

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Veronika Vondráčková

**VLIV EMOCIONALITY ŽENY PO PORODU NA VÝVOJ DÍTĚTE DO
3 LET**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a řádně citovala prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci, dne

.....
Bc. Veronika Vondráčková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Kamile Holáskové, PhD. za odborné vedení mé diplomové práce, za rady a připomínky při jejím zpracování. Dále děkuji rodičům za podporu, kterou mi během studia poskytovali a maminkám dětí za ochotu a čas, který si udělaly pro vyplnění dotazníků, čímž mi poskytly důležité informace.

Obsah

Úvod	7
1 Emoce	9
1.1 Vysvětlení pojmů emoce, cit, afektivní jev, emoční epizoda a nálada	9
1.2 Charakteristika emocí	10
1.3 Vznik emocí	10
1.4 Funkce emocí	11
1.5 Vliv emocí na psychické funkce jedince	11
1.5.1 Emoce a učení	11
1.5.2 Emoce a motivace	12
1.5.3 Emoce a kognitivní procesy	12
1.5.4 Emoce a paměť	12
1.6 Druhy emocí	13
1.7 Výraz emocí	13
1.8 Základní komplexní emoce	14
1.8.1 Štěstí a radost	14
1.8.2 Úzkost a strach	15
1.8.3 Smutek	16
1.8.4 Hněv	17
1.8.5 Pocit viny a stud	18
1.8.6 Lítost	19
1.9 Regulace emocí, psychosomatika, emoční poruchy	19
2 Emocionální prožívání ženy v době těhotenství, porodu a zejména po porodu	21
2.1 Psychika ženy v těhotenství	21
2.1.1 Nepříznivé psychosociální faktory ovlivňující těhotenství a plod	21
2.1.2 Psychosomatika v těhotenství	23
2.1.3 Emoční poruchy v těhotenství	24

2.1.4	Podpora těhotné ženy	25
2.2	Psychika ženy v době porodu	25
2.2.1	Emoce rodičky při porodu	25
2.2.2	Specifické porodnické situace.....	25
2.2.3	Podpora rodičky při porodu	26
2.3	Psychika ženy v době po porodu	27
2.3.1	Období šestinedělí a emoce ženy.....	27
2.3.2	Podpora ženy v šestinedělí.....	28
2.3.3	Poporodní psychóza	28
2.3.4	Poporodní deprese.....	29
2.4	Vztah matky a dítěte, mateřská láska, hormon lásky	32
2.4.1	Matka jako primární vztahová osoba.....	32
2.4.2	Psychické vyladění matky	33
2.4.3	Interakce matky a dítěte	33
2.4.4	Poruchy mateřských citů.....	34
3	Vývoj dítěte do 3 let věku, vliv prostředí a vztahů na vývoj dítěte	35
3.1	Prenatální období.....	35
3.2	Vliv porodu na dítě.....	38
3.3	Vývoj předčasně narozeného dítěte.....	39
3.4	Novorozenecké období.....	40
3.5	Kojenecké období.....	41
3.6	Batolectí věk.....	44
3.7	Pět základních duševních potřeb dítěte	46
4	Cíl a metodika	48
4.1	Cíl	48
4.2	Metodika.....	48
4.3	Popis vzorku	49
4.4	Vyslovené výzkumné otázky.....	50
4.5	Hodnocení a výsledky výzkumu	51
4.6	Diskuze	87

Závěr	91
Literatura	93
Anotace	96
Seznam příloh	98

Úvod

Narození dítěte je v životě ženy tou nejvýznamnější událostí, která vnese do jejího života mnoho změn. V některých případech dokonce ženě obrátí život vzhůru nohama. Již období těhotenství a doba porodu jsou plné změn, které představují zátěž jak pro tělesnou schránku, tak pro psychiku ženy. Tento text bude věnován zejména změnám psychickým, a to nejen v období očekávání potomka a porodu, ale také v období po porodu.

Období po porodu, kdy se matka sžívá s dítětem a učí se o něj starat, je velmi náročné pro psychiku matky, kdy se u ženy zpravidla střídají různé emoce – štěstí a radost, strach, úzkost, smutek ale například i hněv a pocit viny. To vše je ještě umocňováno velkou únavou matky.

Doba po narození dítěte je tedy obdobím plným emocí. Proto bude první značná část tohoto textu věnována právě problematice emocí, vysvětlení pojmu, jejich charakteristice, popisu jejich vzniku, vymezení druhů a funkcí. Dále zde bude rozebrán tzv. výraz emocí a jejich vliv na psychické funkce jedince. Následující podkapitola pak bude věnována základním komplexním emocím, přičemž největší pozornost bude věnována těm, které se u žen často objevují právě v období po porodu – radosti a štěstí, úzkosti a strachu, smutku, lítosti a pocitu viny. Závěr části o emocích bude věnován regulaci emocí a jejich poruchám.

Další větší část textu se bude zabývat emocemi žen v období těhotenství, porodu a zejména pak po porodu. Co se týče období po porodu dítěte, pozornost bude zaměřena zejména na emoce žen v nejnáročnějším šestinedělí a na psychické poruchy po porodu – poporodní depresi, poporodní psychózu a baby blues. Opomenout zde nelze také vztah matky a dítěte a mateřskou lásku.

Poslední teoretická část textu bude věnována vývoji dítěte do 3 let věku, přičemž pro přehlednost bude toto období rozděleno do pěti fází – na prenatální období, dobu porodu, novorozenecké období, kojenecké období a batolecí věk.

Po vymezení cíle a uvedení metodiky bude následovat praktická část. Jak žena prožívá své těhotenství, porod a šestinedělí a jak emoce v těchto obdobích ovlivňují vývoj jejího dítěte? Pod tuto otázku lze shrnout podrobné výzkumné otázky, na které budou

hledány odpovědi pomocí empirického šetření, v jehož rámci bude využita metoda dotazníkového šetření.

1 Emoce

1.1 Vysvětlení pojmů emoce, cit, afektivní jev, emoční epizoda a nálada

V životě každého jedince nastávají rozličné situace, které v něm vzbuzují různé psychické reakce, různé způsoby prožívání, různé emoce. Problematikou emocí se zabývala a zabývá celá řada psychologů, přesto lze tuto problematiku považovat za významný psychický fenomén, který stále uniká vědeckému zkoumání (Kern, 1999), proto lze jednotlivé emoce velmi těžko definovat.

„Pojem emoce vyjadřuje jednak stav prožívání označovaný jako cit, jednak s tímto stavem spojené fyziologické změny v organismu“ (Nakonečný, 1998, s. 24), kterými jsou motorické a žlázoové aktivity organismu, přičemž některé z těchto změn *„způsobují, že se tyto city mohou výrazně projevovat i navenek (např. zpomalením nebo zrychlením dýchání, zčervenáním nebo zblednutím, pocením apod.)“* (Provazník, 2002, s. 82).

V odborné literatuře lze nalézt celou řadu psychologických pohledů na problematiku emocí, přičemž klasickým vymezením jejich základních složek se však stalo *„Wundtovo vymezení tří charakteristik: libost – nelibost, úroveň vzrušení, zážitek napětí – uvolnění“* (Stuchlíková, 2007, s. 12).

S pojmem emoce velmi úzce souvisí také pojem cit, přičemž i zde se výrazně liší názory různých psychologických směrů. Někteří psychologové od sebe rozlišují pojem emoce a cit, přičemž cit *„vyjadřuje spíše jen zážitkovou dimenzi emoce“* (Nakonečný, 1998, s. 24), zatímco jiní (např. i M. Nakonečný) považují oba pojmy za téměř synonymní.

Dalším pojmem, který je spjatý s emocemi, jsou tzv. afektivní jevy, které zahrnují právě mimo emocí například také emoční epizody a nálady (Stuchlíková, 2007).

Emoční epizody (vzorce, scénáře, interakce) jsou oproti emocím mnohem rozsáhlejší, a to jak z hlediska času, tak z hlediska prostoru, přičemž tyto epizody *„zahrnují jak všechny protagonisty, tak všechny události v dané emoční scéně (např. partnerská hádka)“* (Stuchlíková, 2007, s. 15).

Nálada je označením pro dlouhodobou kvalitu citění, představuje tedy „*citový stav, který tvoří jakési pozadí duševního života jedince*“ (Nakonečný, 2012, s. 192). Rozlišujícími rysy mezi náladou a emocí jsou (Stuchlíková, 2007):

- doba trvání, kdy nálada má oproti emoci dlouhodobější charakter,
- intenzita, kdy nálada má oproti emoci nižší intenzitu,
- objekt, kdy emoce mají vždy určitý specifický objekt, zatímco nálady tento objekt postrádají.

1.2 Charakteristika emocí

Přestože, jak již bylo zmíněno dříve, existuje celá řada rozličných pohledů na problematiku emocí v psychologii, lze uvést i několik charakteristik, základních rysů, emocí. Mezi tyto základní rysy patří (Nakonečný, 2012):

- komplexnost emocí, která je dána zejména tím, že jsou emoce velmi výrazně spojeny s fyziologií organismu, a tím, že mají rozhodující funkce v psychické regulaci činnosti jedince,
- diferencovanost emocionálních reakcí, která je výsledkem vývoje emocionálního života jedince, který vede k široké škále emocionálních (zejména citových) reakcí,
- polarita emocí (respektive zejména jejich citové složky), kdy každý cit, má svůj protikladný pól (např. radost – smutek, lítost – zlomyslnost apod.),
- selektivní a tonizující vliv emocí, který vyjadřuje jejich vliv na zaměřování pozornosti a jednání jedince a také aktivující vliv emocí, kdy jsou emoce „*silným impulzem k činnosti, aktivizují a usměrňují činnost člověka*“ (Provazník, 2002, s. 84),
- vztah emocí k učení a k motivaci, jehož podstatným činitelem je systém odměn a trestů.

1.3 Vznik emocí

Emoce vznikají v reakci na určitý podnět, na něco významného a tím pádem také vzrušujícího, přičemž vznikají spontánně. Podněty vyvolávající emoce přitom lze rozdělit na (Nakonečný, 1998; Nakonečný, 2012):

- vnitřní podmínky vzniku emocí – zejména potřeby jedince, jejich frustrace nebo uspokojení, nedostatečná nebo nadbytečná svalová a nervová aktivita organismu, případně i představy, vzpomínky a myšlenky,

- vnější podmínky vzniku emocí – tzv. emociogenní situace, což jsou v podstatě všechny situace v životě jedince, které pro něj mají nějaký význam.

1.4 Funkce emocí

Emoce hrají v životě jedince naprosto nezastupitelnou roli, protože „*mají mimořádný význam pro všestranný rozvoj osobnosti, jsou jeho nutnou podmínkou*“ (Provazník, 2002, s. 83). Lze tedy říci, že emoce plní celou řadu důležitých funkcí v životě člověka, přičemž tyto funkce je možno rozdělit na (Stuchlíková, 2007):

- intrapersonální funkce, kdy emoce vytvářejí takový vnitřní stav jedince, aby tento následně dokázal co nejadekvátněji reagovat na změny, které vznikají v jeho prostředí,
- sociální funkce, kdy emoce usměrňují sociální projevy a interakce jedince na všech úrovních (individuální, dyadické i skupinové),
- vývojové funkce, kdy emoce napomáhají zejména sociálně-kognitivním pokrokům v psychickém vývoji jedince, podílejí se na vývoji jeho charakterových vlastností.

1.5 Vliv emocí na psychické funkce jedince

Jak již bylo uvedeno dříve, emoce ovlivňují veškerou činnost jedince, kdy nejen „*integrují, organizují duševní dění a motivují chování člověka*“, ale jsou vlastně podstatnými vnitřními determinanty ostatních psychických procesů jedince (Nakonečný, 2012, s. 100).

Velmi významnou roli tak emoce hrají zejména v procesu učení jedince, v jeho motivaci, v jeho kognitivních procesech a ve fungování paměti.

1.5.1 Emoce a učení

Učení, čili získávání vědomostí, dovedností a zkušeností, je vždy spojeno s emocemi, a to jak s emocemi pozitivními (např. v případě zájmu o danou problematiku), tak s emocemi negativními (např. v situaci, kdy má dítě strach z trestu). To krásně vyjadřuje ve své knize Nakonečný (2012, s. 105) myšlenkou, že o tom, co bude naučeno, vždy rozhodují odměny a tresty, jejichž podstatu tvoří právě emoce, „*neboť, zjednodušeně řešeno, v psychologickém slova smyslu je odměnou vše, co je příjemné a trestem vše, co je naučené*“.

Z hlediska efektivnosti učení však je žádoucí, aby učení vycházelo z pozitivních emocí, protože „*pozitivní afekt posiluje zlepšené chápání komplexních situací, rozšiřuje rozsah pozornosti a rozsah asociací, poskytuje asociativní struktury paměti, zvyšuje kreativitu a posiluje paralelní holistické zpracování informací umožňující „vidět“ souvislosti*“ (Stuchlíková, 2007, s. 122 a 123).

Člověk je sice naprogramován tak, že je schopný učit se novým věcem i za působení negativních emocí, ale učení v takových podmínkách však nedosahuje stejné kvality, jako učení s působením pozitivních emocí, což dokládá fakt, že informace zapamatované pod vlivem negativních emocí se velice rychle stávají nepřístupnými, nejsme si na ně schopni vzpomenout (Stuchlíková, 2007).

1.5.2 Emoce a motivace

Velmi úzký vztah mezi emocemi a motivací není překvapující, protože motivace vychází z neuspokojených potřeb a jejím cílem je jejich uspokojení, přičemž neuspokojené potřeby jsou spojeny s negativními emocemi a jejich uspokojení je naopak spojeno s emocemi pozitivními. Toto úzké propojení emocí a motivace Nakonečný (2012, s. 106) nazývá jako emocionální podstatu motivace, kdy „*proces motivace probíhá od jednoho emociogenního stavu (napětí, nelibost) k druhému emociogennímu stavu (uvolnění, libost)*“ (Nakonečný, 2012, s. 107).

1.5.3 Emoce a kognitivní procesy

Kognitivní procesy, tedy zjednodušeně procesy získávání poznatků a zpracování přijatých informací, jsou také velmi úzce spojeny s emocemi, respektive tyto dva procesy se vzájemně doplňují a nelze je od sebe oddělit, přičemž emoce na jedné straně spouštějí myšlenkové procesy a na druhé straně jsou myšlenkové pochody zdrojem určitých emocí. Emoce tedy nejsou jen doprovodným pasivním aspektem myšlení, ale dodávají vnímání a myšlení určitou dynamiku, protože celkově ovlivňují přístup jedince ke světu a jeho interakci s prostředím.

1.5.4 Emoce a paměť

V neposlední řadě emoce významně ovlivňují také paměť, přičemž mohou mít pro zapamatování a vědomé vybavování si věcí z paměti jak povzbuzující funkci (usnadňová-

ní funkce paměti), tak funkci utlumující (znesnadňování funkce paměti), a to v závislosti na významu, který je jedincem určité situaci přikládán. Obecně a zjednodušeně lze přitom říci, „že si pamatujeme to, co je pro nás významné, a zapomínáme to, co pro nás význam ztratilo“ (Nakonečný, 2012, s. 118).

1.6 Druhy emocí

V odborné psychologické literatuře lze nalézt celou řadu rozličných klasifikací emocí, např. podle předmětů, na něž jsou emoce zaměřeny, podle jejich původu, podle účelu, respektive významu pro život jedince, z hlediska intenzity a trvání emocí a z mnohých dalších hledisek. Zde bude uvedena obvyklá klasifikace dle Krecha a Crutchfielda, kteří rozlišují (Nakonečný, 2012; Nakonečný, 1998):

- primární emoce (vrozené, vystupující v raném individuálním vývoji),
- emoce vyvolávané senzoricou stimulací, tedy vztahující se ke smyslovým podnětům (bolest, odpor, úžas apod.),
- emoce vztahující se k hodnocení sebe sama (stud, pýcha, vina apod.),
- emoce vztahující se k ostatním lidem (lásky, nenávist, závist apod.),
- esteticky hodnotící emoce (humor, krásy, obdiv apod.),
- nálady (déltrvající stavy – úzkost, skleslost apod.).

Nejzákladnějším členěním emocí však je rozlišování jejich dvou skupin, kterými jsou (Stuchlíková, 2007):

- primární emoce – základní, vrozené a předem organizované emoce, respektive předem naprogramované reakce na určitý charakteristický podnět,
- sekundární emoce – emoce odvozené od primárních emocí na základě spojení mezi kategoriemi objektů a situací na jedné straně a primárními emocemi na straně druhé.

1.7 Výraz emocí

V oblasti emocí a zejména v jejich vyjádření vůči vnějšímu světu hraje nezastupitelnou roli zejména výraz v obličeji (mimika) a držení těla (pantomimika), které tuto emoci doprovází. Některé výrazy jsou přitom vrozené, ty mají všeobecný význam bez ohledu na kulturu, zatímco jiné výrazy a gesta provázející emoce, jsou naučené a řídí se kul-

turními pravidly pro jejich vyjadřování, jež specifikují to, jaké emoce by měli lidé v určitých situacích prožívat (Atkinson, 2003).

Problematické výrazů emocí věnovala pozornost celá řada psychologů, z nichž nejvýznamnějším byl Ch. Darwin, který vypracoval principy výrazu emocí. Dalším výzkumníkem v oblasti emocí a jejich vyjadřování prostřednictvím obličeje byl také J. C. Coleman, který mimo jiné zjistil, že (Nakonečný, 2012):

- v expresi a v identifikaci emocí neexistují velké rozdíly mezi oběma pohlavími,
- snáze jsou identifikovány výrazy příjemných emocí než výrazy emocí nepříjemných,
- pro rozpoznávání výrazu emocí jako je úžas a hněv, je informativnější hořejší polovina obličeje, zatímco například pro rozpoznávání výrazu radosti je informativnější jeho dolní polovina, obecně však platí, že pro rozpoznávání emočního výrazu je třeba posuzovat tvář jako celek.

1.8 Základní komplexní emoce

1.8.1 Štěstí a radost

Štěstí, co je to štěstí? Podle Adolfa Hejduka „muška jenom zlatá“. Z psychologického hlediska se jedná o základní pozitivní emoci, přičemž lze rozlišovat mezi dvěma typy štěstí (Stuchlíková, 2007):

- dlouhodobý a přetrvávající pocit štěstí – zahrnuje obecné hodnocení života jako celku nebo alespoň jeho významných aspektů, jako jsou práce, zdraví a rodina, nejedná se tedy pouze o příjemný pocit, ale zahrnuje i pozitivní hodnocení situace jedince a věcí kolem něho,
- krátkodobý intenzivní pocit štěstí – jedná se o akutní emoci, která se objevuje jako výsledek určité pozitivní změny, a to bezprostředně a ve formě potěšení či uspokojení.

Pocit štěstí je velmi individuální, protože to, co je pro jednoho štěstí, pro druhého štěstím být nemusí, přičemž „*představy o štěstí lze do jisté míry odvozovat z představ o neštěstí*“ (Nakonečný, 2012, s. 326). Zdrojem štěstí mohou být například peníze, zdraví, rodina, láska, práce či přátelství.

S pocitem štěstí úzce souvisí další emoce, kterou je radost. Radost, je velmi příjemný pocit, jenž vzniká jako reakce na úspěch. Pokud mluvíme o radosti, lze přitom rozlišit tři stupně tohoto příjemného pocitu: spokojenost – radost – štěstí (od nejslabší po nejsilnější příjemný pocit).

Radost ovlivňuje celkové fungování člověka, kdy zejména „*usnadňuje a zesiluje jeho sociální otevřenost či komunikovatelnost*“ (Nakonečný, 2012, s. 323), přičemž významnou roli hraje úsměv a smích. Vždyť již smích nemluvnat má důležitou funkci při vytváření vztahu mezi matkou a dítětem, protože „*smích nemluvnat přináší matkám radost, která posiluje sílu vztahu dítě-matka*“ (Nakonečný, 2012, s. 323).

1.8.2 Úzkost a strach

Úzkost je dle Nakonečného (2012) základním existenciálním pocitem, a to pocitem veskrze nepříjemným, který však není způsobený žádným konkrétním činitelem. Jedná se jen o určitou nejasnou předtuchu hrozby a z toho plynoucí pocit stísněnosti.

Úzkost může být vyvolána celou řadou rozličných situací, ať již jde o problémy se zdravím, konflikty v rodině, školní či pracovní zátěž, nebo také o finanční těžkosti, respektive určitým nespecifickým tušením, že tyto situace nastanou, či se jejich stav zhorší.

Od dlouhodobého pocitu úzkosti je již malý krůček k depresi, jež je definována jako „*syndrom smutku, skleslosti, bezzájmovosti s celkovým útlumem aktivity*“ (Nakonečný, 2012, s. 318) nebo také jako „*patologický smutek*“ (Stuchlíková, 2007, s. 147).

Vedle úzkosti existuje další emoce, kterou je strach. Strach, je na první pohled emocí negativní a omezující, v určité situaci však může být také emocí užitečnou, která může jedinci pomoci přežít – jedná se např. o strach ze skutečného nebezpečí (Kern, 1999). Strach je na rozdíl od „neurčité“ úzkosti způsoben nějakým konkrétním objektem, konkrétní situací, konkrétním aktuálním nebezpečím.

U některých autorů však dochází k setření rozdílu mezi pojmy strach a úzkost, které pak nejsou striktně oddělovány. Dle Stuchlíkové (2007) je tomu tak zejména proto, že v obou případech se jedná o velmi specifické emocionální stavy, jež jsou zpravidla nepříjemné a jsou provázeny celou řadou příznaků, kdy těmi základními jsou pocení, zvyšování srdečního tepu, neklid, zhoršené dýchání, slabost ve svalech apod.

Prožívání strachů a úzkostí je velmi individuální, každý člověk zažívá jiné strachy, obává se o ztrátu jiných hodnot, které jsou pro něj určitým způsobem důležité. Prožívání je ovlivněno také některými osobnostními charakteristikami jedince (jeho uzavřeností či otevřeností, jeho labilitou či stabilitou, jeho sklonem k úzkostnosti).

Posledním důležitým faktem, který zde bude uveden, je skutečnost vystihující vztah mezi strachem a úzkostí, respektive větším sklonem k úzkosti (resp. úzkostností), kdy „časté zažívání strachu vede k náchylnosti k úzkosti“ a „úzkostnost činí člověka citlivějším vůči prožívání strachu v řadě nejrůznějších situací“ (Stuchlíková, 2007, s. 146).

1.8.3 Smutek

Smutek je velmi těžké charakterizovat, zjednodušeně však lze říci, že smutek je reakcí jedince na ztrátu někoho nebo něčeho, co pro něj bylo velmi důležité, přičemž „člověk postižený takovou ztrátou pociťuje silnou touhu po tom, aby k ní nebylo došlo, a je zoufalý z její neodvratitelnosti“ (Nakonečný, 2012, s. 329).

Pokud mluvíme o smutku, lze přitom rozeznat tři stupně tohoto nepříjemného pocitu: zarmoucení – smutek – žal (od nejslabšího po nejsilnější nepříjemný pocit). Extrémní formou smutku je poté ještě hoře, pro něž je specifické hořekování, spínání rukou apod.

