

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2015**

**Alexandra Fialová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

**Alexandra Fialová**

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**KOJENÍ A PSYCHIKA**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Kateřině Ratislavové za její cenné rady, připomínky, trpělivost a odborné vedení celé bakalářské práce. Dále mé poděkování patří paní Heleně a paní Evě, bez kterých by výsledek mé práce nebyl možný. Též bych ráda poděkovala své rodině a především manželovi, který mne po celou dobu mého studia podporoval.

## **ANOTACE**

Příjmení a jméno: Alexandra Fialová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kojení a psychika

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová

Počet stran: číslované...75, nečíslované 16

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: kojení, prenatální psychologie, psychologie porodu, šestinedělí, a poporodního období, fyziologie kojení, psychologické aspekty kojení, vliv psychiky kojících matek na interakci s dítětem

Souhrn:

Bakalářská práce Kojení a psychika je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na psychologii ženy v době těhotenství a vliv průběhu těhotenství na budoucí život dítěte. Dále jsou zde zpracovány poznatky z prenatální psychologie, psychologie porodu, šestinedělí a poporodního období. Hlavním tématem teoretické části je problematika fyziologie kojení spolu s psychologickými aspekty kojení. V praktické části práce jsem použila kvalitativní výzkum. Zpracovala jsem dvě kazuistiky, ve kterých analyzuji především vliv psychosociálních podmínek na psychiku žen v době těhotenství, porodu, šestinedělí a vliv psychiky kojících matek na interakci s dítětem.

## **Annotation**

Surname and name: Alexandra Fialová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Breastfeeding and Psyche

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová

Number of pages: numbered 75, unnumbered 16

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 28

Key words: breastfeeding, prenatal psychology, psychology of delivery, puerperium and postnatal period, physiology of breastfeeding, psychological aspects of breastfeeding, the impact of psyche of breastfeeding mothers on the interaction with the child

### **Summary:**

The bachelor thesis "Breastfeeding and Psyche" consists of theoretical and practical part. The theoretical part is focused on psychology of woman during pregnancy and the impact of the course of the pregnancy on the child's future life. Further there are written up pieces of knowledge from prenatal psychology; psychology of delivery, puerperium and postnatal period. The main topic of the practical part is the physiology of breastfeeding along with the psychological aspects of breastfeeding. In the practical part I used qualitative research. I utilized two case histories, where I analyse primarily the influence of psychosocial circumstances on the psyche of women during pregnancy, delivery, puerperium and the impact of psyche of breastfeeding mothers on the interaction with the child.

# Obsah

1	PSYCHOLOGIE ŽENY .....	12
1.1	Psychologie těhotenství.....	12
1.1.1	Prožívání těhotenství ženou .....	12
1.1.2	Nepříznivé psychosociální faktory ovlivňující těhotenství a plod.....	13
1.1.3	Vliv průběhu těhotenství na budoucí psychický vývoj dítěte.....	16
1.1.4	Stres v těhotenství a jeho vztah k nízké porodní hmotnosti.....	17
2	PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE .....	18
2.1	Historie a úloha prenatální psychologie .....	18
2.1.1	Sociální interakce.....	19
3	PSYCHOLOGIE PORODU .....	21
3.1	Porod jako náročná životní situace.....	21
3.1.1	Psychologický přístup k rodící ženě .....	22
4	PSYCHOLOGIE ŠESTINEDĚLÍ .....	24
4.1	Bonding .....	24
4.2	Sociální interakce v šestinedělí .....	25
4.3	Kojení.....	26
5	PSYCHOLOGIE POPORODNÍHO OBDOBÍ .....	28
5.1	Rodičovské chování .....	28
5.1.1	Kontaktní rodičovství .....	28
5.2	Mateřská dovolená .....	29
5.2.1	Každodenní život v rodině a situace ženy v domácnosti.....	29
6	FYZIOLOGIE KOJENÍ .....	31
6.1	Morfologie prsu.....	31
6.2	Funkce mléčné žlázy .....	31
6.2.1	Ejekční reflex .....	31

6.3	Působení hormonů.....	32
6.3.1	Oxytocin.....	32
6.3.2	Beta - endorfin .....	33
6.3.3	Prolaktin.....	33
6.4	Druhy mateřského mléka .....	34
6.4.1	Kolostrum .....	34
6.4.2	Zralé mateřské mléko.....	35
6.5	Mateřské mléko jako dokonalá potrava pro dítě .....	35
6.5.1	Složení mateřského mléka .....	35
6.5.2	Mateřské mléko je lék.....	36
7	PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY KOJENÍ.....	38
7.1	Kojením se vytváří vzájemná vazba mezi matkou a dítětem .....	38
7.1.1	Pocit jistoty a bezpečí .....	38
7.1.2	Tělesný kontakt – láskyplný a životně důležitý.....	39
7.1.3	Rooming in .....	40
7.2	Kojení ovlivňuje chování dětí .....	40
8	ZPRACOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI .....	43
8.1	Formulace problému .....	43
8.2	Cíl výzkumu .....	43
8.3	Výzkumné otázky.....	44
8.4	Metoda.....	44
8.5	Výběr vzorku respondentů .....	45
8.5.1	Způsob získávání informací.....	45
8.6	Organizace výzkumu.....	45
8.7	Rozhovory .....	45
9	DISKUSE ZÁVĚREČNÁ .....	71
9.1	Hlavní problém.....	71



10	ZÁVĚR .....	80
----	-------------	----

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Informovaný souhlas k rozhovoru

Příloha 2 Schéma rozhovoru

## ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Psychika a kojení. Přesto, že by se mohlo v naší současné společnosti jevit toto téma jako často diskutované a publikované, nenacházela jsem při studiu tohoto tématu mnoho zdrojů, které by dávaly do souvislosti kojení s psychikou žen – matek. Převážná část zdrojů se buď zaměřuje na patologické změny v psychice provázející období těhotenství a laktace nebo se téměř výlučně zabývají pouze kojením – nejvíce zdrojů se pak zabývá správnou technikou kojení, složením mateřského mléka nebo možnými problémy vznikajícími při kojení. Musela jsem proto prostudovat značné množství literatury i dalších zdrojů, abych mohla vytvořit tuto práci.

Toto téma je naprosto neoddelitelně spjato s mateřstvím. Mateřství a kojení bylo už v minulosti spojováno s řadou oslav, obřadů a rituálů, za účelem podpory a ochrany tohoto tajemného a velmi významného procesu. Žena – matka, byla vnímána jako dárkyně života. V dřívějších rodových uskupeních, byla žena významně chráněna především před „zlou mocí“, která by mohla ohrozit matčino zdraví, anebo zdraví nenarozeného dítěte. Těhotná matka požívala řady výhod a výsad, aby „požehnaný stav“ prožila v co možná nejlepší psychické a fyzické pohodě. Při porodu byla obklopena nejmoudřejšími a nejzkušenějšími ženami, aby ji pomohly přivést na svět toužebně očekávané dítě a dále i po porodu se o šestinedělku staraly s laskavostí a trpělivostí. Kojení bylo podporováno všestrannou péčí okolí o všestranné potřeby matky i novorozeňátka. Matka nesměla vykonávat žádnou jinou činnost, než se zotavovat po porodu a kojit své dítě. Vše mělo hluboký smysl a řád, který se v současné době ukazuje jako čím dál více smysluplný. Ženy byly více propojené se svou podstatou, více vnímaly své tělo i duši. Jejich život byl daleko více řízen intuicí a přirozenými mateřskými instinkty, které fungovaly zcela neomylně a posilovaly jejich sebedůvěru.

Ženy - matky mají v současnosti svou úlohu ztíženou požadavky, které jsou na ně kladeny nejbližším okolím už od raného dětství a v dospělosti velmi graduji. Ve snaze, aby obstály, snaží se přizpůsobit všem požadavkům společnosti, která od nich očekává výkonnost, a další, spíše typické mužské vlastnosti, které je stále více vzdalují od jejich ženské podstaty a přirozenosti v jednání a prožívání. Mateřství pak může být pro „moderní ženu“ buď zatěžkávací zkouškou, nebo příležitostí ke změně, sloužící k lepšímu pochopení sebe sama.

