podložené postupy, které jsou prokazatelně přínosné.

KROK 6 Vyhýbá se potenciálně škodlivým postupům a praktikám.

KROK 7 Zavádí opatření, která přispívají k dobré zdravotní pohodě a předcházejí onemocněním a ohrožujícím situacím.

KROK 8 Zajišťuje přístup k vědecky podložené pohotovostní léčbě.

KROK 9 Zajišťuje spektrum možností návazné zdravotní péče o matku a dítě – spolupracuje přitom s jednotlivci, institucemi i organizacemi.

KROK 10 Snaží se naplňovat 10 bodů iniciativy pro podporu úspěšného kojení „Baby-Friendly Hospital Initiative“.

* Matka a dítě tvoří v těhotenství, při porodu a v kojeneckém období vzájemně spjatou jednotku, proto se v originálu používá termínu MotherBaby.

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 kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
- 10** povzbuzovat zakládání podpůrných skupin kojících matek pro podporu kojení



Péče v průběhu normálního porodu – praktická příručka WHO

Tento dokument vytvořila pracovní technická skupina Světové zdravotnické organizace (WHO) pro normální porod. WHO jej vydala v roce 1996. Text má osm kapitol: 1 Úvod, 2 Obecné aspekty péče při porodu, 3 Péče v první době porodní, 4 Péče v druhé době porodní, 5 Péče v třetí době porodní, 6 Klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu, 7 Literatura, 8 Seznam účastníků technické pracovní skupiny.

Český překlad celého dokumentu zajistila Česká asociace porodních asistentek. Elektronickou podobu textu zveřejnilo v roce 2001 občanské sdružení Hnutí za aktivní mateřství a najdete ji na internetové stránce: <http://www.iham.cz>. Originál textu v angličtině můžete získat na internetové stránce WHO:

http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html.

V příručce je mnohokrát zmiňován základní princip:

Při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod.

Postupy, které WHO doporučuje resp. nedoporučuje, příp. nemá pro jejich doporučení či nedoporučení dostatek objektivních informací, jsou shrnuty v kapitole 6, jejíž plné znění (včetně odkazů na číslo kapitoly v příručce, která blíže vysvětluje důvody) je uvedeno níže.

Klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu

Tato kapitola klasifikuje postupy, které se běžně využívají při vedení normálního porodu, do čtyř kategorií, v závislosti na jejich užitečnosti, účinnosti a škodlivosti. V klasifikaci se odrážejí názory Technické pracovní skupiny pro normální porod. Argumentace pro takovéto rozdělení zde není uvedena, čtenář se odkazuje na předchozí kapitoly příručky WHO – Péče v průběhu normálního porodu, které jsou výsledkem úvah a diskusí pracovní skupiny a které se zakládají na nejvěrohodnějších důkazech dostupných v dnešní době (čísla kapitol jsou uvedena v závorkách).

KATEGORIE A:

Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány

- Osobní plán, který stanoví, kde se porod uskuteční a kdo ho povede, a který je vypracován ve spolupráci s budoucí matkou během těhotenství a je oznámen jejímu manželovi / partnerovi případně i její rodině (1.3).
- Vyhodnocení rizikovosti těhotenství během prenatální péče, přehodnocené během každého kontaktu se zdravotnickým systémem a v době prvního kontaktu s poskytovatelem péče při porodu (1.3).
- Sledování tělesného a psychického stavu ženy během všech porodních dob (2.1).
- Poskytnutí tekutin (orálně) během porodu (2.3).
- Respektování výběru místa porodu, který žena učinila po náležitém poučení (2.4).
- Poskytování péče při porodu na nejperifernější úrovni, na které je porod uskutečnitelný a bezpečný, a kde se žena cítí jistě a bezpečně (2.4, 2.5).