Velmi významnou událostí v životě jedince je zejména smrt blízké osoby, kdy lze u blízkých pozůstalých zaznamenat velké množství průvodních jevů smutku po zemřelém, jež lze dělit na (Nakonečný, 2012):

- city – zármutek, hněv, pocit viny a sebeobviňování, úzkost, osamělost, únava, bezmocnost, šok, touha, osvobození, ulehčení, omámení a otupělost,
- tělové pocity – prázdno v žaludku, svírání na prsou, sevřenost hrdla, přecitlivělost vůči hluku, pocit depersonalizace, svalová slabost, nedostatek energie, sucho v ústech, nedostatek dechu, pocit krátkodechosti,
- myšlenky – nevíra a „není to pravda“, zmatenost, intenzivní zaměstnávání se mrtvým, pocit přítomnosti zemřelého, halucinace,
- způsoby chování – poruchy spánku, nechutenství, duchem nepřítomné chování, sociální stahování se, sny o zemřelém, vyhýbání se vzpomínkám na zemřelého, jeho hledání a volání, sténání, bezradná nadměrná aktivita, pláč, vyhledávání míst a prohlížení předmětů připomínajících mrtvého, kult objektů, které vlastnil.

Velmi důležitou roli hraje při prožívání smutku (a to nejen po zemřelé blízké osobě, ale i při jiných situacích vzbuzujících u jedince pocity smutku) pláč, jenž (Nakonečný, 2012):

- uvolňuje vnitřní napětí,
- plní signální funkci, tedy vzbuzuje v okolí smutníciho jedince soucit a lítost,
- produkuje slzy, které obsahují endorfin tišící bolest a které také vyplavují stresové hormony, což z pláče dělá ozdravnou a žádoucí součást smutku.

S jednou funkcí pláče souvisí také hlavní funkce smutku, kterou je dle Nakonečného (2012) funkce sociální signalizace, tedy signalizace nouze a potřeby podpory od okolí smutnící osoby. Vedle této funkce Stuchlíková (2007) uvádí ještě další dvě funkce smutku, a to:

- motivační funkci smutku – vede lidi, aby změnili své životy, aby dozráli a stali se lepšími, nabídli své přátelství jiným lidem, aby o své hodnoty usilovali důrazněji a v neposlední řadě, aby si uvědomili, že ne všechny věci jsou možné,
- posilování skupinové soudržnosti – smutek je jednou z významných sil, které udržují a utužují vazby mezi lidmi (například pokud člověka opustí životní partner, zjistí, kdo je jeho opravdový přítel, který ho podrží a bude stát při něm, a tím se posílí vztah mezi nimi).

Smutek tedy vzniká za nepříjemných, složitých a pro jedince těžkých situací, není však vhodné se mu vyhýbat, skrývat jej, bojovat s ním, protože smutek je běžnou součástí života člověka, kterou je třeba si prožít, protože právě tato zkušenost může člověka posílit a udělat z něj někoho lepšího. Někdy je to opravdu těžké, ale ne nadarmo se říká „co tě nezabije, to tě posílí“.

1.8.4 Hněv

Hněv je tenzní emoce, tedy emoce vycházející z vnitřního napětí jedince. Ve svém prapůvodu vznikl hněv jako vrozená reakce na překážku bránící dosáhnout nějakého cíle a hněv byl tedy úzce propojen s útokem na tuto vzniklou překážku. Z tohoto původu hněvu také vyplývají fyziologické změny, které provázejí prožívání hněvu a jejichž účelem je zvýšení fyzické síly organismu, a to (Nakonečný, 2012):

- snížení nebo zastavení funkce digestivního traktu,
- zvýšení prokrvenosti svalové tkáně,

- zesílení kontrakcí srdce,
- prohloubení dechu,
- mobilizace cukru v krevním oběhu.

Hněv může u jedince vyvolat celá řada situací, přičemž zpravidla se jedná o tzv. ego-vztažné životní situace. Hněv je tedy reakcí na následující čtyři okruhy situací (Stuchlíková, 2007):

- verbální urážky nebo hrozby,
- fyzická napadení,
- blokování nějaké cílové aktivity,
- deprimování (zabránění odměn).

Stejně jako mohou hněv vyvolat rozmanité situace, tak také exprese hněvu může mít celou řadu podob – od bouchnutí do stolu a verbálních projevů až ke snaze svůj hněv kontrolovat či potlačit.

V moderní společnosti není vždy možné hněv projevit tak, jak v sobě máme zakódováno po svých prapředcích, a je třeba hněv či vztek (silnější podobu hněvu) nějak zpracovat, přičemž řešením je například potlačování. Je však třeba mít na paměti, že časté potlačování hněvu „*narušuje nejen fyziologickou rovnováhu organismu, ale má i nežádoucí psychické účinky*“ (Nakonečný, 2012, s. 345), může tedy u jedince způsobovat psychosomatické obtíže (např. poruchy zažívacího traktu), ale i deprese apod. Vhodnějším řešením tedy je odreagování se od hněvu, k čemuž může dobře sloužit například sportovní aktivita.

1.8.5 Pocit viny a stud

Pocit viny je emoce, která vznikla v průběhu kulturní evoluce lidstva, přičemž je vyvolávána tehdy, když se jedinec chová v rozporu s morálními normami, s nimiž se v rámci svého vývoje ztotožnil a které nyní tvoří jeho tzv. osobní morálku, jenž „*zajišťuje fungování jedince v rámci určitého sociálního celku (rodiny, rodu, národa atd.) z hlediska jeho účelného prospívání*“ (Nakonečný, 2012, s. 347).

Pocit viny není pouze jednoho druhu, ale je možné rozeznávat více pocitů viny, a to vzhledem k důvodu jejich vzniku (Nakonečný, 2012):

- pocit základní viny – vzniká na základě pouhé existence dítěte nebo na základě jeho pohlaví (nechtěné a odmítané děti apod.),

- pocit viny z vitality – vzniká na základě touhy překonávat druhé v případě, že dítě není rodinou vítáno,
- pocit viny z odloučení – vzniká na základě snahy dítěte o autonomii,
- traumatický pocit viny – vzniká například na základě silné zkušenosti s násilím apod.

Vina je zpravidla spojena se strachem, a to zejména se strachem z hněvu dotčené osoby, což vede provinilého jedince ke snaze o odčinění a nápravu vzniklé situace – např. prostřednictvím omluvy, vysvětlování, ale i nabízením výmluv (Stuchlíková, 2007).

S pocitem viny úzce souvisí také stud, kdy se jedinec může stydět sám za sebe a za své činy, ale i za osoby jiné. Důležitou vlastností studu je jeho sociální povaha, kdy *„pro zážitek studu je vždy podstatná konfrontace osobního nedostatku či neúspěchu se sociálním okolím, stud je vždy spojen s vědomím veřejné ztráty kompetence, důvěry, ztrapněním se, přistižením při něčem nedovoleném“* (Nakonečný, 2012, s. 358). Pro vznik studu je tedy podstatná přítomnost dalších osob, protože jak velmi trefně uvádí Stuchlíková (2007), stud vždy vyžaduje publikum.

1.8.6 Lítost

Lítost lze definovat jako *„smutek nad minulými alternativami, které nám byly dostupné, ale kterých jsme nevyužili“* (Stuchlíková, 2007, s. 160), přičemž zajímavý je určitý paradox lítosti, kdy (Stuchlíková, 2007):

- z krátkodobého horizontu lidé více litují toho, co udělali, než toho, co neudělali,
- z dlouhodobého horizontu lidé spíše litují toho, co neudělali, ale udělat mohli.

To souvisí zejména s faktem, že důsledky špatných akcí, které jedinec udělal, je možné přetransformovat v určité zisky, protože *„všechno zlé je pro něco dobré“*. Na druhé straně lituje-li jedinec, že něco neudělal, leží mu tato záležitost v hlavě déle a častěji se mu vrací na mysl, a to zejména proto, že tento neuskutečněný příběh nemá žádný konec.

1.9 Regulace emocí, psychosomatika, emoční poruchy

V dnešním světě, a zejména v západní civilizaci, je silný tlak na to, aby lidé kontrolovali (zejména na veřejnosti) své emoce, přičemž však stále *„zůstává otevřenou otázkou, nakolik by lidé měli svoje emoce regulovat a ovládat“* (Stuchlíková, 2007, s. 192).

S problematikou ovládní emocí souvisí tzv. emoční regulace, jež je označením pro procesy, „*kterými jedinec ovlivňuje to, jaké emoce má, kdy je má a jak je prožívá a vyjadřuje*“ (Stuchlíková 2007, s. 175), přičemž emoční regulace může využít dvě základní strategie (Stuchlíková, 2007):

- regulaci zaměřenou na spouštěcí předpoklady – regulace zahájena v počátcích procesu rozvíjení emoce,
- regulaci zaměřenou na reakci – regulace zahájena až na konci procesu rozvoje emoce, nebo dokonce až tehdy, kdy už vzniklá emoce spouští nějakou tendenci k reakci.

V oblasti emoční regulace je však třeba nezapomínat na skutečnost, že dlouhodobá nebo až chronická regulace negativních emocí (např. potlačování hněvu apod.) může mít neblahé důsledky na zdraví jedince v podobě vysokého tlaku, nemocí srdce, oslabení imunity apod.

S tím ostatně souvisí také problematika psychosomatiky, která se zabývá emočním původem různých chorob, které jsou poté označovány jako psychosomatické choroby, mezi něž patří zejména nemoci způsobené stresem. Stres totiž vyvolává v těle jedince určité „*emoční poruchy, které – protože emoce jsou úzce spojeny s činností autonomní nervové soustavy – se projevují také různými poruchami vegetativními*“ (Nakonečný, 2012, s. 223). Psychosomatickými nemocemi pak jsou např. žaludeční vředy, astma, neurodermatitida apod.

S výše uvedeným tedy úzce souvisí také pojem emoční poruchy, jichž je celá řada, přičemž k těm nejčastějším patří zejména (Nakonečný, 1998):

- stavy nadměrného rozjaření (mánie),
- stavy nadměrné sklíčenosti (deprese),
- patologické nálady – úzkostné ladění, citová apatie, labilita, fobie (chorobný strach) atd.

2 Emocionální prožívání ženy v době těhotenství, porodu a zejména po porodu

Doba těhotenství, porodu a šestinedělí je pro ženu velmi fyzicky i psychicky náročným obdobím, které bohužel mimo jiné může vést k některým nepříznivým emočním stavům, psychosomatickým nemocem a emočním poruchám. A právě těhotenství, porod a šestinedělí budou stěžejním tématem této části textu, a to zejména z pohledu vlivu tohoto období na psychiku ženy.

2.1 Psychika ženy v těhotenství

V době těhotenství dochází vedle velkých změn na tělesné schránce a vzhledu ženy také k výrazným změnám psychickým, které lze pozorovat asi u poloviny těhotných žen. V tomto období dochází např. k poruchám paměti, problémům s učením, zvýšené únavnosti, nespavosti, poruchám soustředění a orientace apod.

Psychický stav ženy však vedle těchto „běžných“ problémů může být zatěžkán dalšími nástrahami, které budou v následujícím textu označovány jako nepříznivé psychosociální faktory, jež mohou mít za následek například různé emoční poruchy nebo psychosomatické nemoci tak, jak budou vymezeny dále.

2.1.1 Nepříznivé psychosociální faktory ovlivňující těhotenství a plod

Mezi nepříznivé psychosociální faktory, které ovlivňují těhotenství lze zařadit zejména (Ratislavová, 2008):

- Věk těhotné ženy pod 20 let

U takto mladých žen je problémem zejména jejich motivace k těhotenství, kdy se v řadě případů jedná o nechtěná a například i dlouho tajená těhotenství, nebo jde o těhotenství sice chtěná, ale motivovaná například snahou o urychlení vstupu do dospělosti a osamostatnění se od rodiny.

U velmi mladých matek se pak často objevují pocity samoty, bezmoci a hněvu, izolace od vrstevníků, pocit nedostatečné podpory ze strany partnera a rodiny, pocity vlastní neschopnosti a nezvládnutí rodičovské péče.

Souhrnně lze říci, že psychika takto mladé ženy ještě není zralá a není schopná odolat velmi vysokým nárokům nastalé situace.

- Věk těhotné ženy nad 35 let

V tomto věku je psychika ženy na těhotenství již připravená, těhotenství je však zpravidla doprovázeno většími obavami, úzkostmi a myšlenkami na to, že těhotenství nemusí být úspěšné (a to zejména pokud jde o první těhotenství ženy). Velmi zátěžovou situací je pro psychiku ženy podstoupení amniocentézy, a to zejména co se týče dlouhého čekání na výsledky provedeného vyšetření.

- Zážitky neúspěchu z předchozího těhotenství

V případě, že si žena při předchozím těhotenství prošla potratem (spontánním nebo na doporučení lékaře z důvodu nepříznivých výsledků vyšetření) nebo dokonce porodem mrtvého plodu, je v dalším těhotenství zpravidla více úzkostná, je pod větším psychologickým tlakem (a to zejména v případě, pokud potratila opakovaně).

V některých případech však může žena naopak přistupovat k těhotenství bez emoční angažovanosti, což je vlastně určitý obranný mechanismus, pro případ, že by i současné těhotenství nedopadlo dobře.

- Těžká sociální nebo ekonomická situace těhotné ženy

Do této skupiny těhotných žen spadají zejména svobodné, opuštěné a sociálně izolované ženy, které žijí v naprosto nevyhovujících sociálních a ekonomických podmínkách, ale také ženy žijící v konfliktním rodinném prostředí, někdy také spojeném s domácím násilím.

Tyto ženy trpí pocitem opuštěnosti, frustrací svých základních potřeb, depresi a stresem.

- Nechtěné otěhotnění

Pokud žena nechtěně otěhotní a nepodstoupí interrupci (ať již z důvodu, že je na ukončení těhotenství již pozdě, nebo z jiného důvodu) je zpravidla vystavena stresu a silným negativním nebo ambivalentním emocím (vůči sobě, dítěti, partnerovi, rodičům apod.).

Dle řady provedených studií byl také zjištěn významný vztah mezi nechtěným otěhotněním a sníženou sociabilitou a zvýšeným rizikem schizofrenního onemocnění u nechtěných dětí.

- Drogová závislost ženy

Těhotenství drogově závislé ženy je velmi komplikovanou záležitostí, přičemž zde nejde ani tak o emocionální prožívání ženy a jeho vliv na plod, ale zejména jde o důsledky způsobu života narkomanů – pozdní zjištění těhotenství, sexuálně přenosné choroby, zanedbaná zdravotní péče apod. Z hlediska psychiky závislé ženy jde zejména o malou orientaci ženy na potřeby plodu, plochost vazby s dítětem a poruchu volných funkcí.

- Komplikace v těhotenství

Provázejí-li současné těhotenství ženy určité komplikace, žena zpravidla zažívá stres, nejistotu, strach a úzkost, a tyto negativní stavy jsou ještě vystupňovány v případě, že je žena dlouhodobě ležící rizikovou pacientkou.

U žen s rizikovým těhotenstvím je velmi silně ohrožena potřeba jistoty a nezřídka dochází také k rozvoji tzv. anticipační úzkosti (strach z toho, co bude, strach ze strachu).

2.1.2 Psychosomatika v těhotenství

Již v předchozí části textu byla stručně nastíněna problematika psychosomatiky. V této části však bude pozornost věnována konkrétním psychosomatickým onemocněním v těhotenství, tedy takovým onemocněním, na jejichž vzniku se výrazně podílí psychika těhotné ženy. Mezi tato onemocnění se řadí zejména (Ratislavová, 2008):

- spontánní potrat – většina potratů je sice způsobena chromozomální odchylkou, dle provedených výzkumů lze však předpokládat, že malá skupina nevysvětlitelných potratů může být způsobena například dlouhodobým stresem těhotné ženy,
- (hyper)tmesis gravidarum (nadměrné zvracení těhotných) – nadměrné zvracení může být způsobeno více faktory (např. vlivem těhotenských hormonů, alergiemi, funkčními změnami zažívacího traktu apod.), jedním z důvodů však mohou být také psychologické příčiny, mezi které lze zařadit např. hysterickou a nezralou osobnost silně závislou na matce, nestabilitu, nevědomé odmítání mateřství, neschopnost reagovat na zvýšený stres apod.,
- předčasný porod – předčasný porod mohou mimo jiné vedle obezity či zneužívání alkoholu a drog způsobit také chronické úzkosti během těhotenství nebo více náročných životních situací krátce před nebo během těhotenství,

- intrauterinní růstová retardace (IUGR) – tato porucha je způsobena zejména užíváním drog, alkoholu a kouřením v těhotenství, ale rizikovou skupinou jsou například také ženy mladistvé, neprovdané a ženy, které se v minulosti pokusily o sebevraždu nebo byly sexuálně zneužívané,
- pozdní gestóza – dle některých odborníků může být také tato komplikace v těhotenství způsobena psychikou ženy – například pocity viny vůči dítěti, které stimulují autodestruktivní síly, stresem z izolace, nedostatečné partnerské opory nebo z problematického partnerského vztahu apod.,
- gestační diabetes – u gestačního diabetu byla shledána vazba mezi prožíváním stresu a vývojem tohoto onemocnění.

2.1.3 Emoční poruchy v těhotenství

Hlavní emoční poruchou v těhotenství je úzkost, přičemž mezi úzkostné poruchy v období těhotenství patří zejména (Ratislavová, 2008):

- generalizovaná úzkostná porucha, jež se projevuje starostmi a obavami v různých oblastech života těhotné ženy,
- panická porucha, jež se projevuje záchvaty strachu se silným vegetativním doprovodem, anticipační úzkostí a atakami paniky,
- fobie z porodu, čili strach z porodu, který se s blížícím se porodem u těhotné ženy stupňuje,
- sociální fobie, která mimo jiné způsobuje vyhýbavé chování těhotné ženy a její úzkost v sociálních situacích, stud a strach ze ztrapnění se, což může vést např. k zanedbávání pravidelných kontrol u gynekologa,
- obsedantně-kompulzivní porucha, která se projevuje vtíravými myšlenkami a nutkavým chováním, které může mít např. charakter rituálních aktů.

Vedle úzkostných stavů se může u těhotné ženy vyskytnout také těhotenská deprese, jejíž příčinou jsou zejména biologické faktory, ale na jejím vzniku se mohou podílet také některé psychosociální faktory, jako např. negativní postoj k těhotenství nebo nižší socioekonomický status těhotné (Ratislavová, 2008).

2.1.4 Podpora těhotné ženy

Vzhledem k výše uvedeným rizikovým psychosomatickým faktorům ovlivňujícím těhotenství, a emocionálním poruchám, hraje velmi významnou roli podpora těhotné ženy, a to zejména ze strany jejího partnera, na kterého jsou v tomto období kladeny vysoké nároky. Partner těhotné ženy „*má být oporou a poskytovatelem bezpečí, existenční jistoty, pomoci a ochrany, osobou pevnou a stabilní*“, ale také se od něho očekává plnění role „*citlivého, něžného a chápavého přítele, který ji bude hladit, bude komunikovat s nenarozeným miminkem, a který bude radostně očekávat jeho narození*“ (Ratislavová, 2008, s. 46).

Důležitou roli hraje také podpora ze strany rodiny těhotné ženy, zejména matky, která může být (na základě vlastních zkušeností) pro svou dceru velkou oporou. Neméně důležitá je však také důvěra těhotné ženy k lékaři – gynekologovi, jenž ženu provází těhotenstvím, a k porodní asistenci vedoucí přípravu ženy před porodem.

2.2 Psychika ženy v době porodu

2.2.1 Emoce rodičky při porodu

Porod je v životě ženy významným mezníkem, který navždy změní život jí i její rodině, zátěžovou situací a situací vždy novou a složitou. Porod dítěte je také situací s velkým emočním nábojem, v jejímž rámci se u ženy prudce střídá celá řada emocí – panika, nejistota, úzkost, zoufalství, zmatenost, zklamání, radost a štěstí, přičemž je třeba mít na paměti, že emocionální prožívání porodu je individuální, u každé ženy ojedinelé, a to i v případě, kdy tatáž žena absolvuje více porodů.

2.2.2 Specifické porodnické situace

Při porodu může dojít k celé řadě specifických situací, které jsou pro ženu velmi psychicky náročné, přičemž k těm základním patří (Ratislavová, 2008):

- předčasný porod, který je provázen obavami rodičky, hledáním viníka nebo sebeobviňováním, pocitem selhání, nebo naopak dochází k absenci odpovídajících emocí,
- narození dítěte s vrozenou vývojovou vadou, které je zatěžkávací zkouškou pro celou rodinu, kdy rodina prožívá jak ztrátu okamžitou v podobě zhroucení představ o

narození zdravého dítěte, tak ztrátu anticipační týkající se celé budoucnosti života s dítětem a budoucnosti dítěte samotného; vedle toho se u ženy-matky vedle strachu, úzkosti a zdrcení objevují pocity selhání, pocity ztráty důvěry v partnera, zdravotníky i v sebe sama, dochází ke krizi osobní identity, ztrátě sebedůvěry a sebejistoty a ke krizi rodičovské identity,

- porod mrtvého plodu, kdy matka při zjištění úmrtí dítěte zpravidla reaguje šokem, zděšením, panikou, bezradností a odmítáním přijetí skutečnosti, poté se objevuje úzkost, zlost a obviňování ošetřujících, rodiny, sebe nebo Boha, nedůvěra až izolace ženy; po propuštění ženy z nemocnice nastupuje zármutek, zoufalství, emoční bolest a zmatek; porod mrtvého plodu sice s tématem tohoto textu úplně nesouvisí, je zde však uveden proto, že tato zkušenost může velmi výrazně ovlivnit také nové těhotenství ženy, a to zejména tehdy, pokud si žena nenechá odpovídající čas na smíření se se ztrátou

2.2.3 Podpora rodičky při porodu

Co se týče podpory rodičky při porodu, tato v dnešní době není představována jen podporou ze strany porodní asistentky, které by rodička měla důvěřovat, ale také podporou blízké osoby, se kterou se rodička cítí dobře, což může být (Ratislavová, 2008):

- partner (otec dítěte), přičemž přítomnost partnera matky (otce dítěte) při porodu byla předmětem celé řady výzkumů, z nichž některé potvrdily dlouhodobý pozitivní dopad přítomnosti otce u porodu na vztah k dítěti, ale i k matce dítěte, jiné výzkumy však tento pozitivní efekt neprokázaly; přesto je v dnešní době přítomnost partnerů na porodních sálech samozřejmostí, je však více než vhodné, aby muž nebyl do ničeho nucen a jednalo se o jeho svobodné rozhodnutí,
- jiná osoba – např. jiní rodinní příslušníci nebo přítelkyně rodičky, přičemž podpora těchto osob není tak běžná; přítomnost matky, sestry či přítelkyně může být prospěšná, pokud tato sama prožila nekomplikovaný porod, ale může naopak také vnést do porodu úzkost a strach, pokud měla tato osoba porod problematický nebo ještě sama nerodila,
- dula – žena, poskytující péči těhotné, rodičce a šestinedělce, jejíž úlohou je v době porodu vytvořit klidnou a příjemnou atmosféru pro rodičku a usnadnit, zpříjemnit a

ulehčit prožívání porodu tím, že jí poskytuje emoční, psychickou, fyzickou i morální podporu.