Bakalářská práce Kojení a psychika je rozdělena na dvě části - část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřuji na psychologii ženy v době těhotenství a také vliv průběhu těhotenství na budoucí život dítěte. Dále jsou zde zpracovány poznatky z prenatální psychologie, psychologie porodu, šestinedělí a poporodního období. Hlavní téma teoretické části tvoří problematika fyziologie kojení spolu s psychologickými aspekty kojení. V praktické části práce jsem použila kvalitativní výzkum. Zpracovala jsem dvě kazuistiky, ve kterých analyzuji především vliv psychosociálních podmínek na psychiku žen v době těhotenství, porodu, šestinedělí a porodním období – do 6 měsíců po porodu, proces adaptace na roli kojící matky a vliv psychiky kojících matek na interakci s dítětem.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je analyzovat souvislost mezi kojením a psychikou ženy – matky.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 PSYCHOLOGIE ŽENY

## 1.1 Psychologie těhotenství

Janet Balaskasová, autorka knihy „Přirozené těhotenství – praktický holistický návod k duševní a tělesné pohodě od početí k porodu“, promlouvá k ženám o důležitosti skutečného partnerství: „Ještě před začátkem společného těhotenství je důležité urovnat a upevnit vztahy se svým partnerem. Devět měsíců, které máte před sebou, vám poskytne čas k řešení jakýchkoli konfliktů a ke shodě na dlouhodobých cílech ohledně rodičovství a způsobech budoucí péče o vaše dítě. Využijte tohoto času co nejlépe ke komunikaci, abyste se naučili společně prožívat své pocity a naslouchat jeden druhému.“ (Balaskasová, 1996, s. 14)

Suzane Armsová, autorka knihy Dokonalý podvod, k nám promlouvá těmito slovy: „Doufáme-li, že vytvoříme svět bez násilí, kde strach a nenávisť nahradí úcta a laskavost...Musíme začít tím, jak jeden s druhým zacházíme na samém počátku života. Právě tam se nastavují naše nejhlubší vzorce. Z těchto kořenů vyrůstá strach a odcizení – nebo láska a důvěra.“ (Monganová, 2010, úvodní s.)

### 1.1.1 Prožívání těhotenství ženou

**V prvním trimestru** je často žena soustředěna především sama na sebe, pozoruje své tělo a také první známky těhotenství. Dostávají se první somatické a psychologické změny. Vyrovnává se s faktem, že v sobě nosí plod – i když ho zatím ještě nemusí cítit, a začíná si uvědomovat i změny, které s tímto faktem souvisí. Mnoho žen uvádí v tomto náročném období ambivalentní pocity – strach z časně ztráty, úzkost, obavy, přecitlivělost, nejistotu střídající se s pocity radosti a štěstí. Objevují se obavy, jak těhotenství přijme partner, širší rodina, zda nově vzniklou situaci zvládne se svým partnerem i ekonomicky.

**Ve druhém trimestru** většinou žena prožívá pozitivní pocity a spokojenost. Její pozornost je stále více upřena k plodu – začíná vnímat jeho pohyby, může ho spatřit při ultrazvukovém vyšetření, pozoruje zvětšující se objem břicha. A stále více – díky pohybům plodu, začíná plod vnímat jako samostatnou bytost.

To vše podněcuje její aktivitu – stará se o zdárný průběh těhotenství - mění svůj životní styl, vyhledává informace v předporodních kurzech, v knížkách, na internetu a v komunitách matek, navštěvuje cvičení určené těhotným maminkám.

Pokud žena zažila nějakou negativní zkušenost v předchozím těhotenství nebo má zdravotní problémy, či řeší poruchy vývoje plodu, měla by vyhledat kvalifikovanou pomoc.

**Třetí trimestr** bývá označován termínem „stavění hnízda“. Žena připravuje prostředí pro dítě, nakupuje vybavičku pro dítě, začíná se připravovat na porod. Pokud tato příprava chybí, může se jednat o vážnou psychickou poruchu. Žena je obvykle v tomto období emočně i fyzicky zatížena – velké břicho způsobuje, že se cítí nemotorná a někdy i nepřitažlivá, objevuje se únava, špatný spánek, celková tělesná nepohoda. U některých těhotných maminek se vynořuje strach z porodu, z bolesti, z vlastní nedostatečnosti a selhání, strach z komplikací, ale zároveň se těší na příchod miminka. (Ratislavová, 2008, str. 26-27)

**Prohlubující se vazba s partnerem** je pro ženu důležitá v každé fázi těhotenství, ale na konci třetího trimestru a těsně před porodem, hraje opravdu zásadní roli a její prožívání velmi ovlivňuje jak psychiku matky, tak i nenarozeného dítěte. Velmi kvalitně a příjemně ji může podpořit i taktilní stimulace.

Jedna z možností je např. masáž jemnými dotyky – tuto techniku vyvinula Constance Palinsky z Michiganu, která se zabývala rozsáhlým výzkumem zvládnání bolesti a uvolňování endorfinů. Její technika jemných doteků je založena na teorii, že hladký sval, uložený těsně pod kůží, tzv. vzpřimovač chlupu, reaguje na stimulaci stažením. Tím, že sval napřímí tělesné ochlupení a vytvoří tzv. „husí kůži“, podporuje tvorbu a vylučování endorfinů, hormonů dobré nálady, které působí na vytvoření dobré nálady a podporují uvolnění. Při porodu se této techniky s výhodou využívá také proto, že kromě pozitivního účinku endorfinů (jejichž sekrece zastavuje vylučování katecholaminů, které průběh porodu brzdí), zesiluje a zintenzivňuje i fyzickou blízkost mezi partnerem a rodící ženou. (Monganová, 2010, s. 125)

### **1.1.2 Nepříznivé psychosociální faktory ovlivňující těhotenství a plod**

**Těhotenské zvracení** v první třetině gravidity se projevuje asi u 50-70 % těhotných žen. V nejtěžších případech hrozí ženám úbytek tělesné hmotnosti, dehydratace a narušení

rovnováhy vnitřního prostředí. U mnoha žen mohou být podkladem psychické a psychosociální příčiny, zejména stres. (Morschitzky, Sator, 2007, s. 113)

**Nechtěné těhotenství** způsobuje ženě stresové situace, často i ambivalentní pocity – vůči sobě i nenarozenému dítěti, kdy se musí – v poměrně krátkém časovém období, někdy i pod tlakem nejbližšího sociálního okolí, rozhodnout o budoucím osudu svého dítěte.

Řada studií se zabývala dlouhodobým účinkem negativních emocí matky v těhotenství na dítě. Byly zjištěny problémy v oblastech sociability, agresivity i ve schopnosti milovat. Zkoumání bylo podrobena celkem 120 dětí z nechtěného těhotenství. Výzkum proběhl ve Švédsku – v Goteborgu v rozmezí 35 let. Výsledkem byl snížený stupeň sociability u těchto dětí, patrný ještě po 35 letech.

V roce 1966 byla provedena další studie ve Finsku. U dětí z nechtěných těhotenství bylo zjištěno výrazně zvýšené riziko onemocnění schizofrenií v pozdějším věku. Tato porucha může být také označena jako snížená schopnost mít rád – jedná se o žití ve světě odloučeném od reality. (Ratislavová, 2008, s. 30)

Nechtěné těhotenství je i dnes pro spoustu žen spojeno s velkým rizikem, přesto, že existuje tolik možností, jak zabránit nechtěnému početí. Pořádným břemenem se stává především v situaci, když otec dítěte vyžaduje proti vůli partnerky ukončení těhotenství. Stává se, že na to žena přistoupí, ale pak tento čin nedokáže psychicky zvládnout. (Morschitzky, Sator, 2007, s. 109)

**Zážitky neúspěchu z předchozího těhotenství** – jedná se především o zážitky spojené s potratem (spontánním nebo geneticky podmíněným) nebo porodem mrtvého plodu. Psychologické následky se projeví zvýšenou úzkostí, obavami z každého vyšetření, žena je navíc pod zvýšeným psychickým tlakem, protože rizikové těhotenství je více sledováno....

Ztrátu dítěte zapříčiněnou ukončením těhotenství, potratem nebo porodem mrtvého dítěte mohou ženy prožívat různě. Mohou se projevit značné následné problémy – v případě potratu a porodu mrtvého dítěte často dochází k depresivním reakcím nebo úzkosti z opakování, silné pocity viny nejčastěji doprovázejí ženy při ukončení těhotenství. Dokonce se uvádí se i určité psychosociální vlivy, zejména stres nejrůznějšího druhu (v partnerství, v rodině, v zaměstnání nebo i v dalších životně důležitých oblastech) a také nedostatek sociální podpory z nejbližšího okolí, jako možná příčina potratu. Často

nedostatkem sociální podpory trpí také ženy, které porodily mrtvé dítě, čímž se ještě více prohlubuje jejich bolestná zátěž. Typické jsou pro tyto ženy silné projevy smutku, doprovázené také mohutnými pocity viny a studu. Často si kladou otázku, zdali jsou vůbec schopné přivést na svět zdravé a živé dítě – tím je narušena i jejich ženská identita. (Morschitzky, Sator, 2007, s. 109)

Reakce a prožívání matek, které znovu otěhotněly po předchozím neúspěchu, mohou být různé, ale vždy je obtížnější a budoucí matka potřebuje hodně podpory, naslouchání a porozumění od svého nejbližšího okolí.