- Respektování práva ženy na soukromí v místě porodu (2.5).
- Empatická podpora od poskytovatelů péče během porodu (2.5).
- Respektování ženina výběru společníků při porodu a narození dítěte (2.5).
- Poskytnutí ženám tolik informací a vysvětlení, kolik si žádají (2.5).
- Neinvazivní, nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí, jako například masáže a relaxační techniky (2.6).
- Monitorování plodu prostřednictvím periodické auskultace (vyšetření poslechem) (2.7).
- Použití materiálů pro jednorázovou spotřebu a náležitá dekontaminace nástrojů pro opakované užití během celého porodu (2.8).
- Použití rukavic při vaginálním vyšetření, během porodu dítěte a při zacházení s placentou (2.8).
- Volnost ve výběru polohy a pohybu během porodu (3.2).
- Podpora jiné polohy než vleže na zádech (3.2, 4.6).
- Pozorné sledování vývoje porodu, například pomocí partografu WHO (3.4).
- Profylaktická (preventivní) aplikace uterotonik (léků posilujících napětí dělohy, např. kontrakce) ve III. době porodní u žen s rizikem poporodního krvácení a u žen, které jsou ohrožené i malou ztrátou krve (5.2, 5.4).
- Sterilita při přestřihování pupeční šňůry (5.6).
- Prevence hypotermie (podchlazení) u novorozence (5.6).
- Časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem a podpora zahájení kojení v první hodině po porodu v souladu s pokyny WHO o kojení (5.6).
- Rutinní vyšetření placenty a vaku blan (5.7).

KATEGORIE B:

Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány

- Rutinní provádění klystýru (2.2).
- Rutinní oholení pubického ochlupení (2.2).
- Rutinní intravenózní (nitrožilní) infuze během I. doby porodní (2.3).
- Rutinní profylaktické (preventivní) zavedení intravenózní kanyly (2.3).
- Rutinně nařízená poloha vleže na zádech během porodu (3.2, 4.6).
- Vyšetření per rectum (konečníkem) (3.3).
- Použití rentgenové pelvimetrie (měření velikosti pánve rentgenem) (3.4).
- Aplikace uterotonik v kterékoli době před vypuzením plodu takovým způsobem, že jejich účinek nemůže být kontrolován (3.5).
- Rutinní využití polohy na porodním lůžku s nebo bez podpěrek během porodu (4.6).
- Zaměřené úsilí na tlačení se zadržným dechem (Valsalvův manévr) během II. doby porodní (4.4).
- Masáž a roztahování perinea (hráze) v II. době porodní (4.7).
- Aplikace orálních tablet ergometrinu ve III. době porodní jako prevence nebo kontrola krvácení (5.2, 5.4).
- Rutinní aplikace ergometrinu parenterálně (do žíly nebo svalu) ve III. době porodní (5.2).
- Rutinní výplach dělohy po porodu (5.7).
- Rutinní vyšetření (manuální kontrola) dělohy po porodu (5.7).

KATEGORIE C:

Praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní

- Nefarmakologické metody mírnění bolesti, jako například použití bylinek, ponoření do vody nebo nervová stimulace (2.6).
- Rutinní provedení časně amniotomie (protržení vaku blan) v I. době porodní (3.5).
- Tlak na fundus (horní pól dělohy) během porodu (4.4).
- Zásahy na ochranu perinea a vedení hlavy novorozence v okamžiku narození (4.7).
- Aktivní manipulace s novorozencem v okamžiku narození (4.7).
- Rutinní aplikace oxytocinu, kontrolovaný tah za pupeční šňůru nebo kombinace těchto postupů během III. doby porodní (5.2, 5.3, 5.4).
- Časně podvázání pupeční šňůry (5.5).
- Stimulace bradavek ke zvýšení intenzity děložních stahů během III. doby porodní (5.6).
- KATEGORIE D:
- Praktiky, které se často používají nevhodně
- Omezení příjmu potravy a tekutin během porodu (2.3).
- Mírnění bolesti léčivý pro celkovou aplikaci (2.6).
- Mírnění bolesti epidurální analgezií (2.6).
- Elektronické sledování plodu (2.7).
- Použití roušek a sterilních oděvů při péči během porodu (2.8).
- Opakované nebo časté vaginální vyšetření, zejména pokud je prováděné více než jedním poskytovatelem péče (3.3).
- Urychlení porodu oxytocinem (3.5).
- Rutinní převoz rodičky do jiné místnosti na počátku II. doby porodní (4.2).
- Cévkování močového měchýře (4.3).
- Povzbuzování ženy, aby tlačila už od okamžiku, kdy je diagnostikována úplná nebo téměř úplná dilatace (otevření) děložního hrdla, dříve než žena sama ucítí potřebu tlačit (4.3).
- Rigidní snaha o dodržení stanoveného trvání II. doby porodní, například 1 hodiny, v případě, že stav matky i plodu je dobrý a porod pokračuje (4.5).
- Operativní porod (4.5).
- Liberální nebo rutinní užívání episiotomie (nástřih hráze) (4.7).
- Manuální kontrola dělohy po porodu (5.7).

(WHO, 2015)