2.3 Psychika ženy v době po porodu

Porozením dítěte rozhodně fyzicky a psychicky náročné období ženy nekončí, ba naopak se dá říci, že teprve začíná, přičemž nejnáročnějším obdobím po porodu je tzv. šestinedělí, tedy 42 dní po porodu. V tomto období dochází zejména ke zhojení porodních poranění ženy, k návratu těla do původního stavu a také k hormonálním změnám. V neposlední řadě je zde třeba uvést skutečnost, že šestinedělí také slouží k upevnění vztahu mezi matkou a dítětem. Všechny tyto nároky na ženu jsou přitom zdrojem silných emocí.

2.3.1 Období šestinedělí a emoce ženy

Období šestinedělí je pro psychiku ženy velmi zátěžovou situací, která „*pramení jednak z hormonálních změn probíhajících v organismu po porodu, fyzických změn a jednak z adaptace na novou roli matky*“ (Ratislavová, 2008, s. 82).

Psychika ženy se přitom v průběhu zejména raného šestinedělí (cca jeden týden po porodu) velmi výrazně mění – v první porodní den je žena zpravidla plná radosti, že vše dobře dopadlo. Toto přechodné rozpoložení je však většinou vystřídáno obavami, emocionální labilitou a úzkostí plynoucí z pocitu odpovědnosti za dítě, jeho zdraví a výchovu (Ratislavová, 2008). Výjimkou není ani prožívání pocitů neschopnosti, a to zejména než si žena zvykne a než si ověří svou schopnost se o dítě kvalitně postarat.

Specifickým stavem čerstvé šestinedělky je v 50 až 80 % případů tzv. poporodní blues, které nastupuje cca 3. až 6. den po porodu a má subdepresivní charakter, přičemž se zpravidla jedná o přechodnou epizodu trvající cca do 10. dne po porodu a projevující se (Ratislavová, 2008):

- labilitou nálady, podrážděností, úzkostností, plačtivostí, zmateností, únavou, neklidem, pocity nejistoty a osamělosti, sníženou sebeúctou,
- střídáním stavů euforie s úzkostí a smutkem,
- krátkými periodami pláče z (i pro ženu) nejasných důvodů,
- někdy také somatickými potížemi – bolestmi v zádech, bolestmi hlavy, palpitací, dysfagií, sníženou chutí k jídlu, poruchami spánku.

2.3.2 Podpora ženy v šestinedělí

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, poporodní blues způsobuje u žen (z ne úplně jistých příčin) značné změny nálad, které jsou zpravidla neškodné, odezní-li do 14 dnů po porodu. O tomto faktu by měla být poučena nejen šestinedělka, ale také její blízké okolí, aby jí ti nejbližší mohli poskytnout potřebnou podporu a ohlídat také situaci, kdy by případně poporodní blues včas neodeznělo a mohlo tak způsobit např. vznik deprese.

Největší podíl na podpoře ženy v šestinedělí přitom nese její partner, otec dítěte, který by se měl do povinností okolo dítěte ihned od začátku zapojit a také matku dítěte po všech stránkách podpořit, protože emoční podpora a fyzická pomoc jsou mimo jiné vhodnou prevencí vzniku poporodní deprese.

Vedle partnera mohou být velkou oporou čerstvé maminky prarodiče novorozence, zejména babičky, které mohou významně pomoci, je však více než vhodné, aby se jejich pomoc řídila potřebami mladé rodiny a aby tato rodina o pomoc stála (Ratislavová, 2008).

2.3.3 Poporodní psychóza

Poporodní psychóza (dříve označována jako laktační psychóza, a to i přesto, že s laktací nemá nic společného) je nejzávažnějším poporodním psychotickým onemocněním, které zpravidla vzniká v prvním týdnu po porodu. Naštěstí se tato psychická nemoc objevuje jen u malého množství žen – cca u 0,1 až 0,2 % šestinedělek, u nichž lze rozlišit tři typy poporodní psychózy (Ratislavová, 2008):

- amentní forma, která má náhlý začátek, bouřlivý průběh a jejím projevem je dezorientace, halucinace a paranoia, bludy vztažené k mateřství, porodu, dítěti, smrti, nebezpečí sebepoškození a následná amnézie,
- manická forma, jejíž projevy jsou: psychická nadnesenost, euforická nálada, extatické pocity štěstí, megalomanie, rozdávacost; tato forma může přejít v amentní formu psychózy,
- přičemž tyto dvě formy postihují především prvorodičky, mají relativně dobrou prognózu, mizí náhle a většinou bez následků (pravidla se nevracejí v dalším šestinedělí),

- endogenní depresivní a schizofrenní forma, která je provázena pocity bezmoci, neschopnosti péče o dítě, přehnanou starostlivostí, plačtivostí, ranní apatií, nespavostí, poruchami laktace, opakovanými dotazy na drobné zdravotní problémy, paranoiou a skrývá v sobě riziko poškození sebe i dítěte, přičemž tato forma má horší prognózu a také se u ní projevuje častá recidiva i v dalším šestinedělí.

Příčina vzniku poporodní psychózy není vždy úplně zřejmá, rizikovým faktorem však je např. skutečně psychiatrické onemocnění v anamnéze, ale také obtížný nebo operační porod, patologický průběh těhotenství, partnerské nebo rodinné problémy, somatická patologie šestinedělí, např. infekce, anemie apod. (Ratislavová, 2008).

Co se týče terapie, ta probíhá naprosto stejně, jako u jiných psychických onemocnění, přičemž je přihlíženo ke kojení matky (ukončení kojení je třeba pouze v případech, kdy by podávané léky měly negativní vliv na kojené dítě).

Na závěr tohoto tématu je vhodné uvést, že v dnešní době je všeobecně přijímán názor, že v případě poporodní psychózy *„nejde o zvláštní jednotku, ale pouze o vznik psychiatrické nemoci v období šestinedělí“* (Bambasová, 2009, s. 80).

2.3.4 Poporodní deprese

Vysoké procento (cca 10 až 15 %) žen v období šestinedělí postihuje tzv. poporodní deprese, u které je poměrně těžké najít jasnou definici, zjednodušeně je však označována jako *„deprese, která se vyskytuje během prvních dvanácti měsíců po porodu“* (Nicolson, 2001, s. 33), přičemž stále existují nejasnosti o jejích příčinách, často je však popisována jako *„iracionální a nevyhnutelná reakce na hormonální výkyvy po porodu“* (Nicolson, 2001, s. 30).

Deprese (ať nastane v jakémkoliv okamžiku života) je přitom obecně popisována např. prostřednictvím jejích symptomů, kdy *„u deprese jsou nejdůležitější symptomy beznaděje a lhostejnosti“* (Fürst, 1997, s. 185). Dalšími častými příznaky poporodní deprese jsou (Geisel, 2004):

- stavy vyčerpanosti, nekoncentrovanosti a neschopnosti činit rozhodnutí,
- zhoršení paměti, snížení sebedůvěry,
- nezájem o sex,
- nezájem o oblíbené aktivity,

- napětí a úzkostné stavy, strach, obavy, starosti, panika,
- nespavost,
- podrážděnost a zmatené myšlenky, iracionalita, kritičnost.

Vláda východní Austrálie ve svém informačním materiálu na téma poporodní úzkosti a poporodní deprese uvádí ještě více znaků a symptomů poporodní deprese, které jsou rozděleny do následujících tří skupin (Postnatal Anxiety and Depression: What Dads and Mums need to know, 2012):

- pocity – pocity studu, viny, selhání, neschopnosti a zoufalství, plačtivost a nepolevující špatná nálada, zmatek, vyčerpání,
- chování – nedostatek zájmu či radosti z normálně oblíbených aktivit, stažení se ze sociálních kontaktů, nedostatek motivace, nezvládání běžných denních činností, mizivá starost o sebe samu, nespavost nebo nadměrný spánek, odmítání jídla nebo naopak přejídání,
- myšlenky – strach z odmítnutí ze strany dítěte nebo partnera, strach ze zranění nebo smrti dítěte nebo partnera, nedostatek soustředění a špatná paměť, chuť utéct nebo uniknout, neschopnost jasně přemýšlet a dělat rozhodnutí, myšlenky na sebevraždu nebo sebepoškozování.

Je třeba mít na paměti, že některé symptomy nemusí ukazovat na vážný problém, ale mohou být způsobeny nedostatkem spánku. Nepolevující špatná nálada nebo nedostatek zájmu o oblíbené aktivity po dobu delší než dva týdny spolu s ostatními symptomy však opravdu mohou ukazovat na depresivní stav ženy.

Pro diagnózu poporodní deprese přitom není vhodné využívat běžné testy určené k zjišťování depresivity, protože vzhledem k jejich emočnímu vypětí v nich šestinedělky zpravidla dosahují patologických hodnot, ale je vhodné využít metodu EPDS – Edinburská škála postnatální deprese (Ratislavová, 2008), což je metoda využívající deset screeningových otázek, které mohou odhalit symptomy poporodní deprese.

Pokud jde o vznik poporodní deprese, existují dvě nejrizikovější období vzniku (Bambasová, 2009):

- po příchodu ženy s dítětem z porodnice domů,
- cca 2 až 3 týdny po porodu, kdy se rodinný život pomalu vrací do normálu a matka ztrácí pomoc příbuzných, ale může se objevit kdykoliv během prvních šesti měsíců

nebo dle některých autorů dokonce až do jednoho roku od porodu, přičemž rizikovými faktory pro vznik poporodní deprese jsou (Ratislavová, 2008):

- zatížená psychiatrická anamnéza – zejména předchozí epizoda deprese (cca 30% pravděpodobnost, že se objeví také poporodní deprese), depresivní epizoda po předchozím porodu (cca 52 až 62% pravděpodobnost, že se objeví poporodní deprese také po dalším porodu), depresivní porucha u pokrevních příbuzných a anamnéza poporodní psychózy,
- psychosociální faktory – zejména psychologická nepřipravenost na mateřství, nechtěné těhotenství, partnerské problémy, nedostatečná sociální opora, negativní životní události, nepříznivá socioekonomická situace, snížená schopnost verbalizovat prožívání emocí nebo životních událostí, nejistá perspektiva, odloučení matky a dítěte po narození, porod v epidurální anestezii, dítě s nízkou porodní hmotností,
- somatické onemocnění – poporodní tyreoiditis s následnou hypothyreosou,
- porod – vyšší riziko vzniku poporodní deprese je u žen po urgentním císařském řezu.

Některé výzkumy také ukazují na úzký vztah mezi vyčerpáním a poporodní depresí, kdy bylo zjištěno, že při vyčerpání ženy po porodu lze předpokládat vznik poporodní deprese (Bozoky, Corwin).

Pokud jde o příčiny poporodní deprese, logická by se také jevila souvislost mezi porodem nechtěného dítěte a vznikem deprese u matky. Tato souvislost však nebyla potvrzena a právě naopak, bylo zjištěno, že poporodní depresi trpí vesměs matky dětí plánovaných, tedy ženy, které si dítě moc přály a moc se těšily na svou novou úlohu matky, ale „*ambivalence mezi mateřskou a ženskou rolí je schopna vyvolat vnitřní konflikty*“ (Geisel, 2004, s. 25), které u ženy mohou vyústit právě v poporodní depresi.

Poporodní deprese nikdy neodezní sama, u mírnější a středně těžké formy zpravidla postačí pouze psychoterapie, u vážnější formy však je třeba k psychoterapii připojit také podávání antidepressiv. Léčba poporodní deprese je zdlouhavá a ustupuje většinou až za 3 až 14 měsíců (Ratislavová, 2008).

V žádném případě přitom není vhodné poporodní depresi podceňovat, protože její výskyt u ženy může významně ovlivnit vztah mezi matkou a dítětem a tím potažmo také

vývoj dítěte. Např. v rámci výzkumu provedeného v Austrálii byl na základě porovnání dětí matek, které si prošly poporodní depresí šest měsíců po porodu, a matek, které nemají zkušenost s poporodní depresí, zjištěn vztah mezi menší mírou reaktivity matky a horším vývojem dítěte, a to zejména co se týče nižšího skóre IQ u čtyřletých dětí „depresivních“ matek (Postnatal depression – the impact for women and children and interventions to enhance themother-infant relationship, 2011).

Při zanedbání poporodní deprese může také dojít k její přeměně na depresi chronickou nebo k recidivě deprese po dalším porodu (Postnatal Anxiety and Depression: What Dads and Mums need to know, 2012).

2.4 Vztah matky a dítěte, mateřská láska, hormon lásky

Mateřská láska, tedy láska matky k dítěti, je velmi silný cit, který je důležitý jak pro matku, tak pro její dítě. Mateřská láska je pro dítě naplněním jeho potřeb jistoty, bezpečí a stimulace. Je však třeba si uvědomit, že tato láska není zdaleka tak samozřejmá, jak je většinou předpokládáno, protože „*lásce i mateřské se musíme naučit*“ (Rymešová, Chamoutová, 2001, s. 35).

Na druhou stranu bylo v posledních letech také potvrzeno, že produkce hormonu oxytocinu nehraje důležitou roli jen při porodu, ale také po něm, protože jeho hladina je v těle matky nejvyšší těsně po porodu, a to proto, že oxytocin spouští mateřské chování – z toho důvodu je také označován jako hormon lásky (Marek, 2002).

A právě nejvyšší hladina oxytocinu v době těsně po porodu je důvodem, proč je čím dál více dbáno na to, aby dítě bylo (pokud je to jen trochu možné) ihned položeno alespoň na chvíli na břicho matky, aby jim byl ještě na porodním sále umožněn první dotek, první oční kontakt, první slova.

2.4.1 Matka jako primární vztahová osoba

Vztah mezi matkou a dítětem je opravdu nenahraditelný, protože matka je již od porodu jeho jistotou, je první osobou, kterou dítě zná již z doby těhotenství, a jsou spolu (i přes přestřížení pupeční šňůry při porodu) stále propojeni. Matka je přitom pro dítě zpravidla tzv. primární vztahovou osobou, tedy osobou, kterou dítě již jako kojeneц vyhledává např. při strachu, bolesti, hrozbě, nebezpečí a na jejíž nepřítomnost reaguje pláčem či naopak vztekem.

Pokud není matka v potřebnou chvíli k dispozici, kojenec se může obrátit na tzv. sekundární vztahovou osobu, např. otce, avšak *„čím větší je bolest nebo strach, tím nálehavěji a nekompromisněji bude dítě trvat na přítomnosti primární vztahové osoby a nenechá se sekundární vztahovou osobou upokojit“* (Brisch, 2011, s. 35).

2.4.2 Psychické vyladění matky

Vztah mezi matkou a dítětem nevzniká až po příchodu dítěte na svět, ale pro jeho vývoj je významná také psychika matky v době těhotenství a její psychické „vyladění“, protože *„psychika matky má zásadní význam pro přijetí mateřské role, pro přijetí dítěte a jeho integrování do rodiny“* (Šulová, 2004, s. 19).

Je více než vhodné, aby žena prožívala těhotenství jen tehdy, pokud je na dítě připravena a skutečně jej chce, protože *„negativní psychická vyladěnost matky je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro prenatální vývoj dítěte a pro zahájení rané interakce matka-dítě v období před narozením“*. (Šulová, 2004, s. 19).

2.4.3 Interakce matky a dítěte

Pro interakci matky a dítěte je pro vývoj dítěte naprosto nejlepší, pokud mezi oběma funguje tzv. synchronie pozornosti a afektu, který lze definovat jako *„žádoucí soulad navzájem zaměřené pozornosti a společně sdílených emocí“* (Langmeier, Krejčířová, 2013, s. 39), díky němuž *„se postupně stabilizují funkční signály, repertoár se rozšiřuje a posiluje se pocit jistoty obou, jejich sebedůvěra, a formuje se celkově pozitivní atmosféra pro další vzájemnou komunikaci“* (Šulová, 2004 s. 40).

Ne vždy však probíhá interakce mezi matkou a dítětem v soulad. Někdy dochází k určitým problémům (například pokud matka nereaguje na rytmus dítěte či na fakt, že dítě na ni obrací svou pozornost nebo ji naopak odvrací jinam), které vyústí v tzv. asynchronii, jež poté *„vede k prodloužení doby, kdy dítě ztrácí zájem o sociální interakci, upadá do apatie nebo se angažuje v krátkých a neuspokojivých pokusech o kontakt“* (Langmeier, Krejčířová, 2013, s. 41).

Hledáme-li příčiny asynchronizace interakce mezi matkou a dítětem, pak lze tyto příčiny nalézt jak na straně matky, tak na straně dítěte, přičemž na straně matky se jedná zejména o (Šulová, 2004):

- psychiatrickou diagnózu, která vede např. k nepravdělnému, nečitelnému reagování či nereagování a nevšímavosti k signálům vysílaným dítětem,
- vazbu na drogy různého typu, kdy stav matky a její péče a pozornost vůči dítěti výrazně kolísá a matka se tak stává pro dítě nečitelnou,
- úzkostnost či „overprotektivnost“ zahlcující dítě péčí a podněty bez ohledu na jeho aktuální stav a potřeby,
- negativní naladěnost vůči dítěti (např. v případě nechtěného dítěte, dítěte narozeného z negativního partnerského vztahu apod.),
- osobnostní nezralost v případě, že je matka zaměřena příliš na sebe a nevšímá si signálů dítěte,
- vztah ženy s její vlastní matkou,
- pevnost a kvalitu vztahu s partnerem,
- kompenzaci úmyslně hrubým zacházením s dítětem, případně nereagováním na jeho signály, vlastních negativních nebo ambivalentních pocitů vůči sobě, okolí či partnerovi,
- poporodní stres, který se projevuje větší pocíťovanou zranitelností, sklonem k depresivním pocitům a neadekvátnímu prožívání,

Na straně dítěte se jedná zejména o (Šulová, 2004):

- zdravotní stav dítěte,
- dysfunkci jeho smyslů,
- zvýšenou dráždivost.

2.4.4 Poruchy mateřských citů

Výše uvedená asynchronizace interakce matky a dítěte může vyústit až k patologii mateřských afektů, které se projevují (Ratislavová, 2008):

- odcizením, lhostejností, nepřítomností lásky (pocit, že dítě není její),
- rozmrzelostí, hněvem, hostilitou (někdy až přáním, aby dítě zemřelo, a potřebou dítě bít),
- kombinací předchozích.

Tyto poruchy mateřských citů se přitom častěji vyskytují u žen s psychiatrickou komplikací v šestinedělí, u žen s velmi bolestivým porodem a také u žen, které v předchozím těhotenství zažily pozdní fetální ztrátu (Ratislavová, 2008).

3 Vývoj dítěte do 3 let věku, vliv prostředí a vztahů na vývoj dítěte

Ve vývoji jedince hraje významnou roli jak dědičnost, tak prostředí jedince a události v něm a v neposlední řadě také interakce mezi dědičností a prostředím. Interakci mezi geneticky determinovanými charakteristikami a prostředím lze dle Atkinson (2003) ilustrovat například na vývoji řeči, a to následovně: Každé dítě se při normálním vývoji naučí mluvit až po dosažení určité úrovně neurologického vývoje, a to zpravidla až po dosažení jednoho roku věku. Děti vychovávané v prostředí, kde na ně lidé více mluví a odměňují je za zvuky podobné řeči, však začnou mluvit dříve než děti, které tuto pozornost neměly.

Vývoj člověka lze teoreticky rozdělit do více fází, z nichž v následujícím textu bude věnována pozornost období od početí do 3 let věku dítěte, které zahrnuje fázi prenatální, dobu porodu, fázi novorozeneckou, kojeneckou a fázi batolecí. V rámci charakteristiky výše uvedeného období bude zvlášť nastíněna také problematika vývoje předčasně narozeného dítěte.

Při vymezení jednotlivých období bude pozornost věnována jen základním tělesným změnám dítěte a více pozornosti bude zaměřeno na jeho psychický vývoj a jeho socializaci, čili začlenění do společnosti.

3.1 Prenatální období

Vývoj člověka nezačíná jeho narozením, ale jeho počátek je představován již oplozením vajíčka v těle matky, kdy začíná tzv. prenatální období, které obvykle trvá 40 týdnů a končí právě narozením dítěte. Toto období lze dělit do následujících tří fází (Vágnerová, 2008; Langmeier, Krejčířová, 2013):

- období od oplození do uhnízdění blastocysty a vytvoření zárodku – toto období trvá cca 3 týdny a v jeho závěru již vzniká nervová trubice, která je základem nervového systému,
- embryonální období – toto období trvá do 12. týdne těhotenství a v jeho průběhu jsou vytvořeny základy všech důležitých orgánů člověka, přičemž v tomto období je zárodek extrémně citlivý na působení nejrůznějších negativních jevů, jež mohou

způsobit vznik vývojových vad – např. nemoci, užívání léků, drog, ale i deprese a stavy úzkosti matky,

- fetální období – toto období trvá od 12. týdne těhotenství do porodu a během něj dochází k dokončení vývoje orgánových systémů, které se postupně začínají ujímat své funkce.

Prenatální vývoj má určité obecné znaky, kdy se plod vyvíjí dle přesně určeného časového rozvrhu, a také určité změny v chování dítěte podléhají přísné časové posloupnosti (Atkinson, 2003).

Na druhé straně se lidský plod v rámci svého vývoje projevuje typickým způsobem, a to v závislosti na dozrávání jednotlivých funkcí a také v důsledku bazální zkušenosti, kdy (Vágnerová, 2008):

- plod má vrozené dispozice reagovat na různé podněty z nitroděložního prostředí (např. na změnu polohy nebo zvukové či taktilně-kinestetické podněty), přičemž se chová selektivním způsobem tak, aby na něho mohly působit především ty, které jsou pro něj z nějakého důvodu žádoucí,
- plod je schopen nejjednodušších forem učení, kdy si vytváří určitou zkušenost, přičemž začíná rozlišovat mezi několika nejběžnějšími podněty a naučí se na ně reagovat různým způsobem (zejména rozdílnou intenzitou pohybu),
- chování plodu je již v tomto období individuálně typické, a to zejména co se týče projevů temperamentu, jako např. intenzita, množství a frekvence pohybových reakcí apod.

V žádném případě zde není možné vynechat také interakci mezi matkou a plodem, protože „*se už před narozením vytváří určitý dialog mezi matkou a dítětem, který se po narození rychle rozvíjí ve smysluplnou neverbální komunikaci*“ (Langmeier, Krejčířová, 2013, s. 26). Formálně lze přitom rozlišovat tři druhy komunikace mezi matkou a dítětem, které se však v reálném životě různě prolínají a nelze je od sebe úplně rozdělit. Jedná se přitom o (Vágnerová, 2008):

- fyziologickou komunikaci, která je představována přenosem různých látek, včetně těch neurohumorálních, z mateřského organismu do organismu plodu prostřednictvím krve procházející placentou,

- smyslovou komunikaci, kdy plod reaguje na některé podněty ze strany matky (např. na masírování břicha, změnu polohy nebo hlas matky) určitou pohybovou aktivitou, kopáním,
- emoční a racionální postoj matky k plodu, jehož komunikační význam spočívá v tom, že matka na plod soustředí svou pozornost, uvažuje o něm a prožívá určitým způsobem jeho existenci, čímž je ovlivňován také samotný plod v děloze.