**Ženy v těžké sociální nebo ekonomické situaci** – v této skupině potkáváme ženy-matky svobodné, opuštěné, sociálně izolované nebo ženy, které žijí v sociálně i ekonomicky nevyhovujících podmínkách. Matky nemají uspokojené ani své základní potřeby – možnost odpočinku, sdílení, lásky, podpory. Často se ocitají v depresivním stavu, projevují odmítavé a hostilní chování vůči dítěti. Matkám hrozí zvýšené riziko předčasného porodu a děti mívají nízkou porodní váhu. Je to velkou měrou ovlivněno trvalým stresem, nedostatečnou výživou a nevyhovujícím životním stylem (kouření, alkohol, pohlavní nemoci, drogy). (Ratislavová, 2008, s. 30)

„Všichni víme, že kouření, nadměrné pití, používání drog, přejídání se nebo nepravidelné stravování můžeme také označit za určité formy mateřské komunikace. Škodlivé změny, které tyto látky mohou vyvolat v prostředí nenarozeného dítěte, ho mohou vystrašit. Dítě má spoustu důvodů k tomu, aby se vylekalo, a pokud to trvá déle, aby bylo sevřené obavami. Co se může stát zdrojem hluboko zakořeněné dlouhodobé úzkosti u ještě nenarozeného dítěte? Jednou z možností je právě matčino kouření. Dr. Michael Leberman před několika lety ukázal, že nenarozené dítě se emocionálně vzruší (měřeno zrychlením srdečního rytmu) pokaždé, když si jeho matka kuřačka jen pomyslí, že si zapálí cigaretu. Dítě se uvádí do chronického stavu nejistoty a strachu.“ (Marek, 2002, s. 81)

**Věk ženy pod 20 let a nad 35 let** – u mladých žen pod 20 let je hlavním problémem motivace k těhotenství. Často se jedná o nechtěné těhotenství, které vzniká z náhodného nebo nefunkčního vztahu anebo se jedná o záměr, kdy dívka se tímto aktem chce osamostatnit a odtrhnout od původní rodiny. Psychika nezralé mladé ženy však ještě nemůže obstát v této náročné životní situaci a tak se tyto mladé matky ocitají



v bezvýhodné situaci, často bez významnější podpory od svého partnera a rodičů, v izolaci od svých vrstevníků, s pocitem, že selhaly, že se o své dítě a ani o sebe nedokáží postarat. Tyto mladé maminky jsou častými klientkami azylových domů, kde se jim dostává podpory, pomoci, porozumění i ocenění ze strany personálu.

„Věk matky pod 20 let je obvykle dáván do souvislosti s větší frekvencí předčasných porodů. Je to způsobeno nedokončeným tělesným vývojem i v souvislosti s hypoplasií dělohy. Mladá žena, často neprovdaná, má vždy zhoršené sociálně ekonomické podmínky, větší stresy spojené s graviditou, často neplánovanou.“ (Hájek, 2004, s. 267)

Starší ženy, ve věku nad 35 let jsou vyzrálejší, sebevědomější, mají ustálený hodnotový žebříček, mají většinou dobré partnerské vztahy, ale jsou často sužovány obavami o osud těhotenství, zvláště pokud se jedná o prvorodičky. Psychologické problémy jsou spojené s přístupem k rizikovému těhotenství, s vyšetřeními (aminocentéza) a čekáním na výsledek (obavy, úzkost, strach).

„Rovněž starší ženy nad 35 let rodí častěji předčasně, zvláště při čtvrtém porodu. Starší ženy již obvykle trpí nějakou celkovou chorobou (hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění ledvin apod.).“ (Hájek, 2004, s. 267)

**Ženy s komplikacemi v těhotenství** – nejnáročnější jsou situace, kdy hrozí potrat nebo předčasný porod (krvácení, předčasné kontrakce děložní, placenta previa, nedostatečnost hrdla děložního, atd.). Pokud se žena na své dítě těší, vnáší tyto komplikace do jejího života obrovský stres – strach a nejistotu.

Často musí nastoupit do nemocnice k hospitalizaci, aby byl zajištěn klid na lůžku a dohled nad jejich stavem.

### **1.1.3 Vliv průběhu těhotenství na budoucí psychický vývoj dítěte**

Několik studií naznačuje, že psychické problémy člověka mohou mít své kořeny již před narozením. (Weir, 2012)

Alan Brown, profesor psychiatrie a epidemiologie na Columbijské Univerzitě v New Yorku, prováděl studii, kde bylo zjištěno, že je mnoho životních událostí, které výrazně zvyšují riziko vzniku schizofrenie. Riziko je až třikrát větší u matek, které během těhotenství prodělaly chřipku. Matky, které měly v průběhu těhotenství nedostatek železa, vystavují svůj plod riziku schizofrenie až čtyřnásobně. Samozřejmě se nedá tvrdit, že

schizofrenie souvisí pouze s prenatální událostí. Brown také zjistil, u lidí, jejichž matky trpěly během těhotenství podvýživou, významně zvýšené riziko vzniku afektivních poruch, jako jsou deprese a mánie, které byly natolik závažné, že vedly až k hospitalizaci jedince. (Weir, 2012)

Jiné výzkumy zase ukázaly, že nežádoucí účinky během těhotenství, způsobené infekcí, působením toxických látek či stresem matky, zvyšuje budoucí riziko pro plod ve výskytu deprese, úzkosti, autismu, poruchy nálad a pozornosti s hyperaktivitou.

#### **1.1.4 Stres v těhotenství a jeho vztah k nízké porodní hmotnosti**

Do výzkumu, do něhož se zapojilo 250 žen, byl odborníky zkoumán (pomocí životních událostí ženy) vztah mezi nízkou porodní hmotností a stresem v těhotenství. Se všemi ženami byly vedeny v průběhu těhotenství tři rozhovory a jeden následně po porodu. Některé ženy potratily v průběhu těhotenství, 195 žen porodilo zdravé děti bez následků a nízké porodní hmotnosti a 20 žen porodilo děti buď předčasně narozené, nebo narozené s nízkou porodní hmotností. Tyto následky byly spojovány s významnou životní událostí, ale ne úzkostí. Dalším činitelem, který přispěl k nízké porodní hmotnosti, bylo kouření, které vytváří u plodu také stresovou reakci. Závěrem této studie je doporučení věnovat v prenatální péči zvýšenou péči v prevenci stresu matky. (Newton, Hunt, 1984)

## 2 PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE

### 2.1 Historie a úloha prenatální psychologie

Prenatální a perinatální psychologie se jako zdánlivě nová vědecká disciplína pokouší propojit různé obory zabývající se základními otázkami života (medicína, psychologie, filozofie, sociologie, antropologie). Zkoumá vztahy mezi širokými souvislostmi prenatálního života, vlivem emocí matky na plod, prožíváním těhotenství, sociálními vazbami, i to, jaký to vše má vliv na vývoj a i život jedince a tím i společnosti.

K nejznámějším představitelům prenatální psychologie patří: O. Rank, N. Fodor, T. Verny, D. Chamberlain, P. Fedor-Feybergh.

Peter Fedor-Freybergh uvádí, že v prenatálním stádiu vývoje plodu máme jedinečnou příležitost k primární prevenci týkající se psychických, emočních i somatických problémů v následujícím životě. Na těhotenství nahlíží jako na aktivní dialog vedený mezi matkou a dítětem v interakci s širším sociálním okolím. Upozorňuje na nutnost změny v prenatální péči – navrhuje do ní začlenit kromě prvků medicínských i prvky psychologické, sociální, a psychosociální. Vnímá dítě jako aktivního partnera rodičů. (Ratislavová, 2008, s. 24)

Říká: „Pokud bychom dokázali zajistit, aby každé dítě bylo milováno a chtěno od samého začátku, aby bylo ctěno a aby úcta k životu byla jednou z nejvyšších lidských hodnot, a pokud bychom dokázali optimalizovat prenatální a perinatální stadia života bez narušení základních potřeb, bez agrese a psychotoxických vlivů, výsledkem bude společnost bez násilí. Tak jak jednáme se svými dětmi, budou naše děti jednat se světem. A to zahrnuje i dítě ještě nenarozené.“ (Marek, 2002, s. 197)

V roce 1981 kanadský psycholog Dr. Thomas Verny vydal „Tajný život nenarozeného dítěte“ a předložil tak přesvědčivou dokumentaci sestavenou z porodních a předporodních vzpomínek dětí i dospělých. Tvrdil, že to, co se děje v období od početí do porodu, formuje nejen naši osobnost, ale i životní cíle a názory.

„Jaké jsou základní potřeby člověka? Většinou se uvádí potřeba jídla, spánku a sexu. Prenatální psychologové ale tvrdí, že je zde ještě jedna základní potřeba, na kterou jsme dosud nebrali zřetel, a to je potřeba o někoho se starat a zároveň mít někoho, kdo se o nás postará. Bytost, o kterou pečujeme, se většinou stává tou nejdůležitější bytostí a také

součástí našeho života. Potřeba pečovat a být opečováván je jednou z podmínek našeho přežití a poskytuje možnost vytvořit homeostázu a rovnováhu s naším životním prostředím. Když jsme opečováváni, jsme zároveň také léčeni, a když o někoho pečujeme, zároveň léčíme. V rámci těchto vztahů se vždy vytvářejí a upevňují pocity jistoty a pohody.“ (Marek, 2002, s. 194)

V současné době, za použití moderní techniky, máme možnost zachytit prenatální aktivitu a reakce plodu – což přispívá k rozvoji a výzkumu v oblasti prenatální psychologie. Potvrzuje se tím také, že psychický vývoj jedince je započat už období dávno před narozením – v období intrauterinního života plodu.

Jak vyplývá z prací prenatálních psychologů, zjišťujeme, že plod je obdařen schopnostmi k přijímání a zpracování došlých smyslových informací, dochází u něj k rozvoji složité paměťové funkce i k behaviorální aktivitě již za intrauterinního života. Je vytvořen přehled zrání a psychiky v prenatálním období.

Zahrnuje: sluchové vnímání, zrakové vnímání, chuť a čich, kožní receptory, pohybové aktivity a chování plodu, paměť a učení a sociální interakci. (Ratislavová, 2008, s. 24-25)

### **2.1.1 Sociální interakce**

Dnes už víme, že vše, co matka přijímá do těla, přechází přes placentu i k dítěti. Dítě stejně tak ovlivňuje i její emoce. Pokud přichází k nenarozenému dítěti příjemné podněty – láska, hra, hudba, narůstají tak pozitivní pocity – klidu, bezpečí, přijetí. A naopak pokud bude dítě vystaveno rušivým vlivům – křiku, nadměrnému hluku, agresivní hudbě, negativním emocím nebo rozrušení matky, bude reagovat náhlým zvýšením tepové frekvence.

Dr. Verny a jeho kolegové ve svých studiích zjistily, že děti v děloze reagují na vibrace, hlazení, poklepávání, tření, mačkání, rozhovor, hlasy, hudbu, světlo, teplo, chlad, tlak, který se může podobat zážitku z porodu, škádlení, hlasité zvuky, zvuk televize a humor. Jemná hudba a zpěv, která proniká k dítěti v děloze, ho uklidňuje, činí ho spokojenějším a dokonce ho i velmi dobře připravuje na život mimo dělohu a zlepšujeme mu spánek. Nejpříjemněji dítěti zní hlasy rodičů – především, pokud mu zpívají. Děti jsou citlivé na vibrace hudby, a pokud jsou jemné a uklidňující, navozují u nich pocit pohody.

Dr. Michael Lazarev, přední ruský pediatr, zjistil, že rodiče komunikující se svým nenarozeným dítětem prostřednictvím hudby, získávají od dítěte zpětnou vazbu – díky ní je možné vypořádat, jaké zvuky upřednostňuje. (Monganová, 2010, s. 86)

„Díky relativně mladému studiu fetologie, které rozvíjel Dr. Thomas Verny ve své knize „Tajný život nenarozeného dítěte“ koncem 70. a na počátku 80. let, víme, že děti v děloze mají vědomí. Kromě toho, že se vyvíjejí fyzicky, rozvíjejí se i mentálně, emocionálně a psychicky. Rodiče by měly udělat všechno proto, aby láskyplným a důsledným rodičovstvím před narozením podpořili emocionální rozvoj dítěte, jeho pocit pohody i postavení milované bytosti. Devět měsíců, které dítě stráví v děloze, představuje devět měsíců růstu a rozvíjení také pro rodiče.“ (Monganová, 2010, s. 86)

„To, co často nejvíce ohrožuje nenarozené dítě, tvrdí Verny, tedy není bezprostřední somaticko-hormonální reakce matky na nějakou událost, ale její dlouhodobá emocionální reakce. Pokud bude matka rozrušená negativními emocemi natolik, že se dlouhodobě stáhne do sebe, je velmi pravděpodobné, že její dítě bude velmi trpět. Pokud ale komunikační cesty mezi sebou a dítětem ponechá volné a budou jimi procházet uklidňující zprávy, dítěti se bude dařit dobře. Silná nitroděložní vazba, tvrdí psychologové, předurčuje budoucí vztah matky a dítěte. Pro oba je neobyčejně důležité, aby na sebe byli naladěni.“ (Marek, 2002, s. 80)

„Studie univerzity v Salcburku ukázala, že matky, které si vytvořily skutečný pocit propojení se svým nenarozenými dětmi a komunikovaly s nimi hovorem a hrou, obvykle vnímaly své tělo s pýchou a plně přijímaly jeho zvětšující se rozměry jako přirozenou součást vývoje dítěte.“ (Monganová, 2010, s. 87)

## 3 PSYCHOLOGIE PORODU

### 3.1 Porod jako náročná životní situace

Porod můžeme vždy vnímat jako jedinečnou událost. Není jedinečný ale jen pro dítě, které se rodí, ale i pro matku, jež dává dítěti život. Průběh porodu, se promítá do pozdějšího vztahu matky a dítěte. A nejen to - promítá se dokonce i do vztahu matky k sobě samotné. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 47)

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

Náročná situace porodu osobnost ženy velmi ovlivňuje a formuje. Některé ženy cítí po porodu uspokojení, hrdost, sebedůvěru a sebevědomí, jiné mohou mít pocit selhání, pocit, že situaci nezvládly, může u nich dojít ke sníženému sebepojetí (projevující se úzkostí, strachem, ztrátou duševní rovnováhy).

Přesto, že se žena snaží na porod psychicky připravit, vstupuje okamžikem porodu do situace, která je pro ni nová a složitá, a to platí dokonce i pro ženu, které už někdy rodila. Jak se s touto náročnou životní situací vypořádá, je ovlivněno řadou faktorů. Patří k nim její osobnost, odolnost vůči zátěžovým situacím, vrozené vlastnosti a životní zkušenosti, aktuální stav organismu i sociální podmínky. Vždy je nutné zohlednit adaptační síly i možnosti ženy. (Ratislavová, 2008, s. 58)

„Zdá se, že v některých kulturách je porod jako úkon snadnější než v jiných. I v některých rodinách má snadný porod opravdovou tradici. Žena vnáší do porodu celou svou životní zkušenost, která sahá zpět do jejího vlastního raného dětství a porodu. Zajímáme se i o to, co každá žena ví o svém vlastním narození, neboť často existuje souvislost mezi tím, jak se narodila sama a jak přivede na svět své vlastní dítě.“ (Odent, 1990, s. 45)

Kim Wildnerová říká: „Na tom jak rodíme, záleží. To, co naše děti zažijí, utváří, kým se stanou. To, co žena zažije při samém přerodu z dívky v matku, ji změní. Mírný, přirozený porod odemyká v našem jádru něco prapůvodního, co ulehčuje mateřství a posiluje rodiny... Kdyby si rodiče uvědomovali, že každé jejich rozhodnutí, které po početí učiní,

ovlivňuje výsledek jejich porodu, mohli by znovu získat něco, o čem ani nevědí, že to ztratili.“ (Monganová, 1992, s. 60)

„Naše moderní společnost však není zvyklá porod chápat jako hluboce iniciační zážitek. Soustředíme se na medicínské, lékařské a technické aspekty porodu. Hlavním zaklínadlem našeho porodnictví se stalo zdraví dítěte, potažmo zdraví rodičky. Zdraví je bezpochyby primární hodnotou, avšak redukovat porod na otázku přežití, znamená popírat jeho hluboké psychické dopady na matku a dítě, potažmo celou rodinu a společnost.“ (Mrowetz, 2011, s. 47)