Z výše uvedeného je tedy naprosto zřejmé, že prenatální vývoj nelze od následujícího vývoje jedince v žádném případě oddělit, protože na sebe vzájemně navazují, což ostatně dokládá také skutečnost, že v některých východních kulturách „*se zahrnuje devět měsíců těhotenství do výpočtu věku dítěte, čímž je symbolicky vyjádřena kontinuita jeho vývoje*“ (Pouthas, Jouen, 2000, s. 28).

Na závěr je vhodné upozornit na fakt, že prenatální vývoj dítěte je velmi silně ovlivněn celou řadou rizikových faktorů, mezi které patří zejména (Šulová, 2004):

- negativní psychická vyladěnost matky,
- extrémní věk ženy (mladší 17 let a starší 35 let),
- výška a váha ženy před těhotenstvím (obezita, nízká váha, drobná postava ženy),
- vývojová anomálie dělohy,
- chronické onemocnění ženy (diabetes, kardiopatie),
- předešlé těhotenství (poruchy v jeho délce, průběh porodu s operačním zakončením, poruchy plodu z hlediska výživy, umělé přerušování těhotenství apod.),
- onemocnění matky v průběhu těhotenství (diabetes, gestóza, Rh imunologický konflikt, žloutenka, chřipka, zarděnky, AIDS),
- výživa matky v těhotenství (podvýživa, móda štíhlé linie, nesprávný poměr živin, extrémní způsoby stravování),
- vícečetné těhotenství,
- aplikace léku v těhotenství (je často vázáno na věk plodu a délku aplikace),
- vrozená vada (Downův syndrom, rozštěp patra, srdeční vada apod.),
- předčasný porod,
- kontakt matky s ionizačním zářením,
- abúzus jakýchkoliv drog matkou, a to i před započatím těhotenství,
- nepříznivé ekonomické podmínky,
- zaměstnání ženy (těžká fyzická práce, stres, dojíždění)

- regionální vlivy (ovzduší, kvalita vody, intenzita slunečního záření),
- vliv rodinného prostředí.

Dnes je již jisté, že plod je relativně velmi brzy připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a interakci se světem po narození a je již v prenatálním období aktivní a schopný jakéhosi počátečního dialogu s matkou (Šulová, 2004), proto jsou výše uvedené rizikové faktory pro plod velmi závažné a někdy bohužel mohou pro něj mít i fatální důsledky.

3.2 Vliv porodu na dítě

Porod je velmi významným okamžikem v životě matky i v životě dítěte, avšak je pro oba velkou zátěží. Dle dnešních poznatků již není porod takovým radikálním předělem, za jaký byl považován v dřívějších dobách, protože *„už to není přechod z „nebytí“ do „bytí“, nýbrž jen přechod z bytí do té doby skrytého do bytí od té doby zjevného“* (Matějček, 2005, s. 23). Přesto jde o velmi důležitý mezník.

Pro dítě je porod velmi náročný a i v době kvalitní lékařské péče dost rizikový, zejména však v životě dítěte představuje zásadní změnu – ze stabilního a relativně klidného prostředí v těle matky se dítě dostává do prostředí naprosto odlišného, plného hluku, světla, chladu a dalších podmínek, kterým se musí novorozenec přizpůsobovat.

V dnešní době se čím dál více objevují názory, že pro psychiku a dobré zvládnutí porodní zátěže je lepší přirozený porod. Proto je zejména konec 20. století charakterizován významnými změnami v postoji vůči porodům, přičemž lze vymezit dvě základní tendence, dva názorové směry (Šulová, 2004):

- zastánce klasických porodů s využitím všech technických vymožeností, s využitím léků a preferencí polohy rodiček na zádech či na boku – i u těchto zastánců však existují určité odlišné přístupy, např. co se týče přítomnosti otce u porodu, epidurální anestezie apod.,
- zastánci snahy o návrat k přirozenosti, přičemž tento názorový směr lze považovat za reakci na odosobnění porodní situace, přetechnizovanost, profesionalizaci procesu porodu, ale také celé společnosti a životního stylu a je také vyjádřením touhy po hlubších emocionálních prožitcích a po důrazu na mezilidské vztahy.

Vlivem porodu na vývoj dítěte se velmi důsledně zabývá Dr. Janov, celosvětově uznávaný psycholog, který ve své knize Prvotní otisky podrobně rozebírá téma porod-

ního traumatu, které je dle něho počátkem neurózy u jedince, ale i dalších jeho fyzických a psychických potíží. Porodní trauma vzniká v důsledku prvotní bolesti a traumatických prožitků vzniklých v době porodu – způsobených např. silnými kontrakcemi, uvíznutím v porodních cestách, zmáčknutím hlavy porodními kleštěmi apod., a následně také v důsledku oddělení dítěte od matky hned po narození, které autor považuje za „základní trauma s celoživotními následky“, protože „čerstvě narozené dítě potřebuje být naopak drženo a chováno víc, než kdykoliv později během života“ (Janov, 2012, s. 66) Významný akt pro vytvoření vazby mezi matkou a dítětem představuje také oční kontakt mezi nimi ihned po narození.

Vliv prvotní bolesti na následný vývoj jedince přitom funguje na následujícím principu (Janov, 2012):

Když je na první (tělesné) úrovni vědomí příliš mnoho prvotní bolesti, kterou tělo již nemůže vydržet, tak se tato bolest přelije do druhé úrovně vědomí, tedy do emocí a osobnostních rysů. V důsledku toho pak většina z toho, co jedinec zažívá v dospělosti, je ovlivněno tím, jak se rozptýlí prvotní bolest v druhé úrovni vědomí.

Z psychologického hlediska přitom prvotní bolest utváří nebo ovlivňuje osobnostní rysy (např. citlivost, závislost, nezávislost, proměnlivost, stálost/tendence ke změnám, nerozhodnost) a ustavuje také temperament jedince a jeho základní emoční nastavení, tedy to, jak reaguje na okolní svět (optimisticky, zoufale, vzdorovitě apod.).

3.3 Vývoj předčasně narozeného dítěte

Předčasně narozené nebo také nedonošené děti jsou děti, které se narodí mezi 24. a 37. týdnem těhotenství matky. Takovéto děti jsou v závislosti na konkrétním datu předčasného porodu, oproti dětem narozeným v řádném termínu, velmi znevýhodněny, a to nejen co se zdravotních komplikací týče, ale také vzhledem k jejich psychickému vývoji a socializaci. Je tomu tak zejména proto, že dítě prošlo významnou změnou prostředí dříve, než na ni bylo připraveno.

V době původně předpokládaného termínu porodu (tedy ve 40. týdnu těhotenství) jsou obecně nalézány významné rozdíly v chování dětí donošených a nedonošených, kdy „nedonošené děti se jeví jako labilnější, dráždivé, ale současně méně reaktivní na smyslové i sociální podněty“ (Langmeier, Krejčířová, 2013, s. 27).

Na druhou stranu z dlouhodobého hlediska jsou perinatální komplikace (mezi které patří i předčasný porod) méně významným predátorem psychického vývoje, než jsou prenatalní komplikace (během těhotenství), přičemž *„ještě větší predikční hodnotu však mají psychosociální rizikové faktory během raného dětství“* (Šulová, 2004, s. 27), a to např. osobnostní charakteristiky obou rodičů, chybějící podpora ve vztahu mezi rodiči, ale i v příbuzenských vztazích a vztazích s okolím, úzkost a negativní očekávání matky.

Na závěr je vhodné poznamenat, že předčasné narození je velmi náročnou situací nejen pro dítě, ale také pro rodiče, kteří (Langmeier, Krejčířová, 2013):

- nebyli na příchod dítěte ještě plně připraveni,
- prožívají silný strach o dítě,
- prožívají pocity bezmoci, neadekvátnosti a deprese, protože se nemohou o dítě starat, jsou od něj odloučeni a nemohou jej ochraňovat,
- při delší separaci mají také pocit nereálnosti dítěte (dítě neexistuje nebo není vlastní),
- mohou mít narušeny i jinak přirozené dovednosti intuitivního rodičovství.

3.4 Novorozenecké období

Novorozenecké období je období v délce 28 dnů od narození dítěte a jedná se o adaptační období, kdy se dítě přizpůsobuje novému prostředí, vnějšímu světu, který je výrazně odlišný od světa interuterinního. Novorozenec má pro potřeby tohoto přizpůsobení rozvinutou celou řadu reflexů a vrozených způsobů chování a relativně vyspělé jsou také všechny jeho smysly.

Novorozenecké období je dále charakteristické základními stavy s převahou spánku a také jej lze vnímat jako *„období normálního autismu, kdy je dítě uzavřené spíše do sebe, zpracovává podněty z nejbližšího prostředí a z vlastního těla, stabilizují se jeho základní funkce, snaží se především uspokojovat své základní potřeby a snižovat napětí vznikající při jejich neuspokojení“* (Šulová, 2004, s. 35).

Co se týče reflexů novorozence, Vágnerová (2005) je dělí dle jejich významu na reflexy:

- základní, které slouží k přežití dítěte, napomáhají jeho primární orientaci a adaptaci – např. hledací a sací reflex,

- ostatní, které nejsou pro prvotní adaptaci dítěte tak významné, jsou pozůstatkem dřívějších fylogenetických fází a mizí v průběhu prvních měsíců života dítěte, přičemž v dnešní době slouží ke kontrole normálního vývoje mozkových funkcí dítěte – jedná se především o motorické reflexy.

Vrozené způsoby chování na rozdíl od reflexů nejsou jednoznačně vázány na specifické podněty. Jedná se například o tendenci vnímat svoje okolí, reagovat křikem, využívat sacích pohybů různým způsobem – např. ke zkoumání svého nejbližšího okolí apod. (Vágnerová, 2005). Vrozené způsoby chování přitom hrají významnou roli také v socializaci dítěte, protože mimo jiné iniciují kontakt a upoutávají a udržují pozornost pečujících osob.

Vedle reflexů a vrozených způsobů chování je již u novorozeného dítěte významné také učení, pro které je nezbytný individuálně přiměřený přísun podnětů, které jsou důležitým předpokladem vzniku potřebných zkušeností (Vágnerová, 2005).

Učení novorozence (a později kojence) je tedy závislé na okolí dítěte, respektive na matce, protože matka je pro dítě výrazným zdrojem podnětů, již pro něj není neznámou osobou, ale dítě ji zná z doby před porodem. První seznámení dítěte se světem se tedy odehrává prostřednictvím toho, co matka dělá se svou tváří, hlasem, tělem a rukama, přičemž *„neustálý tok matčiny činnosti dítěti poskytuje stále nové zkušenosti s materiálem tvořícím lidskou komunikaci a souvislosti“* (Stern, 2007, s. 29).

Interakce matky a dítěte, za jejíž základ lze považovat situaci kojení, je v tomto období důležitá pro následující vývoj psychiky dítěte a jeho úspěšnou socializaci v pozdějším období. V této oblasti je naprosto nejlepší pro vývoj dítěte, pokud dojde mezi ním a matkou k tzv. synchronii pozornosti a afektu tak, jak bylo vymezeno dříve v kapitole Interakce matky a dítěte.

3.5 Kojenecké období

Kojenecké období je obdobím od konce novorozeneckého období do jednoho roku věku dítěte, přičemž toto období lze označit jako *„doba symbiotického vztahu mezi matkou a dítětem“*, kdy základem pozitivního vývoje je zejména emocionální náklonnost (Fürst, 1997, s. 144).

Langmeier s Krejčířovou (2013) přitom kojenecké (a potažmo následující batolecí) období dělí na:

- období normální symbiózy – 2. až 4. měsíc, kdy dítě ještě neodlišuje sebe od své matky, začíná však odlišovat okolí,
- období separace – individualizace – jež trvá od 4. měsíce až do 3. let věku dítěte, přičemž tato fáze se dělí na čtyři subfáze, z nichž dvě následující spadají pod kojenecké období, a to:
 - subfáze diferenciací – od 4. do 10. měsíce, kdy dítě začíná zcela zřetelně odlišovat svou matku od druhých lidí a mohou se projevit také počátky strachu z cizích lidí; toto období je charakterizováno silným zájmem dítěte o explorační okolí, vlastního těla i těla matky a tím, že je pozornost dítěte zaměřena zejména k vnějším podnětům; pro závěr této subfáze je typická separační úzkost,
 - subfáze procvičování – od 10. do 16. měsíce, kdy se dítě začíná aktivně vzdalovat od matky, ale vždy se k ní opět vrací, aby díky ní získalo jistotu, emoční zklidnění a energii pro další zkoumání svého prostředí, přičemž krátkodobá vzdalování se od matky dítěti pomáhají ke zřetelnému odlišení sebe od matky a k upevnění vztahu k ní; nucená dlouhodobější separace může v tomto období vést ke stagnaci nebo v horším případě až k regresi ve vývoji dítěte.

V kojeneckém období je pro rozvoj dítěte stěžejním předpokladem také pevný a stabilní vztah alespoň jedné pečující osoby, zpravidla matky, která je jeho průvodcem v začátku života. Průvodcem, „*který dítě přesvědčí o tom, že jeho okolí je stabilní, čitelné, přátelské a že převažují příjemné pocity v prostředí, jež ho obklopuje*“ (Šulová, 2004, s. 55), čímž dochází u dítěte k vývoji pozitivního vztahu k sobě samému a také k růstu jeho sebedůvěry.

Kojenec je díky pevnému a stabilnímu vztahu s matkou, která je z počátku jeho průvodcem v okolním světě, silně motivován k vnímání podnětů z okolního světa a k reakci na ně. Proto je kojenecké období některými autory označováno také jako receptivní fáze, přičemž „*receptiva znamená otevřenost okolnímu světu*“ (Vágnerová, 2005, s. 71).

V kojeneckém období odvede dítě velkou „práci“. Dochází k jeho výraznému rozvoji v oblasti poznávacích procesů, senzomotorických aktivit, učení, motoriky, vnímání

a porozumění řečovým podnětům až k počátkům řeči, ale také v oblasti emocí a socializace.

Co se týče vývoje emocí, ten hraje velmi významnou roli v rozvoji celé řady dalších psychických funkcí a také v rozvoji mezilidských vztahů, především vztahu s matkou. V rámci 1. roku dítěte lze v oblasti emocí vytyčit následující mezníky (Vágnerová, 2005):

- 2. měsíc – u dítěte se objevuje reakce úsměvem signalizující pocity pohody,
- 3. až 4. měsíc – dítě dovede vyjádřit radost, ale umí projevit i nespokojenost, od 4. měsíce se objevují zlostné reakce,
- 5. měsíc – dítě umí od tohoto měsíce vyjádřit strach,
- 6. až 7. měsíc – dítě díky schopnosti rozlišovat neznámé lidi získává ostražitost až strach z neznámých lidí,
- 8. až 9. měsíc – u dítěte se objevuje separační úzkost a strach z opuštění matkou (respektive osobou o dítě pečující).

Jak již bylo uvedeno dříve, pro rozvoj dítěte jsou nezbytné podněty, jejichž zdrojem je zejména mezilidská interakce, tedy začlenění kojence do společnosti – socializace, která je prostředkem učení. Stěžejní je přitom vztah matky a dítěte, který je, pokud správně funguje, pro dítě také zdrojem pocitu bezpečí a jistoty, jež ovlivňují rozvoj osobnosti dítěte.

Naopak citově chladná a lhostejná matka nemůže být zdrojem jistoty a nemá-li dítě náhradní mateřskou osobu, pak dítě trpí citovou deprivací či subdeprivací, které bývají příčinou poruch ve vývoji osobnosti dítěte, a to zejména ve vztahu k lidem, ale i k sobě samému. Dítě je nejisté v oblasti sebehodnocení, má i v pozdějším věku nízkou sebedůvěru, pochybuje o sobě, cítí se méně hodnotné a nevýznamné, nemá důvěru k lidem a nedokáže s nimi navázat uspokojivé a stabilní vztahy (Vágnerová, 2005).

Další problematickou situací ve vztahu matky a dítěte je tzv. dvojná vazba, jejíž „základem je porucha v oblasti komunikace, která je tak nejasná a nejednoznačná, že přestává být srozumitelný i citový vztah“. Jedná se tedy o situaci, ve které „matka dítěti poskytuje vzájemně se vylučující informace“, kdy jej například verbálně ujišťuje o své lásce, ale zároveň jej odstrkuje a nechce jej pomazlit (Vágnerová, 2005, s. 114). V důsledku toho se matka stává pro dítě zdrojem chaotických informací, které dítě ne-

může správně interpretovat, čímž u něj dochází od zkreslení představy o sobě samém až k deformaci jeho sebepojetí.

Na závěr je vhodné uvést, že kvalitní a bezpečný vztah mezi matkou a dítětem pomáhá dítěti v tomto období vybudovat si důvěru ve svět a vytvořit si pocit jistoty a bezpečí, což je vedle vrozených dispozic a temperamentu důležitým základem psychické odolnosti jedince (Hoskovcová, Suchochlebová Ryntová, 2009).

3.6 Batolecí věk

Batolecí věk je období od jednoho do tří let věku dítěte, během něhož dochází k rozvoji osobnosti dítěte a jeho kompetencí, jedná se o období první emancipace, kdy charakteristickým znakem je „*osamostatňování a uvolňování z různých vazeb, spojené s expanzí do širšího světa*“ (Vágnerová, 2005, s. 118). Batolecí věk je proto někdy označován jako období autonomie či období autonomizace (Vágnerová, 2005).

Dle Langmeiera a Krejčířové (2013) spadá batolecí věk do tzv. období separace – individualizace, přičemž se jedná vedle pokračování subfáze procvičování (jež byla vymezená v předchozí kapitole) o další dvě subfáze, a to o:

- subfázi znovusblížení nebo navazování sociálních vztahů – od 16. do 25. měsíce, kdy dítě začíná intenzivněji navazovat vztahy a stává se odolnějším vůči frustraci, na druhé straně si dítě uvědomuje svá fyzická omezení a svou relativní bezmocnost vůči světu; ve vztahu k matce se objevuje zřetelná ambivalence, kdy se dítě na jedné straně intenzivně dožaduje její trvalé přítomnosti, na druhé straně však vůči ní vyjadřuje otevřené negativní a hostilní pocity (např. vzdor); také v této subfázi může mít nucená separace dítěte od matky ještě výrazný regresivní vliv na vývoj dítěte,
- subfázi individualizace nebo stálosti objektu – od 25. do 36. měsíce, kdy je obraz matky internalizován (kdy jsou internalizovány její dobré i špatné vlastnosti), dítě může začít fungovat samostatně a je dosaženo plné individuace (zrození psychologického „já“); v tomto období je dítě již schopno snášet přiměřeně dlouhé separace od matky.

Vedle psychologického vývoje má v batolecím věku velký význam také rozvoj pohybových dovedností a ovládání vlastního těla. Významný je v tomto období také rozvoj poznávacích procesů a tzv. symbolického myšlení a snaha dítěte o pochopení fungování

okolního světa. V batolecím věku se u dítěte rozvíjejí také všechny formy paměti s výjimkou formy epizodické. Opomenout nelze ani rozvoj řeči, kdy se velmi rychle rozvíjí sémantická složka, tj. dětský slovník a mezi 2. a 3. rokem si dítě osvojuje také základy syntaxe. (Vágnerová, 2005).

V batolecím věku je „*průvodním jevem všech dětských aktivit hra, vázaná na motorický vývoj a jeho výsledky, na řečové dovednosti, na sociální kontakt obecně*“ (Šulová, 2004, s. 65), přičemž i hra batolete podléhá vývoji (Šulová, 2004):

- 13. až 15. měsíc věku – systematická explorace (osahávání, manipulace), lokomoční hry (běhání), experimentace (zejména s předměty vydávajícími zvuky), jednoduché konstruktivní hry (věž ze dvou až tří kostek, hračky na provázku apod.), dále hry estetické – prohlížení knížek, reprodukce říkanek, kreslení,
- 16. až 18. měsíc věku – do popředí se dostávají činnosti zaměřené na osoby – lokomoční hry (schovávání se, cvičení, chůze, běh), exploračně manipulační aktivity (např. otevírání a zavírání) a konstruktivní hry (věž ze tří až čtyř kostek, přesypání písku apod.), kreslení, napodobování práce dospělých; hra je v tomto období paralelní (a to téměř až do tří let věku),
- 2. až 3. rok věku – v tomto období dochází k pokroku, diferenciaci a pročlenění všech výše uvedených aktivit a velmi oblíbené se stávají imitační (napodobovací) hry s hračkami napodobujícími skutečné věci; ve třetím roce začíná mít hra častěji podobu spolupráce či soupeřivosti s vrstevníky dítěte.

Co se týče emočního vývoje, tento je v batolecím věku představován zejména rozvojem následujících emočních projevů a reakcí (Vágnerová, 2005):

- afekt hněvu a vzteku, jenž mimo jiné prospívá porozumění sobě samému a posiluje uvědomění vlastní odlišnosti a také poznání jiných lidí, jejich názorů a postojů k dítěti,
- pocit studu, který vzniká, když si dítě uvědomuje rozdíl mezi očekáváním a skutečností v případě, kdy překročí nějakou normu či nesplní požadované, a který bývá často spojen také s projevy lítosti, smutku nebo napětí, kdy se dítě snaží situaci napravit,
- strach, který bývá spojen s pocitem nejistoty – jedná se například o strach z nových a neznámých objektů, strach z opuštění matkou, pokud má dítě neuspokojivou zkušenost apod.,

- sebehodnotící emoce, jako je např. pocit zahanbení nebo naopak projevy hrdosti či pýchy,
- změna vztahových emocí, kdy zejména v druhé polovině 2. roku dítěte dochází ke snížení intenzity separační úzkosti a postupně k jejímu úplnému vymizení (zpravidla kolem 3. roku věku); dále se u batolete vyvíjí žárlivost, projevy radosti z kontaktu s lidmi, soucit a v neposlední řadě také empatické schopnosti.

V batolecím věku dochází k socializaci dítěte zejména v rámci rodiny, proto např. Vágnerová (2005) toto období také označuje jako fázi rodiny. Dítě je v tomto období sice stále poměrně závislé na matce, ale okruh jeho sociálních vztahů se postupně rozšiřuje o hlubší vztah k otci a o vztahy ke starším sourozencům, k prarodičům apod. Vedle toho většina dětí začíná kolem dvou let věku navazovat vztahy se svými vrstevníky, i když tyto vztahy zůstávají ještě dlouho ve stínu vztahů k dospělým (Langmeier, Krejčířová, 2013).

Důležitou formou sociálního učení v batolecím věku je přitom nápodoba a identifikace čili ztotožnění se s určitým modelem, kterým je zpravidla rodič stejného pohlaví (Vágnerová, 2005).

Na závěr je vhodné uvést, že v batolecím věku dochází v rámci sebepojetí dítěte také k rozvoji jeho genderové identity, v jehož závěru dítě přijímá genderovou identitu, kdy tedy ví, že je chlapec nebo děvče, a aniž si to uvědomuje, akceptuje i genderovou roli a ztotožňuje se s ní, přičemž se chce co nejvíce podobat příslušníkům vlastní genderové skupiny (Vágnerová, 2005).