Transformace ženy v matku se týká změny hodnot a způsobů chování. Ženy, které jsou propojené se svou přirozeností – darováním života, péče o něj a jeho rozvojem, procházejí tímto procesem s větší lehkostí. Jsou to ženy, které jsou více spjaty s podstatou života. Jejich silnou stránkou je také komunikace v lásce, myslet na druhé a být tu pro ně. (Bučilová, Nestěrová, 2012, s. 69)

### **3.1.1 Psychologický přístup k rodící ženě**

Dr. Michel Odent, světoznámý průkopník šetrných porodů upozorňuje: „Fyziologickému procesu nelze pomoci. Klíčem je nebrzdit jej.“ (Monganová, 2010, s. 44)

I to, jak se matka cítí v čase porodu, má nesmírný vliv na jeho průběh. Pokud se podaří, že je uvolněná, plná důvěry a těší se na narození dítěte, má také velmi dobré vyhlídky, že i porod bude jednoduchý a bezproblémový. Pokud je ale plná pochybností a obav a navíc si není jistá rolí budoucí matky, většinou i riziko komplikací úměrně roste. (Marek, 2002, s. 80)

Rozhodující vliv na spontánní průběh první doby porodní má jistě: soukromí, intimita, přítomnost klid, možnost matky dělat hluk a rodit v jakékoli poloze a také přítomnost porodních asistentek, které se nechovají jen jako pouhé pozorovatelky. Naopak porod překáží a narušuje ho: prudké osvětlení, náhlé zvuky, studené přístroje a vetřelci (tak typičtí pro prostředí moderních nemocnic), spolu s absencí porodních asistentek, jejichž důležitost je stále ještě popírána nebo nedoceněna, a také omezování rodících žen na určité vymezené polohy. (Odent, 1995, s. 70)

„Jelikož je mnoho žen odtrženo od své skutečné podstaty, hrají nakonec roli, která jim ve skutečnosti nevyhovuje ani neprospívá. Pak je velmi snadné jimi manipulovat nebo je

zneužívat. Dostávají se do role oběti a jsou pak znovu pokořovány a zraňovány. V takové situaci ženy samozřejmě nemohou najít přístup k vlastní vnitřní síle.“ (Tao a síla ženské sexuality, 2000, s. 12)



## 4 PSYCHOLOGIE ŠESTINEDĚLÍ

### 4.1 Bonding

Co je podstatné proto, aby si žena z porodu odnesla pocit, že jej zvládla a navíc, že byl pro ni posilujícím zážitkem? Rozhodující roli hraje hormon oxytocin, který Michel Odent nazývá „hormon lásky a altruismu“. Za porodu se v těle matky i dítěte vyskytuje v enormním množství. Víme, že přirozený oxytocin porod urychluje. Uvolňuje se do krevního oběhu, když dítě postupuje porodními cestami, logicky více při vaginálním porodu, než při operačním porodu. Oxytocin způsobí, že je matka schopna poznat podle vůně své dítě mezi ostatními. Stejně tak pomáhá i novorozenci rozeznat svoji matku a jak víme, spojení s ní jej uklidňuje. Je-li navíc dítě ihned po porodu položeno matce na břicho, tzv. „skin to skin“, můžeme pozorovat jeho první úžasnou cestu za matčinou bradavkou. Protože voní stejně jako plodová voda, (kterou má dítě nejen na rukách), chuť pěstiček jej vede bez váhání vpřed. Oxytocin působí na matčin limbický systém a má rozhodující vliv na mateřské chování rodičky. Matka je tak vyladěná na silné emocionální prožívání své mateřské role, je také schopna vlivem oxytocinu reagovat na signály novorozeněte (baby-schéma, pláč, úsměv). Jistě není zanedbatelný, v souvislosti s tématem bolesti po porodu, ani utišující (nebo ulevující či hojivý) účinek přirozeného oxytocinu pro matku i dítě. Takže díky hormonálnímu nastavení a následnému podpořenému kontaktu s dítětem, a to i dokonce po medicínsky vedených či komplikovaných porodech, si může žena – matka i její dítě vštípit pozitivní zážitek z porodu. (Mrowetz, 2011, s. 51)

„Novorozenci, kteří strávili po narození s matkou pouhých 15 minut, se během pozorování uskutečněného o tři měsíce později ukázali být v porovnání s dětmi, které byly okamžitě odneseny na novorozenecké oddělení, usměvavější a méně uplakaní.“ (Chamberlain, 2013, s. 55)

Dítě vnímá své první kontakty se světem pokožkou. Přijímá tak důležité podněty pro své pocity. Projevuje své reakce na teplo, chlad, měkkost a tvrdost. Zdravý novorozenec se uklidní, když ho matka vezme do náručí, pohladí ho a novorozenec cítí teplo těla matky. V případě, že se novorozenec neuklidní, může to znamenat, že má hlad nebo cítí bolest. Kontakt pokožkou je nejvíce intenzivní při kojení. A tak kontakt s matkou, kojení, teplo a

klid zprostředkují dítěti – ještě na porodním sále, první základní pozitivní zkušenost v kontaktu s jiným člověkem. (Helbrügge, 2010, s. 36)

Michel Odent říká: ...„když jsme četli Porod bez násilí Frederica Leboyera, okamžitě jsme začali sympatizovat s jeho úsilím o to, aby dítě prožilo porod co nejlépe. Leboyer promluvil jazykem, který byl pro většinu lékařů čímsi novým – jazykem, který se obracel na naši senzitivitu a city stejně, jako na náš intelekt. Ukazoval nám novorozeně nikoliv jako „předmět“ neschopný vidět, slyšet, či cítit, ale jako lidského tvora, který potřebuje vřelou náklonnost a péči.“ Leboyer se tak stal prvním lékařem, který nahlas matkám potvrdil, co ony už dávno intuitivně cítily a věděly o svých dětech i přesto, že jim většina lékařů tvrdila opak. Také náš porodní sál se pod jeho vlivem stal tišším a mírumilovnějším místem, co nejvíce vstřícným vůči novorozeněti. Přispívali jsme k prodlužování kontaktu mezi matkou a dítětem. Povzbuzovali jsme matky, aby kojily své děti hned po porodu. Velká živost, kterou jsme mohli pozorovat jak u matky, tak u dítěte, nás utvrzovala v rozhodnutí nepoužívat léky a zbytečně do ničeho nezasahovat. (Odent, 1990, s. 31)

## **4.2 Sociální interakce v šestinedělí**

V období šestinedělí je psychika žen vystavena vysoké zátěži, která souvisí jak s hormonálními změnami probíhajícími v organismu po porodu, fyzickými změnami tak i s adaptací na novou roli matky. (Ratislavová, 2008, s. 82)

„Když odhlédneme od chvilkových frustrací, jsou poporodní deprese na naší porodní klinice řídké. Lze věřit, že způsob, jakým ženy v Pithiviers rodí, snižuje sám osobě jejich zranitelnost vůči depresi. Víme, že poporodní „tmavomodrý svět“ je do určité míry následek hormonální nerovnováhy. Ale tím, že respektujeme ženinu hormonální rovnováhu během počátečních fází i samotného porodu, a tím, že se vyhýbáme podávání léků, pravděpodobně eliminujeme mnoho abnormálních hormonálních výkyvů, čímž snižujeme pravděpodobnost poporodních depresí.“ (Odent, 1990, s. 109)

Velmi uznávaná německá porodní asistentka – Ingeborg Stadelmann říká: „Během péče o šestinedělku mi připadá nejdůležitější, aby všichni věděli, že je vystavena velkému hormonálnímu kolísání. Všichni si musí uvědomit, že při porodu ze sebe musela vydat vše, aby dítě porodila. Po tomto výkonu se každá žena cítí prázdná a nechráněná: konečně si zvykla na pohyby dítěte v břiše a nyní je břicho prázdné, bez pocitů a ochablé. Nastupuje pocit poranění a osamocení. K překonání prvních dnů plných prázdnoty a vyčerpání a

zároveň nadšení ze zvládnutého porodu ženy potřebují především lásku, věnovaný čas, pozornost a péči. To vše jim mohou nejlépe poskytnout jejich životní partneři.“ (Stadelman, 2006, s. 260)

### 4.3 Kojení

Ingeborg Stadelmann (matka tří dětí a ve své zemi – Německu, velmi uznávaná samostatná porodní asistentka) ve své knize „Zdravé těhotenství, přirozený porod“ vysvětluje ženám, že nejdůležitějším předpokladem úspěšného kojení je přesvědčení matky. Toto přesvědčení se týká smyslu a přínosu kojení. Na základě vlastních, mnohaletých zkušeností porodní asistentky tvrdí, že 99% žen je schopno kojít. K tomu, aby se matky neomezily jen na krátký pokus, ale kojily delší dobu, potřebují ale kvalitní informace. Nikdy, ale není dobré matku přemlouvat – neprospělo by to matce ani dítěti. Tělo matky by totiž mohlo na psychický nátlak reagovat tělesnými potížemi. Radí, vymaňte se z tlaku času a výkonu. Nepohlížejte na kojení jako na povinnost, vnímejte to spíš jako dar a užívejte si tento jedinečný zážitek se svým dítětem. Kojte s radostí, jak dlouho to jde. Berte s rezervou odrazující příběhy kamarádek i příbuzných. Často se za nimi skrývají jejich nezpracované zkušenosti. Někdy za domnělou neschopností kojít vězí i nějaký hlubší problém. Nejčastěji jsou to partnerské problémy a obtíže s přijetím svého ženství. Mohou se přidružovat i nedostatečné či nekvalitní informace, špatné představy o kojení a jeho nedobrému vlivu na ženské tělo. (Stadelmann, 2009, s. 365-366)

Sarah Buckleyová říká: „Kojení poskytuje miminkům také objetí, dotek, tělesný kontakt, zrakovou, orální a taktilní stimulaci a hluboce zakořeněnou jistotu. Někteří autoři popisují kojení jako tekutou lásku. Erasmus Darwin, dědeček Charlese Darwina, považoval uspokojení během sání (a mechanismus sání) u dítěte za původ lidského úsměvu.“ (Dibbernová, 2014, s. 96)

Ženy by měly vědět, že jejich prsy se mění nejen díky kojení, ale i díky hormonálním změnám. V prvních dnech po porodu jsou prsy stále plnější a brzy se objeví pocity napětí, známé z období těhotenství nebo ovulace. Nejčastěji od třetího dne, se prsy nalijí, budou pevné a tvrdé, což může matka vnímat jako bolest. Zpravidla do šestého dne může mít kojící matka tento nepříjemný pocit, ale jen do té doby, než dítě přiloží a začne sát. Pokud ženy kojí dle potřeb svého dítěte, tyto problémy vůbec nemívají. (Stadelmann, 2009, s. 367)

Většina matek vnímá akt kojení jako velice příjemný. Přispívá k tomu pravděpodobně hormon prolaktin, který se vylučuje během kojení. Bývá označován jako „hormon pohody“ nebo „hormon výdrže“ či „hormon rodného hnízda“. Má konejšivý a uklidňující vliv na matku i dítě. Bylo zjištěno, že tělu simuluje stav hlubokého spánku. To vysvětluje, proč jsou matky, jejichž tělo prolaktin produkuje, více odpočaté i po krátkém spánku, než matky bez prolaktinu. A tak matky, díky mateřskému hormonu prolaktinu a hormonu lásky – oxytocinu, mohou být daleko více v pohodě, zaměřují se plně na svá miminka, která milují a naplňují jejich přirozené potřeby. (Dibbermová, 2014, s. 98)

„Všechny ženy mají pro kojení i nekojení své vnitřní důvody. Ženám, které trápí, že „nemohou kojit“, by se mělo dostat upřímného povzbuzení, ze strany nějaké zkušené ženy, která by jim pomohla se ptát, pátrat v jejich nitru, přiblížit se jejich primárním pocitům a objevit příčinu obtíží, jež jim brání se napojit na sebe sama i na svoje děťátko. Rady udílené zvenčí tak mají často jen malou šanci splnit svůj účel, neboť jsou vždy zatíženy předsudky, názory i praktikami, které snad byly přínosné pro osobu, jež je s tím nejlepším úmyslem razí, ale už se nemusí shodovat s pocity a prožitky matky v nesnázích.“ (Gutmanová, 2013, s. 73)

## 5 PSYCHOLOGIE POPORODNÍHO OBDOBÍ

### 5.1 Rodičovské chování

Dnešní generace matek má tu „smůlu“, že má možnost pátrat v mnoha zdrojích o výchově, neboť má přístup k časopisům, knihám a internetu. Bohužel, se stává i to, že si rady a doporučení vzájemně odporují. Na druhou stranu dnešním matkám chybí mezigenerační přenos jistoty v sebe sama, důvěra ve vlastní kompetenci být matkou. Často jejich matky stojí většinou opodál a svým dcerám do poznatků nemluví. Obávají se, že vědí jen zlomek toho, co znají jejich dcery. A tak když jim matky přece jen nějaké rady předávají, jejich dcery jim instinktivně nevěří. Mají totiž více informací a také vnitřně cítí, že jejich výchova, ovlivněná kolektivizací jednotlivce, opravdu nebyla tou nejlepší cestou, a proto se od ní snaží odpoutat. Maminky dnešních maminek většinou nepocítily vinou totalitního režimu a s ním související institucionalizované péče jistotu v mateřství, a tak nemohou a neumějí tedy svým dcerám předat to nejdůležitější, pocit jistoty. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 135)

Dle Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje si dítě od porodu do prvního roku utváří základní pocit důvěry nebo nedůvěry ke světu, to následně ovlivní jeho chování po celý život. Pocity důvěry mu zprostředkovává především matka svou láskou, svým pečujícím chováním, a také tím, že je dítěti neustále k dispozici, že na něj reaguje a uspokojuje jeho potřeby. Děti matek, které reagují na pláč dítěte jen s malou latencí, bývají později méně plačtivé, snáze se dají utiшит a jsou celkově spokojenější. Svět představuje pro takové dítě zdroj bezpečí. (Ratislavová, 2008, s. 87)

#### 5.1.1 Kontaktní rodičovství

Pro zdravý vývoj dítěte je velmi prospěšná kvalitní interakce s rodiči, respektive s matkou. Mezi matkami existují značné rozdíly v jejich schopnosti komunikace – mluvíme o intuitivním rodičovství. Toto bezděčné rodičovské chování má některé typické projevy a vyvolává v dítěti patřičnou odezvu.

Patří sem např. tyto pečovatelské projevy chování dospělého: soustředění pozornosti na dítě, věnování pozornosti (odezvou je u dítěte pocit vlastní hodnoty, posilování vlastních kompetencí), okamžitá reakce na projevy dítěte, citlivá reakce na malé změny v chování dítěte (odezvou je u dítěte kladné vyladění, převládá aktivita, pocit bezpečí a jistoty – pocit, že svět je bezpečný), soulad mezi chováním, emočním prožíváním dospělého a

dítěte, společně zaměřená pozornost a společně sdílené emoce (odezvou je u dítěte zjištění, že svět je srozumitelný, pocit vlastní hodnoty oproti pocitu bezmocnosti a bezcennosti), udržování očního kontaktu během interakce (odezvou je u dítěte pocit sebedůvěry), hovor vyšším hlasem, výraznější mimika v komunikaci s dítětem, přiblížení na vzdálenost 20-25 cm, stereotypní opakování projevů, pojmenovávání (tato vzdálenost umožňuje novorozenci nejlepší zrakové vnímání, opakování umožňuje rychlé učení), nápodoba reakce dítěte, zrcadlení pocitů dítěte mimikou, řečí, chováním, střídání se v interakci (odezvou je u dítěte pocit, že má schopnost působit na druhé a efektivně ovlivňovat své okolí, že okolí mu rozumí), držení dítěte na levé ruce (slyší srdce matky), celou rozevřenou dlaní s uvolněnými prsty, intuitivně kolébá dítě, kontakt kůže na kůži (odezvou je bezpečí, jistota, důvěra).