3.7 Pět základních duševních potřeb dítěte

V této kapitole bude stručně charakterizováno pět základních duševních potřeb dítěte, které ve své knize vymezil Zdeněk Matějček, světově uznávaný dětský psycholog a zastánce důležité role rodiny ve vývoji dítěte. Jedná se o (Matějček, 2005):

- dost podnětů čili přiměřenou stimulaci, protože centrální nervový systém (mozek) dítěte musí být pro svou optimální výkonnost patřičně podněcován, přičemž podněty musí přicházet nejen v náležitém množství, ale také v náležité kvalitě a také musí být dost proměnlivé, aby si na ně dětský organizmus „nezvykl“,
- smysluplný svět, tedy potřeba určitého řádu ve věcech a vztazích, a to proto, aby ze získaných podnětů mohly vznikat poznatky a zkušenosti, aby se dítě mohlo něče-

mu naučit; např. pokud dítě něco udělá správně a je za to náležitě pochváleno, určité bude tuto svou činnost opakovat,

- životní jistotu, protože teprve s jistotou v zádech se může dítě vydávat na dobrodružné výpravy za poznáváním světa, přičemž zdrojem životní jistoty jsou pro něj „jeho lidé“, tedy zejména otec a matka,
- pozitivní identitu, respektive vlastní „já“, kdy dítě něco chce, nebo nechce a stává se tak svébytnou osobností; dítě v soužití s rodiči, kteří mu poskytují nezbytnou životní jistotu, poznává, že na „své lidi“ se může spolehnout, že k nim patří, že má pro ně určitý význam a určitou hodnotu, přičemž dle toho, jak budou dítě „jeho lidé“ přijímat, sebevědomí a sebedůvěra dítěte bude silnější nebo slabší, pevnější nebo povrchní; ve věku dvou let dítě zpravidla přijímá tzv. rodinnou identitu,
- otevřenou budoucnost čili životní perspektivu, naději, která „táhne“ život dopředu, protože naopak zavřená budoucnost znamená zoufalství, útlum, nicotu; budoucnost v pravém slova smyslu dítě objeví až kolem 11 či 12 let, ale první krůčky lze postřehnout již daleko dříve, kdy například dítě čeká „až přijde táta domů“, přičemž tyto potřeby *„by měly být naplněny v pravý čas a v náležitě míře, aby se dítě po duševní stránce vyvíjelo dobře, zdravě a uspokojivě“* (Matějček, 2005, s. 28) a nemělo tak dál v životě určitou nevýhodu a nemuselo následky tohoto nedostatku později pracně odstraňovat.

4 Cíl a metodika

4.1 Cíl

Cíl tohoto textu lze obecně vymezit jako vytvoření určitého uceleného přehledu o emočním prožívání ženy v těhotenství, při porodu a zejména po porodu a jeho vlivu na vztah mezi matkou a dítětem a potažmo také na vývoj dítěte.

Konkrétně lze za cíl textu považovat nalezení odpovědí na celou řadu otázek, které budou podrobněji uvedeny v následující části (Vyslovené výzkumné otázky) a které lze shrnout pod otázku: Jak žena prožívá své těhotenství, porod a šestinedělí a jak emoce v těchto obdobích ovlivňují vývoj jejího dítěte?

4.2 Metodika

Co se týče metodiky, pro tvorbu teoretické části, tedy rešerše, byla využita odborná literatura a odborné články na téma emocí obecně, emocí v období těhotenství, porodu a šestinedělí, vztahu mezi matkou a dítětem a jeho vývojem a v neposlední řadě také na téma vývoje dítěte od početí po věk tří let, a to jak od českých, tak od zahraničních autorů.

Tématem textu je sice stěžejně emocionální prožívání ženy po porodu a jeho vliv na vývoj dítěte, ale nebylo možné zde opomenout již vliv těhotenství a porodu, protože v dnešní době je zřejmý významný vliv těchto období nejen na vývoj dítěte, ale také na pozdější vztah mezi matkou a dítětem. Nelze jej od následujícího období po porodu tedy zcela oddělit.

V praktické části poté bude využit dotazník, v jehož rámci budou respondentky odpovídat písemně na otázky předtištěného formuláře či formuláře v elektronické podobě. Dotazníkové šetření bylo vybráno zejména díky svým výhodám, jimiž je jednak možnost oslovení vysokého počtu osob, jednak také anonymita dotazníkového šetření, která je zejména u poměrně osobního a choulostivého tématu u žen – matek velmi vhodná.

V dotazníku budou využity tyto formy otázek:

- otázky uzavřené, u nichž je uveden soubor možných alternativ odpovědí, ze kterých bude respondentka vybírat nejvhodnější odpověď,

- otázky polootevřené, u nichž bude uvedeno několika alternativ odpovědí, ale také bude na závěr otázky použita otevřená alternativa, která umožní respondentce doplnit chybějící odpověď

Dotazník obsahuje celkem 25 otázek. V úvodu jsou zaznamenány pokyny, komu je dotazník určen a jak jej vyplnit. Sběr dat probíhal jak elektronickou, tak tištěnou formou od ledna do března roku 2015.

4.3 Popis vzorku

Dotazník je určen výzkumnému vzorku, který je tvořen náhodně vybranými ženami, jež jsou matkami dětí v rozmezí věku 3-5 let, přičemž tato věková hranice byla zvolena zejména proto, aby od porodu neuběhla příliš dlouhá doba a nedošlo tak k velkému zkreslení zkoumaných skutečností, ale zároveň již bylo možné do určité míry zhodnotit vývoj dítěte.

V případě, že žena absolvovala více porodů a všechny děti jsou věkově v tomto rozmezí, žena může vyplnit více dotazníků. Vždy však je třeba, aby se jeden dotazník týkal vždy jen jednoho těhotenství, porodu, šestinedělí a dítěte.

Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 251 respondentek.

4.4 Vyslovené výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Kolik procent dětí vykazovalo určité zpoždění v psychomotorickém vývoji?

Výzkumná otázka č. 2: Kolik procent žen vykazovalo problémy ve svém psychickém prožívání? Měly tyto problémy vliv na jejich děti?

Výzkumná otázka č. 3: Má nechtěné těhotenství vliv na psychomotorický vývoj dítěte?

Výzkumná otázka č. 4: V které části těhotenství ženy zažívají největší strach?

Výzkumná otázka č. 5: Čeho se ženy během těhotenství nejvíce bojí?

Výzkumná otázka č. 6: Kolik žen navazuje vztah s dítětem již v době těhotenství (povídání, oslovování jménem)?

Výzkumná otázka č. 7: Kolika ženám byla v těhotenství diagnostikována nějaká emoční porucha?

Výzkumná otázka č. 8: Jaké pocity měly ženy v okamžiku, kdy poprvé spatřily své dítě?

Výzkumná otázka č. 9: Byly jejich pocity ovlivněny tím, jakým způsobem porod proběhl?

Výzkumná otázka č. 10: Kolik žen prožilo po porodu několikadenní plačtivé období?

Výzkumná otázka č. 11: Jaké pocity se nejvíce objevují u žen po příchodu s dítětem z porodnice domů?

Výzkumná otázka č. 12: Jaké pocity se nejvíce objevují u žen po dvou týdnech pobytu doma po návratu z porodnice?

Výzkumná otázka č. 13: Souvisí tyto jejich pocity s pomocí a podporou ze strany partnera, rodiny nebo jiných blízkých osob?

Výzkumná otázka č. 14: Kolika ženám byla během půl roku po porodu diagnostikována poporodní deprese?

Výzkumná otázka č. 15: Kolik žen nekojilo své dítě a z jakého důvodu?

4.5 Hodnocení a výsledky výzkumu

V této kapitole budou vyhodnoceny odpovědi jednotlivých respondentek a to formou tabulky a grafu, kde bude znázorněn počet a zároveň i podíl jednotlivých odpovědí.

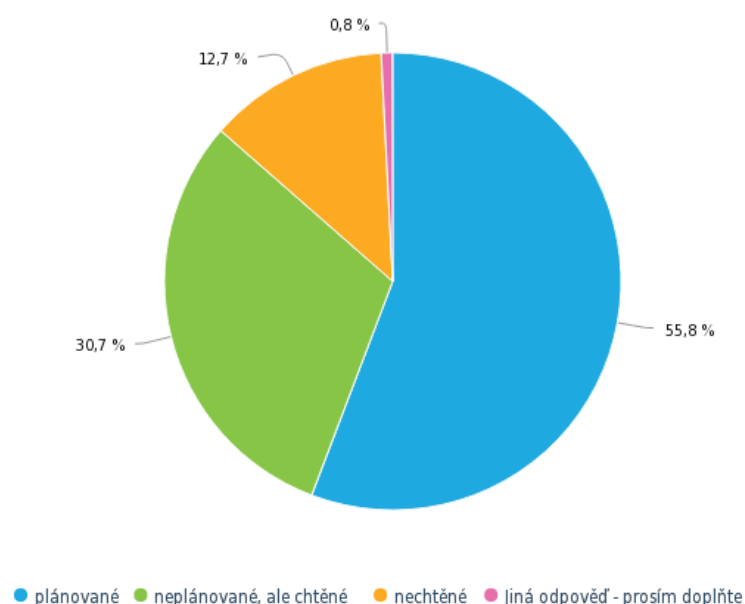
V následné diskuzi pak budou zodpovězeny stanovené výzkumné otázky. K hodnocení těchto otázek byla použita čárková metoda, díky níž byly dotazníky rozděleny dle vyslovených výzkumných otázek, především pak na děti, jejichž vývoj probíhal v normě a děti, u kterých odpovědi značí určité opoždění. Dále byly dotazníky rozděleny dle odpovědí matek, jež nevykazovaly žádné problémy v emocionalitě, a matky, které měly určité problémy ve svém emocionálním prožívání.

..

Hodnocení otázky č. 1: Vaše těhotenství bylo:

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Plánované	140	55,8%
Neplánované, ale chtěné	77	30,7%
Nechtěné	32	12,7%
Jiná odpověď – prosím doplňte	2	0,8%

Tab. 1



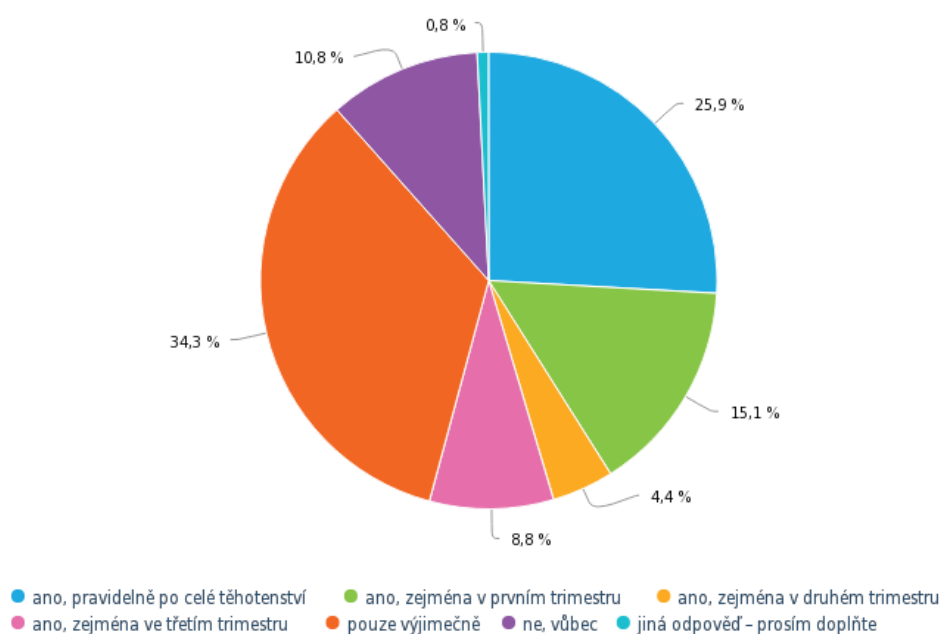
Graf 1

V této otázce byla možnost pouze jedné odpovědi. Ženy mohly volit celkem ze čtyř možností. Otázku považuji za velice důležitou, jelikož především nechtěné či neplánované těhotenství může mít velký vliv na emocionální prožívání ženy, jak v době těhotenství, tak po porodu. Z údajů výše uvedených vyplývá, že nejvíce respondentek uvedlo své těhotenství jako plánované a to více než polovina dotazovaných. Odpověď neplánované, ale chtěné byla označena celkem 77 – krát, což činí 30,7%. Nechtěné těhotenství pak bylo uvedeno jako nejméně častá odpověď a to v počtu 32 (12,7%). Jinou odpověď uvedly pouze dvě ženy, které se shodly na tom, že celou tuto situaci nijak zvlášť neřešily

Hodnocení otázky č. 2: Zažívala jste během těhotenství strach?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Ano, pravidelně po celé těhotenství	65	25,9%
Ano, zejména v prvním trimestru	38	15,1%
Ano, zejména v druhém trimestru	11	4,4%
Ano, zejména ve třetím trimestru	22	8,8%
Pouze výjimečně	86	34,3%
Ne, vůbec	27	10,8%
Jiná odpověď – prosím doplňte	2	0,8%

Tab. 2



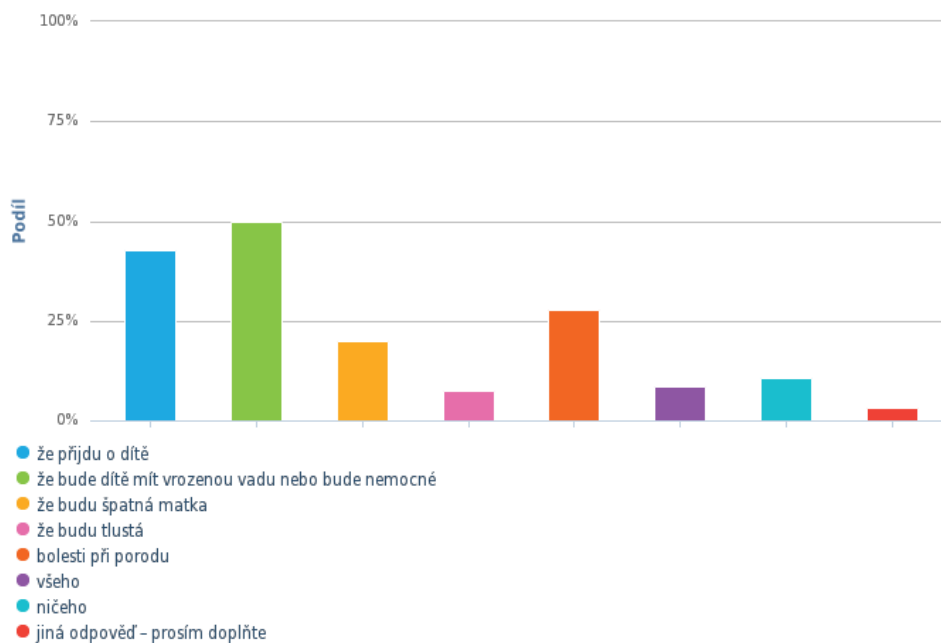
Graf 2

Tato otázka měla za úkol zjistit, kolik z dotazovaných žen zažívalo během těhotenství strach a v jakém období strach pociťovaly nejvíce. Zde můžeme pozorovat dva protiklady a to nejčastější odpověď, která zněla „pouze výjimečně“, a proti ní pak na druhém místě odpověď ano pravidelně po celé těhotenství“. V těchto odpovědích je rozdíl přibližně 8%. Nejméně žen pociťovalo strach ve druhém trimestru, oproti tomu pak nejvíce v trimestru prvním. Strach nepociťovalo vůbec celkem 10,8% dotazovaných. Pouze dvě ženy uvedly jinou odpověď a opět se shodly – strach pociťovaly, ale z jiného důvodu než bylo těhotenství. Obě uvedly strach z blížících se závěrečných zkoušek, které je čekaly.

Hodnocení otázky č. 3: Čeho jste se během těhotenství nejvíce bála? Možno uvést více odpovědí.

Možnost odpovědi	Responsí	Podíl
Že přijdu o dítě	107	42,6%
Že bude dítě mít vrozenou vadu, nebo bude nemocné	125	49,8%
Že budu špatná matka	50	19,9%
Že budu tlustá	19	7,6%
Bolest při porodu	70	27,9%
Všeho	21	8,4%
Ničeho	27	10,8%
Jiná odpověď – prosím doplňte	8	3,2%

Tab. 3



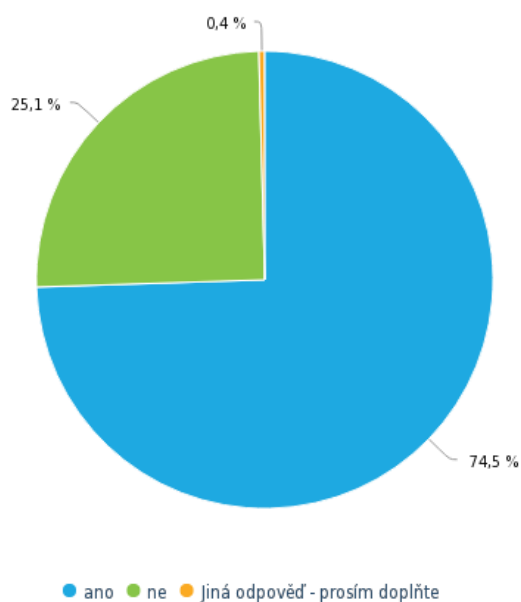
Graf 3

Touto otázkou jsem se snažila navázat na předchozí. Zde se potvrdila moje domněnka, že mezi nejčastější odpovědi patřil strach o dítě. Byla to na prvním místě obava, že matka přijde o dítě a na druhém místě pak strach z vrozené vady či nemoci dítěte. 70 žen uvedlo strach z bolesti při porodu, 50 žen se obávalo, že nebudou dobrými matkami. Ostatní odpovědi byly v celku vyrovnané. Zajímavá pak byla možnost jiné odpovědi, kde se objevil strach z komplikací u porodu, dále pak strach z dítěte a strach z manžela.

Hodnocení otázky č. 4: Povídala jste si s miminkem již v době těhotenství?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Ano	187	74,5%
Ne	63	25,1%
Jiná odpověď – prosím doplňte	1	0,4%

Tab. 4



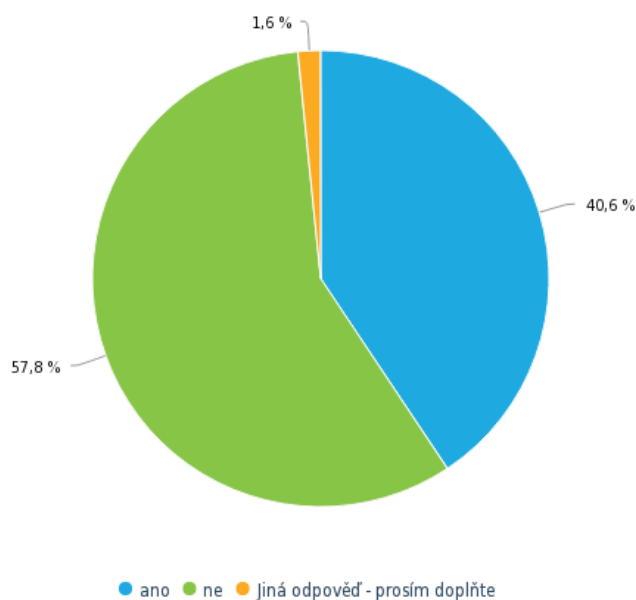
Graf 4

Kladnou odpověď uvedlo nejvíce žen a to 74,5%, záporně pak odpovědělo 25,1%. Jinou odpověď uvedla pouze jedna dotazovaná – osobně si s dítětem nepovídala, jelikož se obávala, že o dítě přijde a vyrovnání se ztrátou by pak pro ni bylo velice těžké. S dítětem si však povídal přítel.

Hodnocení otázky č. 5: Oslovovala jste miminko v bříšku již jménem?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Ano	102	40,6%
Ne	145	57,8%
Jiná odpověď – prosím doplňte	4	1,6%

Tab. 5



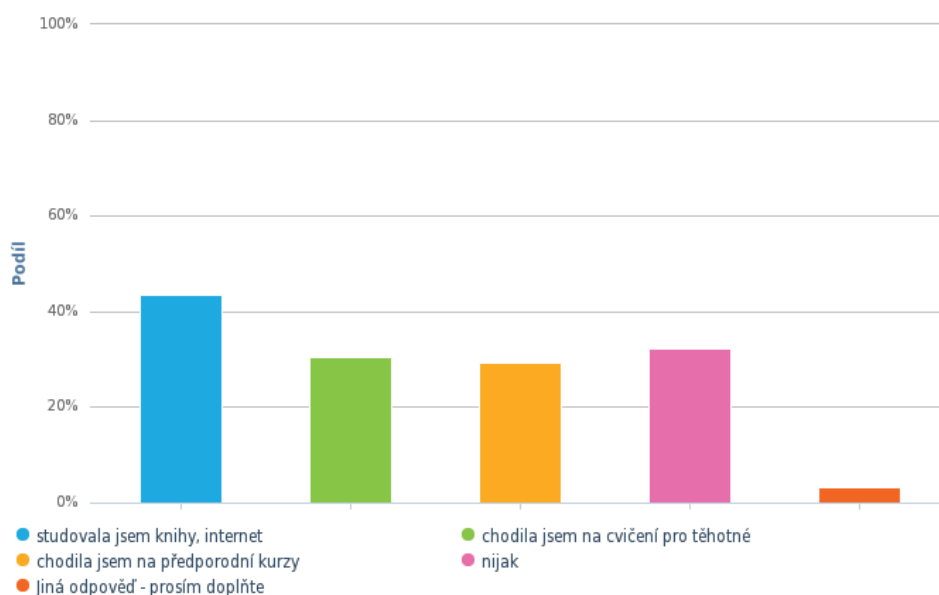
Graf 5

Více než polovina dotazovaných uvedla odpověď NE, kladně odpovědělo 40,6%. V možnosti jiná odpověď nebo doplnění k odpovědi NE (i když nebylo požadováno) se objevilo nejčastěji oslovení formou přezdívký a to hlavně z důvodu nejasnosti pohlaví dítěte.

Hodnocení otázky č. 6: Jak jste se připravovala na porod? Možnost uvést více odpovědí.

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Studovala jsem knihy, internet	108	43,4%
Chodila jsem na cvičení pro těhotné	76	30,5%
Chodila jsem na předporodní kurzy	73	29,3%
Nijak	80	32,1%
Jiná odpověď – prosím doplňte	8	3,2%

Tab.6



Graf 6

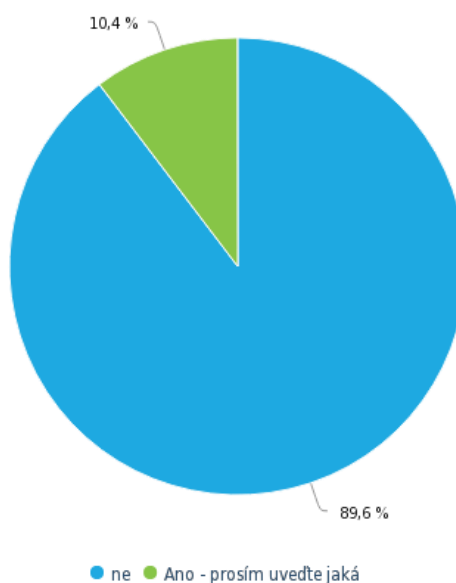
U této otázky byla stanovena možnost označení více odpovědí. Nejvíce žen uvedlo jako nejčastější odpověď studium knih a internetu, což je nejspíše způsobeno snadnou dostupností těchto zdrojů (literatura) a množstvím informací, které se dají lehce najít prakticky na jednom místě (internet). Předporodní kurzy a cvičení pro těhotné jsou si

v odpovědích téměř rovny. Rozdíl mezi nimi činí pouhé 3 odpovědi. Osm respondentek vybralo také možnost poslední, tedy formu jiné odpovědi, kde se nejčastěji vyskytly zkušenosti jak z vlastního porodu, tak zkušenosti předávané kamarádkami a dále pak příprava za pomoci přírodních látek (lněné semínko, maliníkový čaj atd.). Z dotazovaných se 80 žen nepřipravovalo na porod nijak.

Hodnocení otázky č. 7: Byla Vám v těhotenství zjištěna nějaká emoční porucha (např. úzkostná porucha, fobie apod.)?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Ne	225	89,6%
Ano – prosím uveďte jaká	26	10,4%

Tab. 7



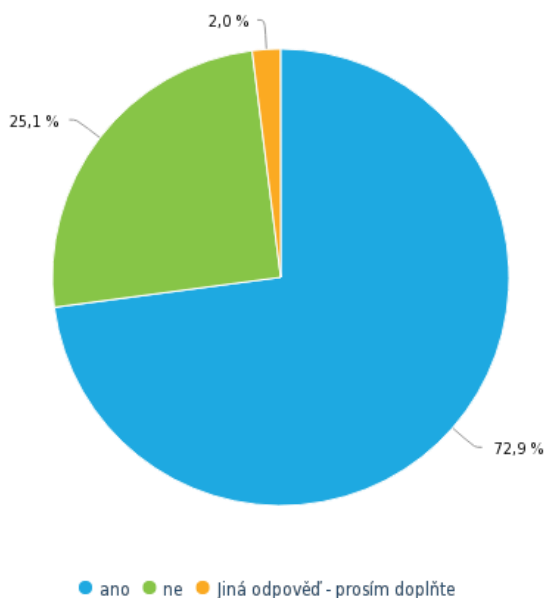
Graf 7

U této otázky jsem nepředpokládala velký výskyt kladných odpovědí, překvapilo mne proto, že tuto odpověď zvolilo 10,4% žen. Zajímavé pak byly odpovědi, kde v patnácti případech figurovala úzkostná porucha a v ostatních případech fobie z mužů, bolesti a celkově ze všech ostatních lidí.

Hodnocení otázky č. 8: Měla jste během těhotenství dostatečnou podporu ze strany partnera?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Ano	183	72,9%
Ne	63	25,1%
Jiná odpověď – prosím doplňte	5	2,0%

Tab. 8



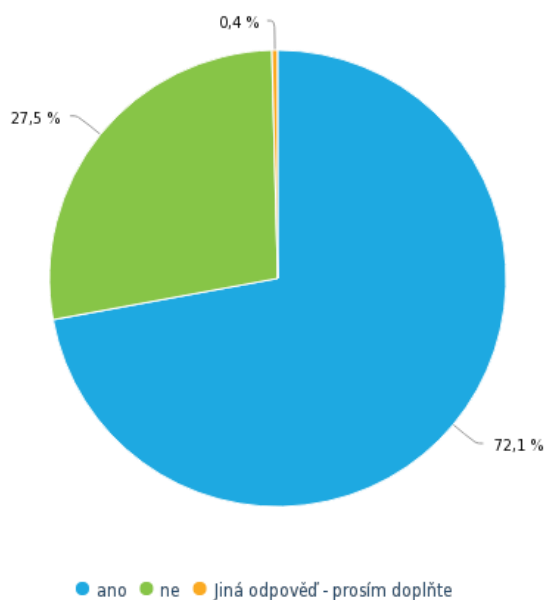
Graf 8

Tuto otázku jsem uvedla, jelikož si myslím, že podpora ženy, ať už psychická či fyzická, je v době těhotenství, porodu i po porodu velice důležitá. Její nedostatek nebo lhostejnost nejbližšího okolí by mohlo na matku a její emoce ve vztahu k sobě i dítěti dle mého názoru působit negativně. Z grafu je patrná převaha kladných odpovědí, a to celých 72,9%. Negativní odpověď uvedlo 25,1%. 2% žen pak uvedlo, že je partner během těhotenství opustil.

Hodnocení otázky č. 9: Měla jste během těhotenství dostatečnou podporu ze strany rodiny nebo jiné blízké osoby (mimo partnera)?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Ano	181	72,1%
Ne	69	27,5%
Jiná odpověď – prosím doplňte	1	0,4%

Tab. 9



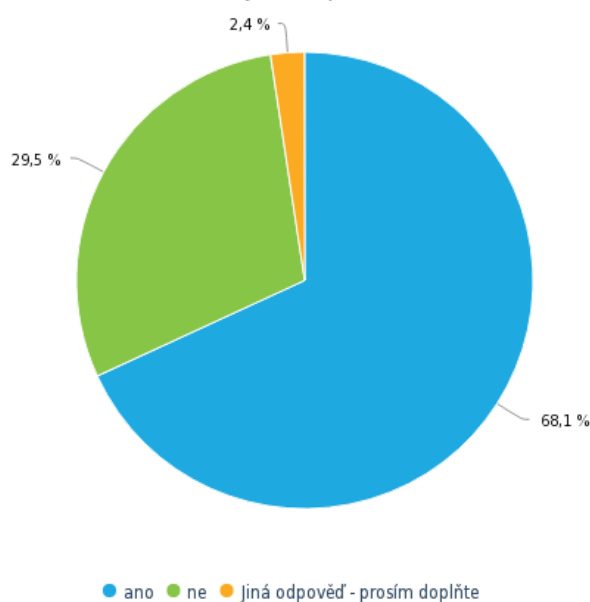
Graf 9

Tato otázka se snaží navázat na předchozí a zjistit tak, jestli žena byla podporována nejen ze strany partnera, ale také ze strany nejbližšího okolí. Zde můžeme pozorovat, že odpovědi v obou otázkách se velice přiblížily. Je opět patrna převaha kladných odpovědí, tedy 72,1%. Zápornou odpověď uvedlo 27,5% žen.

Hodnocení otázky č. 10: Bála jste se porodu?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Ano	171	68,1%
Ne	74	29,5%
Jiná odpověď – prosím doplňte	6	2,4%

Tab. 10



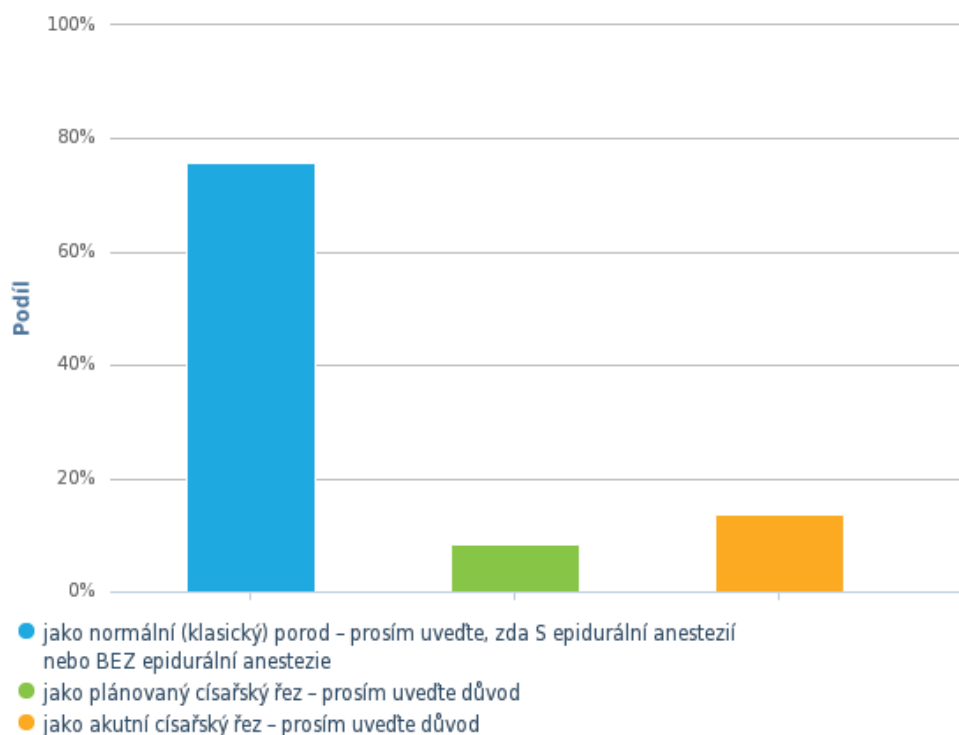
Graf 10

Strach z porodu je přirozený. Je to nová situace, do které se žena dostává. Lze se na ni připravit teoreticky, i když ne všechny odpovědi, které žena vyhledá, jsou pravdivé a nezkreslené, což dle mého názoru může i strach posilovat, avšak prakticky si tuto novou zkušenost musí každá žena prožít sama. Proto jsem předpokládala větší výskyt kladných odpovědí, což se i potvrdilo. Více než polovina žen (68,1%) se porodu bála. Naopak strach nezažívalo 74 (29,5%) dotazovaných žen.

Hodnocení otázky č. 11: Váš porod proběhl:

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Jako normální (klasický) porod – prosím uveďte, zda S epidurální anestezií nebo BEZ epidurální anestezie	190	75,7%
Jako plánovaný císařský řez – prosím uveďte důvod	21	8,4%
Jako akutní císařský řez – prosím uveďte důvod	34	13,5%

Tab. 11



Graf 11

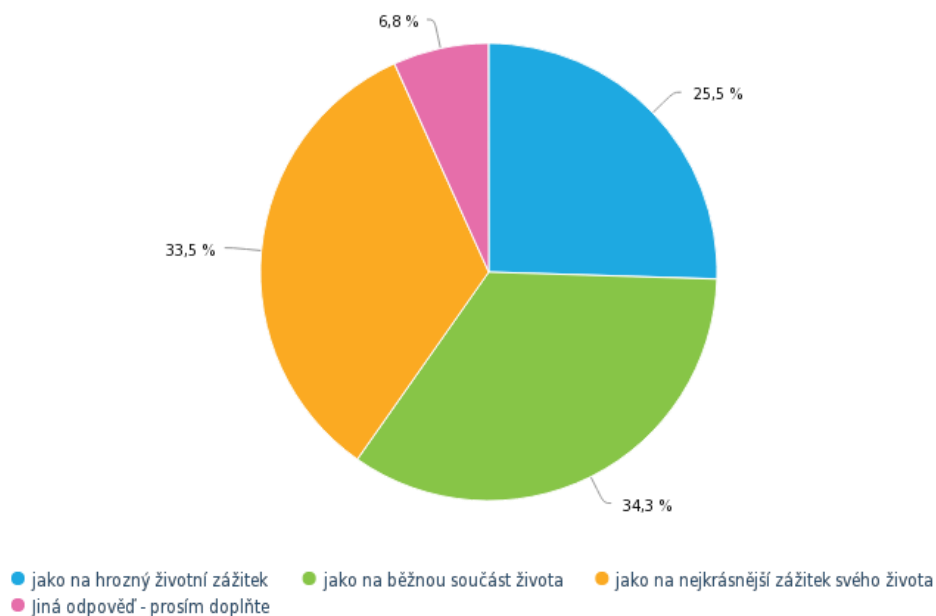
Porod je důležitý mezník mezi těhotenstvím a postnatálním obdobím. Většina dotazovaných jej zažila jako klasický porod, z toho 133 žen BEZ epidurální anestezie a 57

s epidurální anestezií. K plánovanému císařskému řezu muselo dojít v 21 případech a to hlavně z důvodu špatné polohy plodu, drobné postavy ženy a velkého dítěte a v posledním případě pak z obavy z bolesti v případě přirozeného porodu. Akutní císařský řez podstoupilo 34 z dotazovaných, což činí 13,5 %. Jako důvod byly uvedeny nedostatečně otevřené porodní cesty a pupeční šňůra omotaná kolem krku dítěte.

Hodnocení otázky č. 12: Jak vzpomínáte na svůj porod?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Jako na hrozný životní zážitek	64	25,5%
Jako na běžnou součást života	86	34,3%
Jako na nejkrásnější zážitek svého života	84	33,5%
Jiná odpověď – prosím doplňte	17	6,8%

Tab. 12



Graf 12

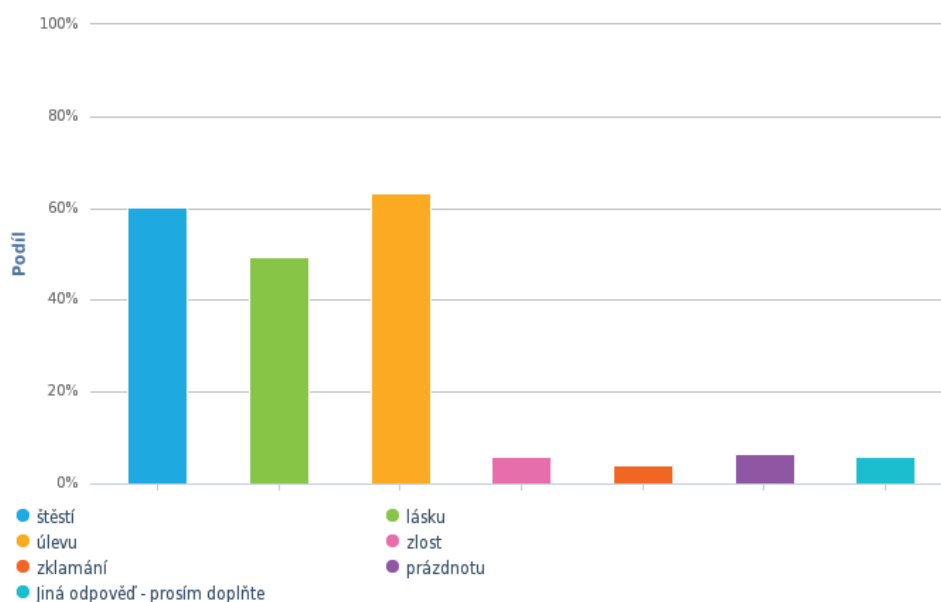
Tato životní událost je velice silná. Každý ji prožívá jinak a nemusí to být pro něj zrovna ten nejkrásnější zážitek. Záleží na různých aspektech, které porod mohou ovlivnit, jako jsou např. citové rozpoložení rodičky, zdravotní stav matky i dítěte, celkové vnímání události, citlivost k bolesti, podpora partnera či rodiny atd. I z odpovědí a ná-

sledného grafu je zřejmé, že nepřesahuje pouze jedna možnost, ale naopak, že jsou odpovědi v celku vyrovnané. Jako na nejkrásnější životní zážitek vzpomíná na porod 33,5% žen. Porod jako běžnou součást života uvedlo 34,3 % žen a hrozný životní zážitek popisuje 25,5 % . 17 žen zvolilo možnost jiné odpovědi, kde se pak nejčastěji vyskytly odpovědi typu velmi rychlý a velká bolest, poté ohromná radost.

Hodnocení otázky č. 13: Jaký jste měla pocit, když jste poprvé spatřila své dítě?
Možnost uvést více odpovědí.

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Štěstí	151	60,2%
Lásku	124	49,4%
Úlevu	159	63,3%
Zlost	15	6,0%
Zklamání	10	4,0%
Prázdnotu	16	6,4%
Jiná odpověď – prosím doplňte	15	6,0%

Tab. 13



Graf 13

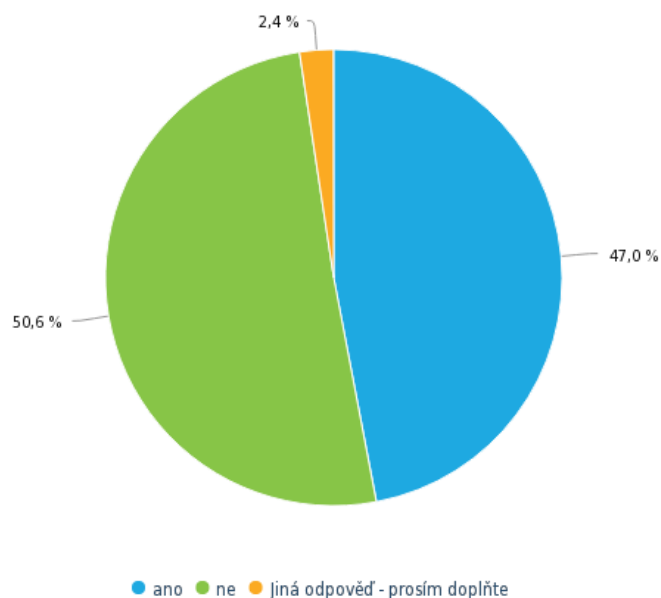
Po porodu žena prožívá směs emocí, které ovlivňuje samozřejmě, jak už bylo zmíněno v předešlé otázce, mnoho různých skutečností. Může jít mimo již zmíněné například o chování personálu, pohlaví dítěte, případné postižení atd. Z grafu je patrná převaha kladných pocitů, ke kterým se řadí úleva v 63,3%, štěstí v 60,2% a láska ve 49,4%. Mů-

žeme si povšimnout, že stejně jako jsou vyrovnány kladné pocity, jsou vyrovnané i pocity záporné s prázdnotou na prvním místě (6,4%), v těsném závěsu pak stojí zlost (6%) a zklamání (4%). I v možnosti jiná odpověď se objevovaly pouze záporné pocity a to především zlost na personál, odpor a strach, co bude dál.

Hodnocení otázky č. 14: Prošla jste si po porodu několikedenním plačtivým obdobím?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Ano	118	47,0%
Ne	127	50,6%
Jiná odpověď – prosím doplňte	6	2,4%

Tab. 14



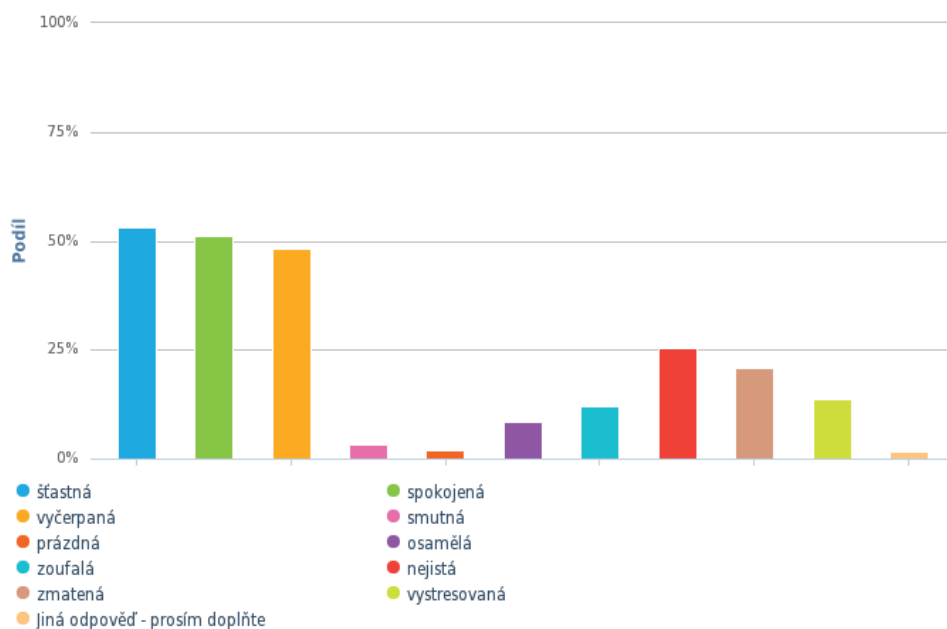
Graf 14

I u této otázky týkající se plačtivého období těsně po porodu lze pozorovat vyrovnanost odpovědí. Plačtivým obdobím prošlo 47 % žen, odpověď NE zvolila více než polovina dotazovaných tedy 50,6 %.

Hodnocení otázky č. 15: Jak jste se cítila po příchodu domů z porodnice? Možnost uvést více odpovědí.

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Šťastná	133	53,0%
Spokojená	128	51,0%
Vyčerpaná	121	48,2%
Smutná	8	3,2%
Prázdná	5	2,0%
Osamělá	21	8,4%
Zoufalá	30	12,0%
Nejistá	52	20,7%
Zmatená	36	14,3%
Vystresovaná	34	13,5%
Jiná odpověď – prosím doplňte	4	1,6%

Tab. 15



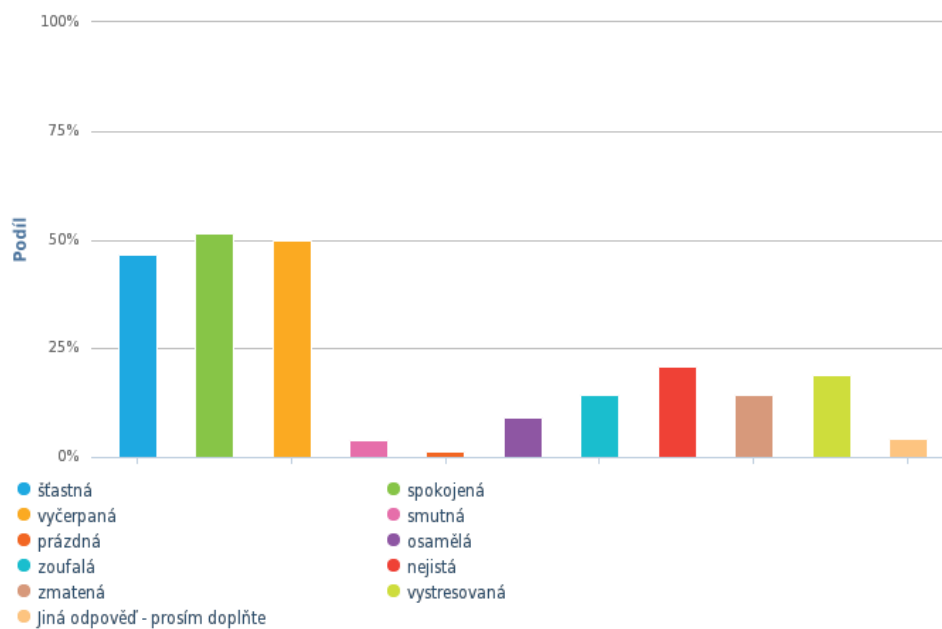
Graf 15

Z tabulky lze vypořádat převahu kladných odpovědí. Nejčastěji byla označena možnost šťastná (53,0 %). Hned za ní, na místě druhém, se objevuje odpověď spokojená (51,0 %). Vyčerpaně se cítilo 121 žen, což činí 48,2%. Nejistotou trpělo 20,7% dotazovaných. Možnosti zmatená (14,3 %), vystresovaná (13,5 %), a zoufalá (12,0 %) se v odpovědích velice přiblížily. Ženy, které označily možnost osamělá (8,4 %) nebyly během těhotenství ani v době šestinedělí podporovány partnerem, či jinou blízkou osobou. Nejméně žen zvolilo odpověď smutná (3,2 %) a prázdná (2,0 %). U všech těchto žen se také objevila poporodní deprese.