Interakce mezi dospělým a novorozencem nemusí ale vždy probíhat ideálně. (Ratislavová, 2008, s. 87-88)

„Miminka se rodí s neomezenou důvěrou ve svět, s důvěrou, že se s nimi bude zacházet správně. Cítí-li však, že něco není v pořádku, učí se z takových situací, že něco není v pořádku s nimi. Miminka jsou schopná spolupracovat s rodiči až do totálního sebezničení.“

Rodiče by si měli vážit osobnosti dítěte a rozvíjet důvěru a lásku, se kterou se narodilo. Vypadá to, že naše miminka vědí velice neomylně, co je pro ně dobré a mají o tom daleko lepší povědomí než my. My už jsme zatíženi vlastními zážitky z dětství a také společenskými normami. Miminka nám vždy velice přesně ukazují, co potřebují. Pokud se naučíme jim naslouchat, postupně získáme naprostou jistotu, že všechno, co dělají nebo nám dávají najevo, má smysl. Budeme-li na potřeby miminka smysluplně reagovat, může pak být rodinné soužití velice harmonické a uvolněné. (Dibbernová, 2014, s. 31)

## **5.2 Mateřská dovolená**

### **5.2.1 Každodenní život v rodině a situace ženy v domácnosti**

Laura Gutmanová, argentinská rodinná psychoterapeutka, která se věnuje především matkám malých dětí a autorka knihy „Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem“ říká, že většina matek nařiká, že je nikdo nevaroval, jaké to doopravdy je pečovat o miminko, a že se to musely naučit za pochodu. Je pravda, že tato zkušenost je vždy individuální. Udivuje ji však zjištění, jak jsou, při dnešní široké nabídce předporodních kurzů, ženy ve chvíli, kdy se mají stát matkami, nepřipravené po emoční stránce. (Gutmanová, 2013, s. 86)

„Již není těhotná, ani čerstvě po porodu, ale ještě není ani tou ženou, kterou byla, než se stala matkou. Cítí se nestálá, nevyrovnaná a hledá své já. Večer ji bolí pánevní dno, během týdne zesilují bolesti zad a často má ztuhlá ramena.“ (Stadelmann, 2006, s. 412)

Pro většinu žen představuje období mateřské dovolené velkou fyzickou i psychickou zátěž. Narozením dítěte se zcela mění životní styl ženy. Nemůže se věnovat své profesi, protože ji celodenně zaměstnává péče o dítě a domácnost. Ztrácí tím tak nejen kontakty s lidmi, ale také možnosti věnovat se svým zájmům, je více závislá na manželovi. Ženy na mateřské dovolené nejsou ve skutečnosti společností ani příliš oceněny. Některé ženy proto záhy po porodu nastupují zpátky do práce na alespoň částečný úvazek, nebo se sdružují v různých centrech a klubech pro maminky a děti. Porodní asistentka by měla být schopná v místě svého působení, maminkám poradit, kde by se do takovéto činnosti mohly zapojit.

„Pro prvorodičky začíná v tomto období zcela nový životní úsek, pro vícenásobné matky začíná nové uspořádání rodiny. K tomu jim přibude žárlivost starších sourozenců. Všední dny probíhají chaoticky, jako po nastěhování do novostavby. Navenek žena září ve svém mateřském štěstí, ale uvnitř je ještě vše vzhůru nohama, a musí zavládnout nový pořádek. I ve vztahu mezi mužem a ženou musí být nalezen nový způsob společného soužití.“(Stadelmann, 2006, s. 413)

„Většina problémů kojících žen souvisí s vyčerpaností. Bohužel to samy téměř nikdy takto jednoznačně nevyjádří, neboť tomu samy často nevěří, že těch „pár kilo dítěte“ může být taková námaha. Kromě toho se zapomíná, že dříve kojily ženy sice mnoho dětí, ale nebyly na všechny práce samy. Babička, prateta a ostatní pomocníci žili v jedné domácnosti, pokud tomu tak nebylo, žena často při dalším porodu zemřela, protože byla příliš vysílená.“ (Stadelmann, 2006, s. 417)

## **6 FYZIOLOGIE KOJENÍ**

### **6.1 Morfologie prsu**

Mléčná žláza se skládá z asi 15-20 laloků a uvádí se jako největší kožní žláza lidského těla. Z každého laloku, který je funkčně samostatnou žlázou a je krytý vrstvou vaziva, vystupuje mlékovod. Plně se mléčná žláza vyvíjí až v době těhotenství (působením pohlavních hormonů a prolaktinu), tvoří podklad ženského prsu a u ženy se vyklenuje pod kůží na přední straně hrudníku. Tvar a velikost prsu (jež je ovlivňována tloušťkou tukové tkáně), se mění s věkem ženy – prochází změnami v různých obdobích života ženy, ale nejvýraznější proměnu pozorujeme v souvislosti s těhotenstvím a porodem.) Uprostřed dvorce vystupuje prsní bradavka - někdy je na úrovni dvorce nebo dokonce lehce vkleslá, ale za přítomnosti chladu, mechanického dráždění – tření nebo např. při olizování bradavky kojencem se bradavka napřímí, což má velký význam při kojení. Ochranu pro kůži dvorce zajišťují mazové žlázy, jejichž sekret zabraňuje maceračním účinkům slin kojence a mléka. (Čech a kol. 1999, s. 30)

### **6.2 Funkce mléčné žlázy**

Nervová zakončení v bradavce a dvorci dítě stimuluje sáním v době kojení. Do mozku matky se přenášejí signály a způsobují uvolnění dvou hormonů, oxytocinu a prolaktinu. Proud mléka spouští oxytocin, tento proces označujeme jako ejekční, čili let-down reflex. Další hormon - prolaktin podněcuje tvorbu mléka v alveolech, což znamená, že mléčná žláza funguje na principu nabídky a poptávky - tzn. čím více dítě jí, tím více mléka se tvoří ( Deansová, 2003, s. 297)

#### **6.2.1 Ejekční reflex**

Většina žen je dokonce schopna plně kojit dvě děti. Zdařilé pokračování laktace ze strany matky je závislé na tvorbě mléka a na vyprazdňování prsu. Oba děje jsou reflexní povahy. Oba jsou ovlivňovány hormony (oxytocinem a prolaktinem) a oba jsou spouštěny nejdůležitější hnací silou laktace – sáním dítěte. Dráždění volných nervových zakončení na bradavce a dvorci při kojení - v průběhu sání, je vedeno dostředivou drahou do hypotalamu. Ten spouští sekreci prolaktinu, která je řízena z předního a oxytocinu ze zadního laloku hypofýzy.



Ejekční reflex má velký význam, protože ve vývodech a sinusech lidské mléčné žlázy je – na rozdíl od jiných savců – poměrně málo předem vytvořeného mléka. Let-down reflex umožňuje nejen přísun mléka z alveolů a vzdálených částí mléčné žlázy do sinusů pod dvorcem, ale také zároveň zajišťuje míšení a relativní stálost složení mateřského mléka z jednotlivých částí prsu. V průběhu kojení se ejekční reflex neustále opakuje. Je však citlivý na rušivé vlivy a může být dokonce stresem matky inhibován, což může přinášet různé komplikace. Důležité je i to, že ke spuštění Let-down reflexu přispívají (kromě sání dítěte) i podněty taktilní, vizuální, čichové a sluchové. Díky jeho specifčnosti (ovlivnění mozkovou kůrou) se kojení může nazývat „dějem důvěry“. Proto většina matek, které věří, že jsou zcela přirozeně schopné kojit, nemají obvykle žádné potíže. Dočasná porucha ejekčního reflexu, způsobená nejrůznějšími faktory, je často mylně zaměňována s nedostatkem mléka. Situaci ještě zhorší a laktace skutečně selhává, pokud následuje zbytečné zahájení umělé výživy. Psychický stav matky ovlivňují oba hormony, oxytocin i prolaktin, a zejména prolaktin se považuje za hormon odpovídající za tzv. mateřské chování i u dalších živočišných druhů. K vytvoření citové vazby mezi matkou a dítětem přispívá především oxytocin. (Zwinger, 2004, s. 185)

## **6.3 Působení hormonů**

### **6.3.1 Oxytocin**

**Oxytocin** bývá často nazýván „hormon klidu, lásky, péče a léčení“ a tyto pocity v matce vyvolává právě při vzájemném kontaktu s dítětem. Bylo také zjištěno, že novorozeně může zapříčinit další uvolnění oxytocinu do matčina krevního oběhu tím, že hledá bradavku, otírá se o ní a olizuje ji. Stejně jako uvolnění oxytocinu spouští kontakt kůže na kůži a vzájemná oční komunikace mezi matkou a dítětem. „ Zhruba hodinu po vaginálním porodu zůstává v krevním oběhu matky i dítěte mimořádně vysoká hladina oxytocinu. Oběma přináší pocit pohody a vděčnosti, uspokojení. Přestože silný stres může někdy uvolňování oxytocinu potlačovat, výzkumy rovněž ukázaly, že oxytocin také často u kojících žen zpomalením srdečního tepu a snížením krevního tlaku stres snižuje. Existují důkazy, že silný uklidňující vliv, jaký kojení na matku může mít v prvních týdnech po porodu, účinkuje i dlouhodobě. Dr. Kerstin Uvnas Mobergová, švédská badatelka, která se výzkumem oxytocinu zabývá, zjistila, že ženy, jež své děti kojily v prvních sedmi týdnech, byly ve věku šesti měsíců dítěte klidnější, než ženy, které nikdy nekojily. Stejný výzkumný tým zjistil, že oxytocin rovněž ulevuje od bolesti.“ ( Gaskinová, 2009, s. 33)