Hodnocení otázky č. 16: Jak jste se cítila po 2 týdnech doma po návratu z porodnice? Možno uvést více odpovědí.

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Šťastná	117	46,6%
Spokojená	129	51,4%
Vyčerpaná	125	49,8%
Smutná	10	4,0%
Prázdná	3	1,2%
Osamělá	23	9,2%
Zoufalá	36	14,3%
Nejistá	52	20,7%
Zmatená	36	14,3%
Vystresovaná	47	18,7%
Jiná odpověď – prosím doplňte	11	4,4%

Tab. 16



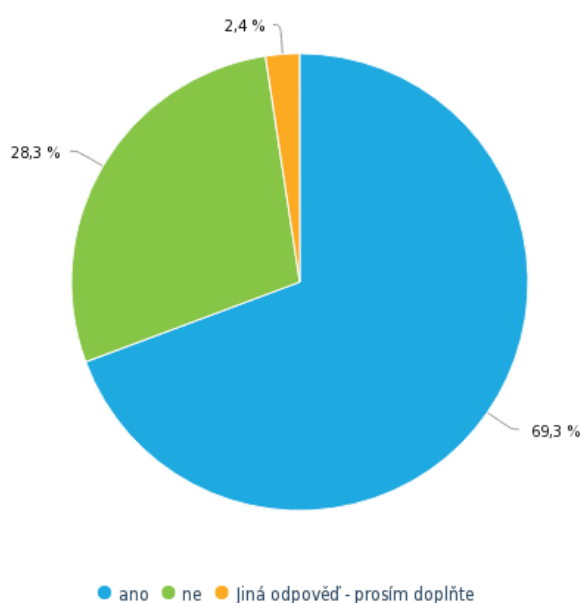
Graf 16

Odpovědi se velice přiblížily odpovědím na předešlou otázku. Můžeme zde pozorovat jen nepatrné odchylky. Stále vedou kladné pocity jako je štěstí, které ovšem oproti předešlé otázce pokleslo (46,0 %) a spokojenost (51,4 %). Zde je vidět rozdíl pouze jedné odpovědi. Po dvou týdnech doma pozorujeme jen o tři vyčerpané ženy více než po příchodu z porodnice. Mírný nárůst je vidět v položce zoufalá (14,3 %). I možnosti nejistá (20,7 %) a zmatená (14,3 %) se téměř shodují s předešlými odpověďmi. Posun je však vidět u možnosti vystresovaná, kde tuto položku zahrlo o třináct žen více, tedy 18,7%, než v otázce, která se týkala psychiky ženy těsně po příchodu domů z porodnice. V možnosti jiná odpověď se pak všechny ženy shodly, že měly negativní pocity, které pramenily ze špatného zdravotního stavu matky.

Hodnocení otázky č. 17: Podporoval Vás a pomáhal Vám v šestinedělí partner?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Ano	174	69,3%
Ne	71	28,3%
Jiná odpověď – prosím doplňte	6	2,4%

Tab. 17



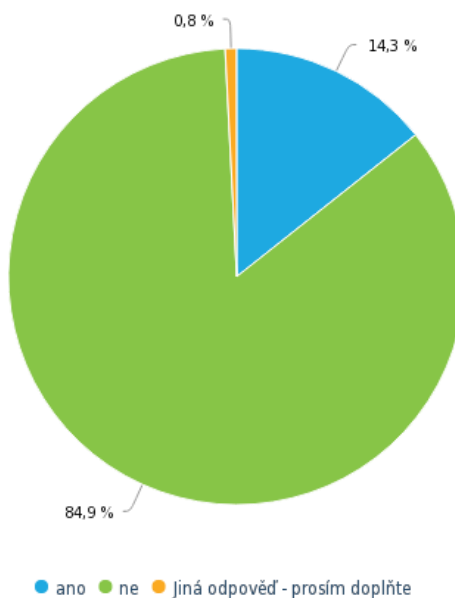
Graf 17

Podpora matky je důležitá jak už v době těhotenství, tak v době po porodu, kdy bývá žena unavená, učí se o dítě pečovat a celkově si zvyká na novou roli, tedy na roli matky. Zvláště podpora partnera, s kterým tvoří rodinu, je velice důležitá nejen pro posílení a utvrzení rodičovství, ale také pro psychiku matky a dítěte, jež je hlavně v tomto období na matce závislé, takže se veškerá nepohoda může promítnout i do jeho psychického stavu například formou deprivace. Většina žen (69,3 %) uvedla, že je partner nějakým způsobem podporoval a pomáhal jim. Avšak ani 28,3% které značí, že partner ženu nepodporoval, není zanedbatelné číslo. V ostatních případech dotazované uvedly, že je partner v době šestinedělí opustil.

Hodnocení otázky č. 18: Byla Vám během půl roku po porodu diagnostikována poporodní deprese?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Ano	36	14,3%
Ne	213	84,9%
Jiná odpověď – prosím doplňte	2	0,8%

Tab. 18



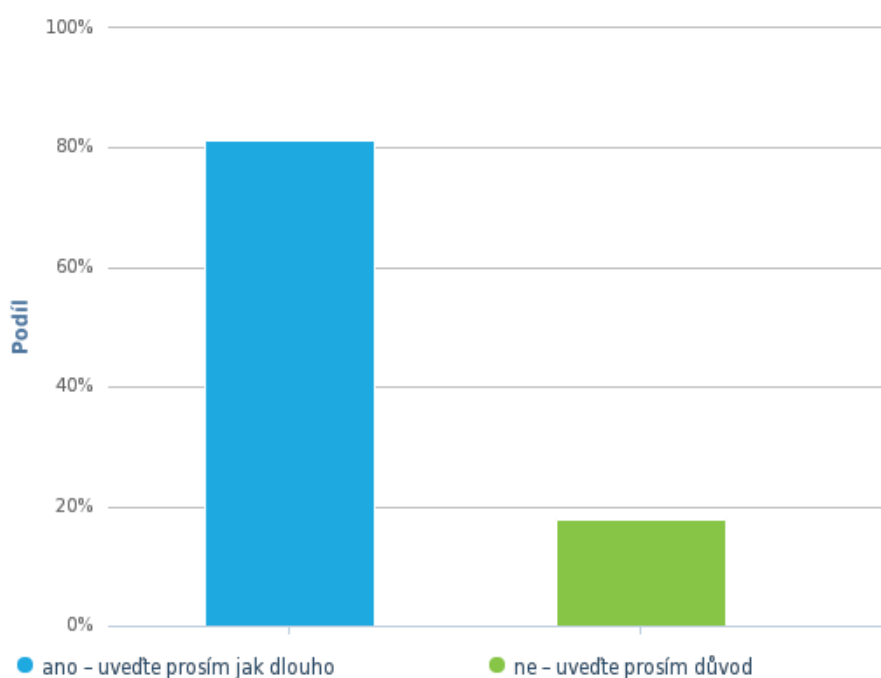
Graf 18

Po porodu ženu provází silné hormonální změny, které s sebou mohou přinést nejen radostné chvíle ale naopak i různé potíže ve formě nervozity, smutku či náladovosti, pocit neschopnosti atd. Ve většině případů tyto pocity pár dní po porodu odezní. U některých matek však tyto potíže trvají i několik týdnů až měsíců. Tehdy je třeba se zamyslet nad tím, zdali se nejedná o rozvoj poporodní deprese. Je to velice závažný stav, který se může projevit také odmítáním dítěte, což pak může mít negativní vliv na jeho další vývoj. Proto je tato důležitá otázka zahrnuta i v mém dotazníku, dle něhož poporodní depresí trpělo 14,3% dotazovaných, což je podle zkoumaného vzorku téměř každá sedmá žena.

Hodnocení otázky č. 19: Kojila jste (nebo stále kojíte) své dítě?

Možnost odpovědi	Responsí	Podíl
Ano – uveďte prosím jak dlouho	206	82,1%
Ne – uveďte prosím důvod	45	17,9%

Tab. 19



Graf 19

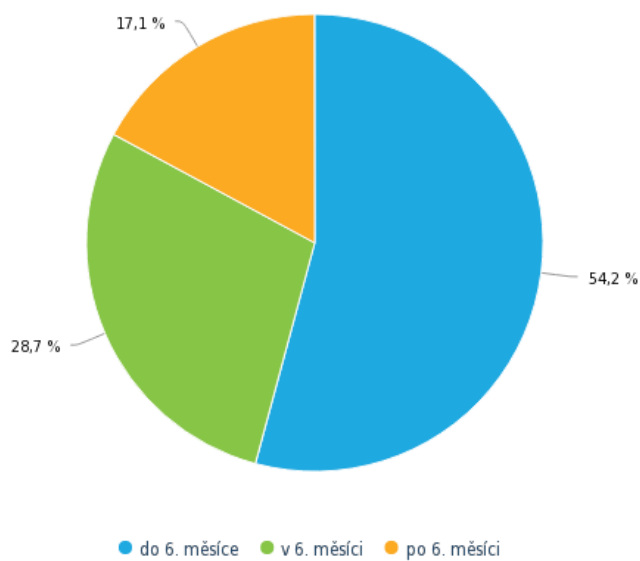
Kojení je pro vývoj dítěte velice důležité. Nejen že díky kojení dítě získává potřebnou výživu. Mateřské mléko také pomáhá při tvorbě jeho imunitního systému a tím snižuje riziko některých nemocí. Ne vždy však matka může své dítě kojit, v některých případech tomu brání různé důvody. Tyto důvody matky uvedly v odpovědích v případě varianty NE, kterou zvolilo 45 žen z dotazovaných. Kojit ženy nemohly nejčastěji z důvodu nedostatečného množství mateřského mléka, alergie dítěte na mléko anebo proto, že nechtěly. Kladně odpovědělo 82,1 % žen a délka kojení se nejčastěji pohybo-

vala kolem 12 měsíců. Objevily se však i případy kdy matka kojila do tří let dítěte a také případy, kdy kojila jen 14 dní. Tyto odpovědi však byly méně časté.

Hodnocení otázky č. 20: Vaše dítě se obrátilo na bříško:

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Do 6. měsíce	136	54,2%
V 6. měsíci	72	28,7%
Po 6. měsíci	43	17,1%

Tab. 20



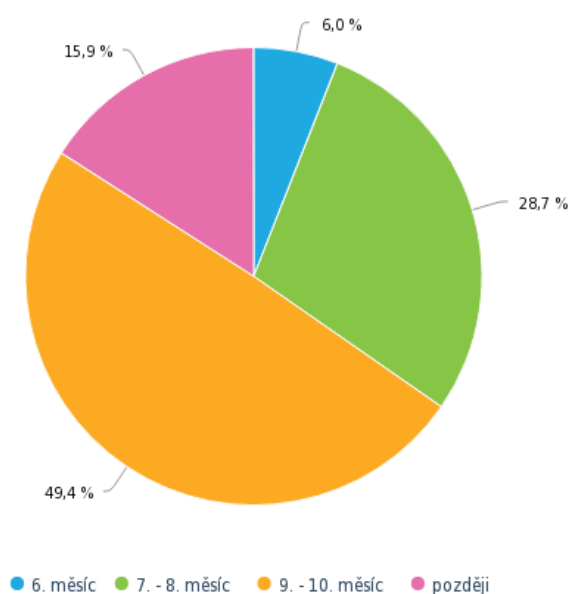
Graf 20

V této otázce se již posouváme k samotnému vývoji dítěte a to k těm nejdůležitějším mezníkům které se uvádějí téměř v každé literatuře či škále hodnotící vývoj dítěte. V 54,2 % se dítě obrátilo na bříško do 6 měsíce věku. Šestý měsíc uvedlo 28,7 % žen. Po šestém měsíci se na bříško otočilo 17,1 % dětí.

Hodnocení otázky č. 21: Kdy se Vaše dítě samo poprvé postavilo?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
6. měsíc	15	6,0%
7. -8. měsíc	72	28,7%
9. -10. měsíc	124	49,4%
Později	40	15,9%

Tab. 21



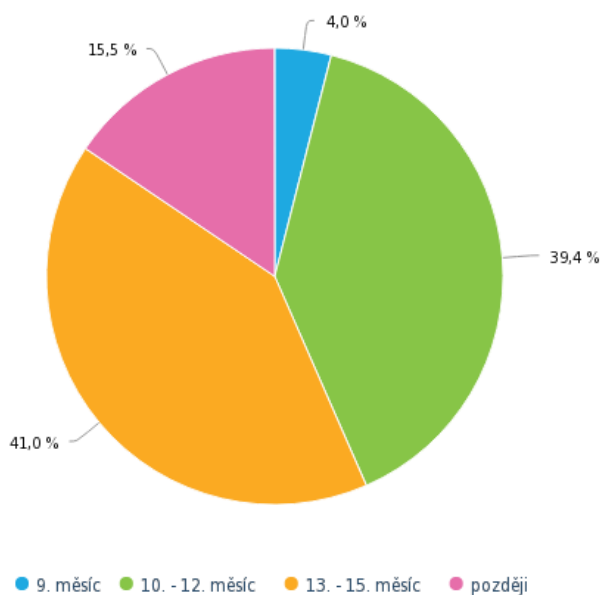
Graf 21

Zde můžeme pozorovat jasnou převahu období 9. -10. měsíce, které bylo označeno ve 124 případech, což činí 49,4%. Ani 7. -8. měsíc však není označen jen v zanedbatelném množství. Tuto možnost zvolilo 28,7% žen. Odpověď později označilo 40 žen (15,9 %). Patnáct respondentek uvedlo, že jejich dítě se poprvé na nohy začalo stavět v 6. měsíci. Pugnerová (2008) uvádí, že dítě se poprvé začne stavět na nohy kolem 9. měsíce věku. Jedná se tedy o velmi předčasný vývoj dítěte, nebo si matky tuto informaci vybavily zkresleně.

Hodnocení otázky č. 22: Kdy Vaše dítě začalo chodit samostatně (bez opory)?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
9. měsíc	10	4,0%
10. -12. měsíc	99	39,4%
13. -15. měsíc	103	41,0%
Později	39	15,5%

Tab. 22



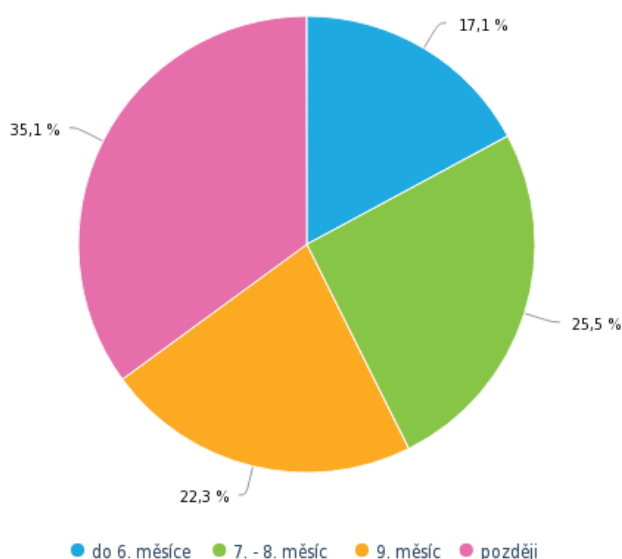
Graf 22

Dobu, kdy dítě začíná chodit samostatně bez opory, uvádí literatura nejčastěji mezi 12. -15. měsícem. Tyto odpovědi byly také v dotazníku označeny nejčastěji. 41,0 % žen uvedlo, že bez opory začalo jejich dítě chodit mezi 13. - 15. měsícem. V těsném závěsu (39,4 %) s rozdílem pouhých čtyř odpovědí pak stojí možnost 10. - 12. měsíc. Opoždění lze registrovat u 15,5 % dětí. Naopak jistý předčasný vývoj sledujeme u 4,0 % dětí.

Hodnocení otázky č. 23: Kdy Vaše dítě projevilo poprvé úzkost, když jste odešla?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Do 6. měsíce	43	17,1%
7. -8. měsíc	64	25,5%
9. měsíc	56	22,3%
Později	88	35,1%

Tab. 23



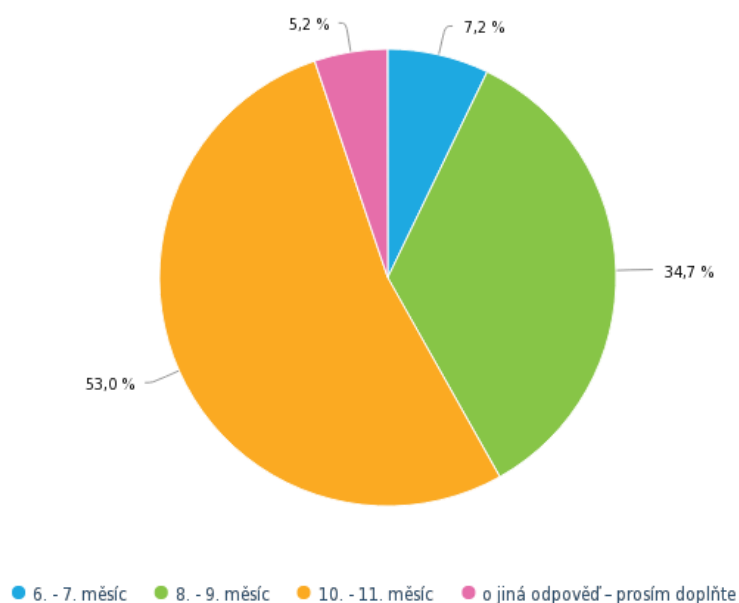
Graf 23

Výsledky této otázky jsou překvapující. Separační úzkost je dle Pugnerové (2008) patrna od 7. měsíce. Tuto možnost však zvolilo jen 25,5 % dotazovaných. V počtu odpovědí se jí přiblížila také možnost odpovědi 9. měsíc, která byla označena v 56 případech, což činí 22,3 %. Nejvíce respondentek (35,1 %) uvedlo možnost později, což může značit v některých případech jisté opoždění ve vývoji dítěte, avšak je možné, že dítě nebylo dříve vystaveno situaci, která by separační úzkost vyvolala. Opakem této odpovědi pak bylo uvedení možnosti do 6. měsíce, kterou zvolilo 17,1 % žen.

Hodnocení otázky č. 24: Kdy Vaše dítě začalo opakovat slabiky?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
6. -7. měsíc	18	7,2%
8. -9. měsíc	87	34,7%
10. -11. měsíc	133	53,0%
Jiná odpověď – prosím doplňte	13	5,2%

Tab. 24



Graf 24

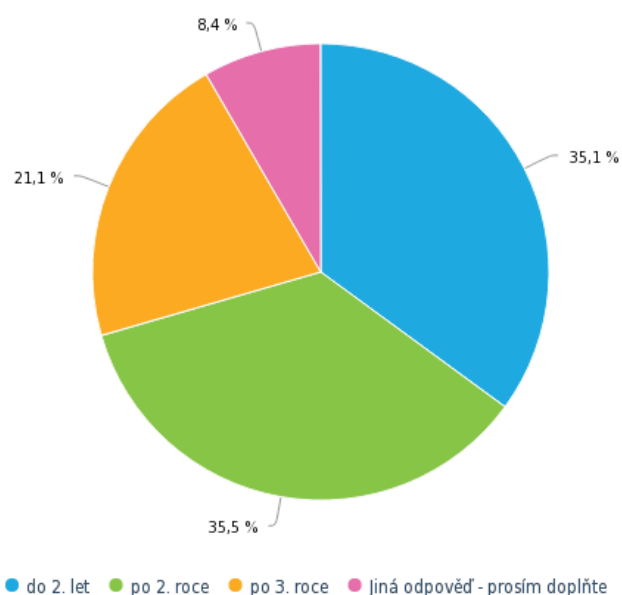
Od 6. do 7. měsíce dítě začíná žvatlat, tvoří některé jednodušší slabiky (př. da-da). Potřebuje určitý kontakt, zpětnou vazbu, na kterou reaguje. Aniž bychom si to uvědomovali, používáme jeho žvatlavé projevy, které se po nás často snaží opakovat. Tato doba je tedy pro vývoj řeči velice důležitá. V odpovědích na tuto otázku lze pozorovat, že více než polovina žen (53,0 %) uvádí 10. - 11. měsíc, což může značit opožděný vývoj. Avšak je možné, že matky zaregistrovaly opakování slabik až s jejich porozuměním, které probíhá kolem devátého měsíce (př. pá-pá). Druhou nejčastější odpovědí

(34,7 %) byla možnost 8. -9. měsíc. K šestému měsíci se přiblížilo pouze 7,2 %.
V těsném závěsu stojí možnost později, která byla doplněna ve 13 případech (5,2 %).

Hodnocení otázky č. 25: Kdy Vaše dítě svázalo 1. samostatnou větu?

Možnosti odpovědí	Responsí	Podíl
Do 2. let	88	35,1%
Po 2. roce	89	35,5%
Po 3. roce	53	21,1%
Jiná odpověď – prosím doplňte	21	8,4%

Tab. 25



Graf 25

Velký pokrok v rozvoji řeči lze zaznamenat v průběhu batolecího období. Patří sem mimo jiné i svázání první samostatné věty, které se nejčastěji objevuje kolem druhého roku. Jak můžeme vypočítat z grafu, první dvě možnosti jsou v počtu odpovědí téměř shodné. Do 2. roku věku svázalo první větu 88 dětí, tedy 35,1%. Po druhém roce to bylo 89 dětí, 35,5%. Mírné opoždění sledujeme u 21,1% dětí, které první větu svázaly po třetím roce. Ostatní respondenty (8,4%) uvedly, že jejich dítě stále nemluví z důvodu postižení.

4.6 Diskuze

Výzkumná otázka č. 1: Kolik procent dětí vykazovalo určité zpoždění v psychomotorickém vývoji?

K této otázce se vztahují dotazníkové položky č. 20-25. Z 251 dotazníků se neobjevil žádný problém pouze u 68 dětí. U zbývajících 183 dětí se vyskytl minimálně jeden problém v jejich psychomotorickém vývoji, což činí 72,9 % z celkového počtu dotazovaných. Nejčastěji se opoždění objevovalo v projevení úzkosti a dále pak u opakování slabik.

Výzkumná otázka č. 2: Kolik procent žen vykazovalo problémy ve svém psychickém prožívání? Měly tyto problémy vliv na jejich děti?

Pro hodnocení této otázky byly vybrány následující položky – emoční porucha, plačtivé období a poporodní deprese. U 134 žen, což činí 53,39 %, byl uveden minimálně jeden problém v jejich psychickém prožívání. 117 žen neuvedlo problém žádný. Nejčastěji bylo dotazovanými uváděno plačtivé období a to ve 118 případech. Negativní vliv na vývoj dětí byl zaznamenán především u žen, které uváděly emoční poruchu či poporodní depresi.

Výzkumná otázka č. 3: Má nechtěné těhotenství vliv na psychomotorický vývoj dítěte?

K této výzkumné otázce se vztahuje v dotazníkovém šetření položka č. 1. Nechtěné těhotenství bylo označeno ve 32 případech, což činí celkem 12,8 % z celkového počtu dotazovaných. V 28 případech matky u otázky týkající se vývoje dítěte označily více než jednou určité opoždění ve vývoji jejich dítěte. Z výzkumu je tedy pravděpodobné, že nechtěné těhotenství může mít negativní vliv na vývoj dítěte.

Výzkumná otázka č. 4: V které části těhotenství zažívají ženy největší strach?

Cílem této otázky, která se vztahuje v dotazníku k položce č. 2, bylo zjistit, zda ženy v určité části těhotenství zažívají větší strach než v jiné. Z údajů získaných šetřením vyplývá, že nejvíce žen pociťovalo strach v prvním trimestru a to 15,1 %.

Výzkumná otázka č. 5: Čeho se ženy během těhotenství nejvíce bojí?

K zodpovězení této otázky byly využity informace z dotazníkové položky č. 3. Nejčastější obava, která se zde vyskytuje, je strach, že bude dítě mít vrozenou vadu, nebo bude nemocné. Tuto možnost zvolilo celkem 49,8 %. Druhou nejčastější obavou pak byl strach, že matka o dítě přijde. Takto odpovědělo celkem 42,6 % dotazovaných žen.

Výzkumná otázka č. 6: Kolik žen navazuje vztah s dítětem již v době těhotenství (povídání, oslovení jménem)?

Tato otázka měla za cíl zjistit, zda ženy navazují určitý vztah s dítětem již v době těhotenství a to formou povídání či oslovení jménem. Odpověď jsem hledala v dotazníkovém šetření pod položkami s číslem 4 a 5. U povídání s dítětem jasně převládá kladná možnost, tedy ANO. Tuto odpověď zvolily téměř tři čtvrtiny dotazovaných, celkem tedy 74,5 %. U oslovení jménem však již lze zaznamenat určitý pokles. V těhotenství dítě oslovovalo jménem 40,6 % žen.

Výzkumná otázka č. 7: Kolika ženám byla v těhotenství diagnostikována nějaká emoční porucha?

Cílem otázky bylo zjistit, kolik žen v těhotenství trpělo nějakou emoční poruchou. Zde lze najít odpověď v dotazníkovém šetření pod položkou č. 7. Možnost ANO zvolilo 10,4 % žen. Nejčastější odpovědí pak byla úzkostná porucha a fobie především pak z mužů, bolesti a celkově ze všech lidí.

Výzkumná otázka č. 8: Jaké pocity měly ženy v okamžiku, kdy poprvé spatřily své dítě?

K této otázce jsem hledala odpověď v položce č. 13. Nejvíce matek uvedlo při prvním spatření dítěte úlevu (63,3 %), štěstí (60,2 %) a lásku (49,4 %). Pocit prázdnoty zažilo 6,4 % žen. K tomuto číslu se také přiblížila procentuálně zlost, kterou uvedlo 6,0% dotazovaných. Na posledním místě bylo uvedeno zklamání (4 %). Některé ženy zvolily možnost jiné odpovědi, kde se však objevovaly jen negativní pocity a to především zlost na personál, odpor k dítěti a obava, co bude dál. I přesto lze pozorovat převahu kladných pocitů.

Výzkumná otázka č. 9: Byly jejich pocity ovlivněny tím, jakým způsobem porod proběhl?

Odpověď na tuto otázku byla získána z položek č. 11 a č. 13. Klasickým porodem prošlo 190 (75,7 %) dotazovaných. U těchto žen se objevily negativní pocity pouze v deseti případech a to u devíti z nich v případě bez epidurální anestezie a v jednom případě s epidurální anestézií. Ostatní negativní pocity se objevily u žen, které prodělaly ať už plánovaný nebo akutní císařský řez. U plánovaného císařského řezu (8,4 %), který byl nejčastěji z důvodu špatné polohy plodu či z důvodu příliš velkého dítěte a drobné postavy matky, převažovala odpověď – zlost na personál a zklamání. U akutního císařského řezu (13,5 %), který byl důsledkem nejčastěji nedostatečně otevřených porodních cest a omotané pupeční šňůry kolem krku dítěte, jasně vedly odpovědi jako prázdnota, odpor a obava, co bude dál. Tyto odpovědi uvedlo celkem 20 žen z 34. Z uvedeného lze vypožorovat, že ženy, které prožily klasický porod, ať už S nebo BEZ epidurální anestezie, prožívají kladné pocity ve větší míře než ženy, které prodělaly císařský řez.

Výzkumná otázka č. 10: Kolik žen prožilo po porodu několikadenní plačtivé období?

K plačtivému období ženy po porodu se vztahuje položka č. 14. Dle uvedených výsledků plačtivým obdobím prošlo celkem 118 žen, což činí bezmála polovinu z dotazovaných, tedy 47,0 %.

Výzkumná otázka č. 11: Jaké pocity se nejvíce objevují u žen po příchodu s dítětem z porodnice domů?

Pocity, které ženy zažívaly po příchodu domů z porodnice, znázorňuje v dotazníkovém šetření položka č. 15. Velkou převahu nad ostatními mají pouze tři možnosti a to šťastná (53,0 %), spokojená (51,0 %) a vyčerpaná (48,2 %). Z dalších pocitů byly častější nejistá (20,7 %) a zmatená (14,3 %).

Výzkumná otázka č. 12: Jaké pocity se nejvíce objevují u žen po dvou týdnech doma po návratu z porodnice?

V odpovědích na tuto otázku se vyskytují jen nepatrné rozdíly oproti otázce předchozí, jak můžeme vypožorovat z položky č. 16. Opět s velkou převahou vedou pocity spokojená (51,4 %), na druhém místě vyčerpaná (49,8 %) a na místě třetím šťastná (46,6

%). Mezi další pocity, které byly označeny častěji, než ostatní patří nejistá (20,7 %) a vystresovaná (18,7 %).

Výzkumná otázka č. 13: Souvisí tyto jejich pocity s pomocí a podporou ze strany partnera, rodiny nebo jiných blízkých osob?

Podpora ženy v těhotenství je zkoumána v dotazníku v otázce č. 8 a otázce č. 9. Rozdíl mezi odpověďmi je opět jen velice nepatrný. Partner ženu podporoval ve 183 případech, což činí 72,9 % . Téměř shodně (72,1 %) odpověděly ženy i u podpory ze strany rodiny či blízkých osob. Ženy, které byly během těhotenství podporovány, vykazovaly jen v 20 případech některé negativní pocity, k nimž se řadila především nejistota, zmatenost a v některých případech stres nebo negativní pocity, které pramenily ze špatného zdravotního stavu matky. Naopak ženy s nedostatečnou podporou ze strany partnera označovaly ve většině případů stejnou nedostatečnou podporu i ze strany rodiny či jiných blízkých osob. Tyto ženy se pak také častěji cítily osamělé, zoufalé, nejisté, zmatené a vystresované.

Výzkumná otázka č. 14: Kolika ženám byla během půl roku po porodu diagnostikována poporodní deprese?

Poporodní depresí se zabývá otázka č. 18. Tu potvrdilo celkem 36 žen (14,3 %). U 25 z těchto žen bylo zaznamenáno také určité opoždění ve vývoji jejich dítěte.

Výzkumná otázka č. 15: Kolik žen nekojilo své dítě a z jakého důvodu?

Své dítě nekojilo 17,9 % dotazovaných. Nejčastějším důvodem pro nekojení bylo nedostatečné množství mléka či úplná absence tvorby mléka, dále pak alergie dítěte na mléko a v posledním případě bylo uvedeno, že matka kojit nechtěla.

Závěr

Tato diplomová práce se zabývala především problematikou emocionálního prožívání ženy po porodu a jeho vlivem na vývoj dítěte do tří let. Snažila se shrnout a přiblížit základní témata týkající se této problematiky. Jsou to především emoce a emocionální prožívání ženy a dále pak vývoj dítěte do 3 let věku.

K vypracování byly použity dva základní zdroje. V první řadě odborná literatura, která byla pro tvorbu práce stěžejní. V druhém případě to byly internetové zdroje, ty však byly spíše doplňkové. Teoretická část obsahuje tři hlavní kapitoly, které s daným tématem úzce souvisí. Nebylo však možné opomenout ani vliv těhotenství, porodu a pozdějšího vztahu mezi matkou a dítětem.

Základ praktické části tvoří dotazník. Jeho prostřednictvím byly získány potřebné informace celkem od 251 respondentek. Tyto byly osloveny náhodně a to prostřednictvím internetového programu SURVIO a v druhé řadě prostřednictvím tištěné podoby, která byla k dispozici v pěti mateřských školách různého typu, jež s výzkumem souhlasily. Zde byl dotazník k dispozici především v šatnách dětí, kde si jej matky mohly libovolně brát a následně vracet do schránky k tomu určené, aby tak byla dodržena anonymita dotazníku. V závěru práce jsou hledány odpovědi na podrobné výzkumné otázky pomocí metody dotazníkového šetření.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, kolik procent žen vykazovalo určité problémy v psychickém prožívání a zda tyto problémy měly vliv na vývoj jejich dětí. Z celkového počtu dotazovaných měla určitý problém v psychickém prožívání více než polovina žen, což je poměrně vysoké číslo. Nejčastěji ženy procházely po porodu plačtivým obdobím. Na základě vyhodnocení jednotlivých dotazníků lze s jistotou říci, že negativní vliv na vývoj dětí byl zaznamenán především u žen, které uváděly emoční poruchu či poporodní depresi. Děti těchto žen vykazovaly opoždění u více než tří položek týkajících se vývoje, uvedených v dotazníku.

Diplomovou prací jsem chtěla poukázat na důležitost této opomíjené problematiky jako je psychika matky a zároveň docílit toho, aby se tyto negativní psychické problémy zachytily včas a neměly tak možnost negativně ovlivnit vývoj dítěte. Práce by tedy mohla sloužit jak pro zdravotnický personál, který je většinou jako první v bezprostřední blízkosti matky hned po porodu, tak pro různé porodní kurzy, publikace pro matky, atd. které by napomohly včasnému odhalení těchto problémů.

Literatura

ATKINSON, R.. et al *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., V Portálu první. Praha: Portál, 2003, xxiii, 751 s. ISBN 80-717-8640-3.

BAMBASOVÁ, J. *Odcházíte z porodnice*, 2009. In: Lékař přítelem: Speciál pro maminky. V. vydání. Břeclav: ADAMIRA.

BOZOKY, I. a E. J. CORWIN. Fatigue as a Predictor of Postpartum Depression. *Birth Doula Services North Orange County* [online]. Převzato z: JOGNN 31/4. [cit. 2014-07-11]. Dostupné z: http://www.unfoldbirthservices.com/uploads/1/2/7/7/12776207/fatigue_predictor_ppd.pdf.

BRISCH, K. *Poruchy vztahové vazby: Od teorie k terapii*. Vydání první. Praha: Portál, 2011, 311 s. Spektrum (Portál). ISBN 978-807-3678-708.

FÜRST, M. *Psychologie: Včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. Olomouc: Votobia, 1997, 263 s. ISBN 80-719-8199-0.

GEISEL, E. *Slzy po porodu: Jak překonat depresivní nálady*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004, 253 s. ISBN 80-863-5632-9.

HOSKOVCOVÁ, S. a SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, L. *Výchova k psychické odolnosti dítěte: Silní pro život*. Vydání 1. Praha: Grada, 2009, 218 s. Pro rodiče. ISBN 978-802-4722-061.

JANOV, A. *Prvotní otisky a jejich vliv na život člověka*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Maitrea, 2012, 430 s. ISBN 978-80-87249-28-4.

KERN, H et al., *Přehled psychologie*. Vydání druhé, opravené. Praha: Portál, 2000, 287 s. ISBN 80-717-8426-5.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2013, 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

MAREK, V. *Nová doba porodní: Život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Praha: Eminent, 2002, 260 s. ISBN 80-728-1090-1.

MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: Normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa, základní duševní potřeby dítěte, dítě a lidský svět*. Vydání 1. Praha: Grada, 2005, 182 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0870-1.

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozšířené vydání. Praha: Academia, 1997, 437 p. ISBN 80-200-0625-7.

NAKONEČNÝ, M. *Emoce*. Vydání 1. Praha: Triton, 2012 501 s. ISBN 978-807-3876-142.

NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, 147 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9938-1.

Postnatal Anxiety and Depression: What Dads and Mums need to know. In: *Department of Health - Government of Western Australia* [online]. 2012 [cit. 2014-07-11]. Dostupné z:

http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/womens_health/HP3073_pnatal_depression.pdf.

Postnatal depression – the impact for women and children and interventions to enhance themother-infant relationship. *Perspective - NCT' s journal on preparing parents for birth and early parenthood* [online] 2011, [cit. 2014-07-11]. Dostupné z: http://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/Tsivos%20et%20al.%20Postnatal%20depression%2016-20_0.pdf.

POUTHAS, V., JOUEN, F. *Psychologie novorozence: Chování nejmenšího dítěte a jeho poznávání*. Vydání 1. Praha: Grada, 2000, 285 s. Psyché. ISBN 80-716-9960-8.

PROVAZNÍK, V. et al., *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada, 2000, 226 s. Manažer (Grada) ISBN 80-247-0470-6.

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

RYMEŠOVÁ, P. a CHAMOUTOVÁ, K. *Průvodce psychologii osobnosti a sociální psychologii pro distanční studium*. Vydání první. Praha: ČZU PEF Praha ve vydavatelství Credit, 2001, 180 s. ISBN 978-80-213-0814-5.

STERN, D. *První vztah: Matka a kojenec*. Praha: Dobra, 2007, 175 s. ISBN 978-80-86459-54-7.

STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2007, 227 s. ISBN 978-807-3672-829.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Vydání druhé. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 175 s. ISBN 9788024421414.

ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. Vydání první. Praha: Karolinum, 2004 247 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze, 4. ISBN 80-246-0877-4.

VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. Vydání deváté. : Maxdorf, 2009, 1159 s. ISBN 8073452022

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Veronika Vondráčková
Katedra:	KPS
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, PhD.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Vliv emocionality ženy po porodu na vývoj dítěte do tří let
Název v angličtině:	The influence of womenemotionality after the birth on the development of a child under 3 years
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá především problematikou emocionálního prožívání ženy po porodu a jeho vlivem na vývoj dítěte do tří let. Snaží se shrnout a přiblížit základní témata této problematiky, které jsou především emoce a emocionální prožívání ženy a dále pak vývoj dítěte do 3 let věku. Nebylo však možné opomenout ani vliv těhotenství, porodu a pozdějšího vztahu mezi matkou a dítětem. V závěru práce jsou hledány odpovědi na podrobné výzkumné otázky pomocí metody dotazníkového šetření.
Klíčová slova:	Emoce, žena, psychosomatika, emoční poruchy, těhotenství, porod, šestinedělí, vývoj dítěte

Anotace v angličtině:	The main topic of this dissertaion is the issue of emotional experience of women after the birth and the influence of child development under 3 years The specific aim of the thesis is to summarise and describe the main topics, mainly emotional experiences of women and farther away the development of children under 3 years . The influence of pregnancy, birth and future relationship between the mother and her child could not be ignored. The answers to detailed research study are seeking by means of questionnaires Solutions in the end of this issue.
Klíčová slova v angličtině:	Emotion, women, psychosomatic, emotional disturbance, pregnancy, childbed, development of the child
Přílohy vázané v práci:	Dotazník, slovník
Rozsah práce:	98
Jazyk práce:	CZ

Seznam příloh

1. Dotazník
2. Slovník

Dotazník

Informace a pokyny k dotazníku:

- Tento dotazník je zcela anonymní.
- Tento dotazník je určen ženám – matkám, které mají alespoň jedno dítě ve věkovém rozmezí 3-5 let. V případě, že jste absolvovala více porodů a všechny děti jsou ve věkovém rozmezí 3-5 let, můžete vyplnit více dotazníků – vždy však je třeba, aby se jeden dotazník týkal jen jednoho těhotenství, porodu, šestinedělí a dítěte.
- Pokud u otázky není uvedeno jinak, je možná pouze JEDNA ODPOVĚĎ.
- Pokud vyberete variantu „jiná odpověď“, napište prosím odpověď.
- Odpověď prosím označte zřetelně – nejlépe zaškrtnutím kolečka před příslušnou odpovědí.
- Odpovědi (u otázek požadujících Vaši vlastní odpověď) prosím vyplňujte nejlépe tiskacím písmem.
- Některé otázky a údaje v dotazníku mohou pro Vás být velmi citlivé, proto si velmi vážím Vaší spolupráce a Vašich upřímných odpovědí.

Děkuji za spolupráci.

Veronika Vondráčková

1. Vaše těhotenství bylo:

- plánované
- neplánované, ale chtěné
- nechtěné
- jiná odpověď – prosím doplňte:.....

2. Zažívala jste během těhotenství strach?

- ano, pravidelně po celé těhotenství
- ano, zejména v prvním trimestru
- ano, zejména v druhém trimestru
- ano, zejména ve třetím trimestru
- pouze výjimečně

- ☐ ne, vůbec
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

3. Čeho jste se během těhotenství nejvíce bála? Možno uvést více odpovědí.

- ☐ že přijdu o dítě
- ☐ že bude dítě mít vrozenou vadu nebo bude nemocné
- ☐ že budu špatná matka
- ☐ že budu tlustá
- ☐ bolesti při porodu
- ☐ všeho
- ☐ ničeho
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

4. Povídala jste si s miminkem již v době těhotenství?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

5. Oslovovala jste miminko v bříšku již jménem?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

6. Jak jste se připravovala na porod? Možno uvést více odpovědí.

- ☐ studovala jsem knihy
- ☐ chodila jsem na cvičení pro těhotné
- ☐ chodila jsem na předporodní kurzy
- ☐ nijak
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

7. Byla Vám v těhotenství zjištěna nějaká emoční porucha (např. úzkostná porucha, fobie apod.)?

- ano – prosím uveďte jaká:.....
- ne
- jiná odpověď – prosím doplňte:.....

8. Měla jste během těhotenství dostatečnou podporu ze strany partnera?

- ano
- ne
- jiná odpověď – prosím doplňte:.....

9. Měla jste během těhotenství dostatečnou podporu ze strany rodiny nebo jiné blízké osoby (mimo partnera)?

- ano
- ne
- jiná odpověď – prosím doplňte:.....

10. Bála jste se porodu?

- ano
- ne
- jiná odpověď – prosím doplňte:.....

11. Váš porod proběhl:

- jako normální (klasický) porod – prosím uveďte, zda S epidurální anestezií nebo BEZ epidurální anestezie:.....
- jako plánovaný císařský řez – prosím uveďte důvod:.....
- jako akutní císařský řez – prosím uveďte důvod:.....
- jiná odpověď – prosím doplňte:
.....

12. Jak vzpomínáte na svůj porod?

- ☐ jako na hrozný životní zážitek
- ☐ jako na běžnou součást života
- ☐ jako na nejkrásnější zážitek svého života
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

13. Jaký jste měla pocit, když jste poprvé spatřila své dítě? Možno uvést více odpovědí.

- ☐ štěstí
- ☐ lásku
- ☐ úlevu
- ☐ zlost
- ☐ zklamání
- ☐ prázdnotu
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

14. Prošla jste si po porodu několikadenním plačtivým obdobím?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

15. Jak jste se cítila po příchodu domů z porodnice? Možno uvést více odpovědí.

- ☐ šťastná
- ☐ spokojená
- ☐ vyčerpaná
- ☐ smutná
- ☐ prázdná
- ☐ osamělá
- ☐ zoufalá
- ☐ nejistá
- ☐ zmatená
- ☐ vystresovaná
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

16. Jak jste se cítila po 2 týdnech doma po návratu z porodnice? Možno uvést více odpovědí.

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ šťastná | ☐ osamělá |
| ☐ spokojená | ☐ zoufalá |
| ☐ vyčerpaná | ☐ nejistá |
| ☐ smutná | ☐ zmatená |
| ☐ prázdná | |
| ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:..... | |

17. Podporoval Vás a pomáhal Vám v šestinedělí partner?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

18. Byla Vám během půl roku po porodu diagnostikována poporodní deprese?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

19. Kojila jste (nebo stále kojíte) své dítě?

- ☐ ano – uveďte prosím jak dlouho:.....
- ☐ ne – uveďte prosím důvod:.....
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte:.....

20. Vaše dítě se obrátilo na břicho:

- ☐ do 6. měsíce
- ☐ v 6. měsíci
- ☐ po 6. Měsíci

21. Kdy se Vaše dítě samo poprvé postavilo?

- ☐ 6. - 7. měsíc
- ☐ 8. měsíc
- ☐ 9. - 10. měsíc
- ☐ Později

22. Kdy Vaše dítě začalo chodit samostatně (bez opory)?

- ☐ 9. měsíc
- ☐ 10. – 12. měsíc
- ☐ 13. – 15. měsíc
- ☐ později

23. Kdy Vaše dítě projevilo poprvé úzkost, když jste odešla?

- ☐ do 6. měsíce
- ☐ 7. - 8. měsíc
- ☐ 9. měsíc
- ☐ Později

24. Kdy Vaše dítě začalo opakovat slabiky?

- ☐ 6., 7. měsíc
- ☐ 8., 9. měsíc
- ☐ 10., 11. měsíc
- ☐ jiná odpověď – prosím doplňte

25. Kdy Vaše dítě svázalo 1. samostatnou větu?

- ☐ do 2. let
- ☐ po 2. roce
- ☐ po 3. roce

Slovník

ADAPTACE – přizpůsobení

AMNIOCENTÉZA – prenatální diagnostická metoda umožňující odhalení některých závažných poškození dítěte ještě před porodem

ANAMNÉZA – soubor údajů o prodělaných nemocích pacienta (a. osobní), rodičů a sourozenců (a. rodinná), o subjektivních potížích a sociálních a ekologických podmínkách

ANEMIE – onemocnění krve, též zvaná jako chudokrevnost

APATIE – netečnost, lhostejnost k vnějším podnětům

DIFERENCIACE – rozlišení

DIMENZE – rozměr, rozsah

DYSFAGIE – poruchy polykání

EPIDURÁLNÍ ANESTEZIE – způsob tlumení bolesti, kdy se do páteřního kanálu v bederní oblasti vpraví anestetikum

EXPLORACE – výzkum, terénní průzkum; vyhledávání nových informací, dat, souvislostí

GESTÓZA – potíže provázející těhotenství (zvracení, křeče, atd.)

GESTAČNÍ DIABETES – těhotenská cukrovka

HOSTILNÍ – nenávistný, nepřátelský

HYPOTHYROIDISM – snížená funkce štítné žlázy

INTERNALIZATION – zvnitřnění, osvojení, přijetí hodnoty, normy, myšlenky

INTERRUPTION – umělé přerušování těhotenství

NEURODERMATITIS – chronický zánět kůže, postihující jen ohraničená místa

NEUROHORMONAL – mající vztah jak k nervovému systému, tak k hormonům

PALPITATION – bušení srdce

PSYCHOSOMATICS – psychika ovlivňující fyzický proces nebo jev

SEPARATION – oddělování, odlučování, izolace

SCREENING – metoda vyhledávání časných forem nemocí nebo odchylek od normy v dané populaci

THYROIDITIS – onemocnění štítné žlázy

TRIMESTER – třetina těhotenství