### 6.3.2 Beta - endorfin

**Beta-endorfin** je další hormon, který v období porodu a kojení splňuje důležitou funkci. Už od dávných dob lidé znají opiáty (drogy získané z opiového máku) a jejich schopnost utlumit bolest a vyvolat extatické stavy vědomí. Ovšem až teprve v polovině 70. let vědci zjistili, že lidské tělo vytváří svůj vlastní opiát: beta-endorfin. Ten je při stresu, svalovém vypětí, vzrušení, orgasmu a při bolesti vylučován hypofýzou a hypotalamem. Má podobné vlastnosti jako morfium, heroin a petidin (demerol) a působí na stejné mozkové receptory. Beta-endorfin má ještě během porodu další funkci: napomáhá uvolňování hormonu prolaktinu, který připravuje tělo matky na kojení a jehož působením zároveň dítěti dozrávají plíce. Takto vysoká hladina beta-endorfinu se udrží zhruba tři dny po porodu a pak se vrací k původním hodnotám. Beta-endorfin je však nadále přítomen v mateřském mléce a děti díky němu mívají po příjemném nakojení blažený výraz ve tváři. (Gaskinová, 2009, s. 36-37)

### 6.3.3 Prolaktin

**Prolaktin** bývá označován hormonem „mateřství“ nebo „hnízdění“ a souvisí s dalšími projevy mateřského chování – uvádí se budování hnízda, zabydlování, silnou touhou mít dítě u sebe, pečovat o něj a chránit ho. Michel Odent napsal, že zatímco oxytocin vyvolává potřebu milovat, prolaktin usměřňuje „účinky hormonu lásky směrem k mláďatům“. Pravděpodobně díky prolaktinu tedy stavějí matky potřeby svých dětí na nejdůležitější místo. Prolaktin také stimuluje vylučování oxytocinu a přirozených látek tlumících bolest, jakým je např. beta-endorfin. Prolaktin navíc u matky i dítěte snižuje stres. Hladinu prolaktinu zvyšuje klid, odpočinek - dostatečný spánek matky a něco příjemného – jako je např. koupel nebo jídlo v klidu, o samotě.

V těhotenství a při kojení je prolaktin vylučován hypofýzou a připravuje prsa těhotné ženy a to tak, že umožňuje dozrávání a rozšiřování kanálků a lalůček prsní žlázy. V těhotenství zabraňují tvorbě mléka vysoké hladiny progesteronu. Hladiny progesteronu i estrogeneru po porodu prudce klesnou a prolaktin způsobí, že mlékotvorné buňky prsů začnou vylučovat nejprve mlezivo a pak mléko. (Gaskinová, 2009, str. 38)

## 6.4 Druhy mateřského mléka

„Koncem těhotenství a těsně po porodu produkují mléčné žlázy vodnaté nažloutlé mlezivo (colostrum), které se po dvou až třech dnech po porodu mění na mateřské mléko“ (Čech a kol., 1999, s. 34)

### 6.4.1 Kolostrum

Ačkoli se **kolostra** tvoří pouze malé množství, je to v podstatě jedinečný koncentrát obsahující energii, imunitní látky a protilátky. Světová zdravotnická organizace ho označila „za potravu i lék“. Ve velkém množství jsou v jeho složení zastoupeny bílkoviny, zajišťující výživu a také leukocyty – bílé krvinky, které se rozhodující měrou podílejí na obranyschopnosti organismu. Obzvláště cenný je velký podíl imunoglobulinu A (IgA), který chrání organismus před choroboplodnými zárodky, které se usazují na sliznici. IgA se v žaludečním a střevním traktu neštěpí a ani nevstřebává, ale vytvoří něco jako „antiseptický film“, kterým ho pokryje. Chrání tak střevo zevnitř proti pronikání cizorodých bílkovin a agens, čímž dítě získává dlouhodobou ochranu proti infekcím, přecitlivělostí na potraviny a alergiemi. (Weigert, 2005, s. 30)

„Mlezivo hraje svým způsobem roli více zdravotní než výživovou. Kolostrum je pro novorozence natolik důležité, že i matka, která by plánovala živit miminko umělým mlékem z láhve, by ho měla alespoň v prvních třech dnech krmit pouze kolostrum ze svých prsů. Výzkum dr. R. Lawrenceové ukazuje významnou závislost mezi nárůstem astmatu, infekcí močového a dýchacího ústrojí, nemocí zažívacího traktu, později obezity a diabetu I. typu (inzulínezávislého, juvenilního) a podáním umělého mléka novorozenci brzy po porodu. Polkne-li miminko v prvních dnech při kojení alespoň několik doušek mleziva, už toto malé množství udrží jeho hladinu cukru v krvi na ideální hodnotě.

Pro lidská mláďata je nejlepší, když jsou výhradně kojena, což znamená, že jsou krmena pouze z matčina prsu - tedy když nedostávají žádné příkrmy ani tekutiny jakéhokoliv druhu. Většina výhradně kojenečích novorozenců, kteří mají neomezený přístup k matčinu prsu, za prvních čtyřadvacet hodin vypije jen necelých 30 g. To je asi dvě čajové lžičky nebo jedna osmina šálku.

Částečně působí také jako projímadlo, proto děťátku pomáhá vyloučit tmavou smolku, což je jeho první stolice. Zažívací ústrojí se tak připravuje přijímat větší množství mléka, kterým se prsy matky brzy začnou plnit.“ (Gaskinová, 2009, s. 39)

#### 6.4.2 Zralé mateřské mléko

Kolostrum se postupně změní – v průběhu dvou až třech dnů, na tzv. **přechodné mléko**. Ohlašuje se pocitem plnosti v prsou. Je řidší a bělejší než kolostrum – je to směs kolostra a zralého mléka. Přibližně po dvou až třech týdnech se začne vytvářet **zralé mateřské mléko**. Změna vzhledu zralého mateřského mléka je dána skutečností, že obsahuje dva typy mléka – tzv. přední a zadní. Na počátku kojení dítě saje **přední mléko**, je řídké a vodnaté, je méně kaloricky vydatné, obsahuje méně tuků, slouží k uspokojení pocitu žízně před „vlastním jídlem“. Když dítě v sání pokračuje, působí ejekční reflex na uvolňování tzv. **zadního mléka**. Toto mléko ukojí hlad dítěte a je pro něj vydatným zdrojem energie – obsahuje velké množství tuků a dalších živin potřebných k růstu. Důležité pro tvorbu zadního mléka je důkladné přisátí miminka a střídání prsů až po úplném vyprázdnění. (Dr. Deansová, 2003, s. 298)

### 6.5 Mateřské mléko jako dokonalá potrava pro dítě

Dr. Deansová říká, že na rozdíl od umělé mléčné výživy se složení mateřského mléka mění a to jak v průběhu kojení, tak v průběhu týdnů, ve kterých matka kojí. Je tak zajištěna optimální skladba první potravy, kterou dítě potřebuje minimálně po dobu 4 až 6 měsíců.

#### 6.5.1 Složení mateřského mléka

**Sacharidy** se vyskytují v mateřském mléce jako mléčný cukr (laktóza), z toho desetina je ve formě více než 130 různých oligosacharidů. Tyto speciální jednoduché cukry slouží částečně k vývoji mozku, ale z větší části k vytvoření komplexního obranného systému proti infekcím. Tím, že posilují zdravou bakteriální střevní flóru, brání proniknutí infekčních bakterií. Tímto způsobem jsou chráněny i močové cesty.

**Tuky** jsou v mateřském mléce jemně rozptýleny ve formě nepatrných kuliček se složitou stavbou a jádrem z triglyceridů a jsou doplněny enzymem pro snadnější trávení tuků (lipázou). Obzvláště cenný pro vývoj mozku je nezvykle vysoký obsah nenasycených mastných kyselin s velmi dlouhým řetězcem. Zde pravděpodobně tkví jedno z možných vysvětlení skutečnosti, že kojené děti se v inteligenčních testech umísťují daleko vepředu.

**Bílkoviny (proteiny)** mají v mateřském mléce obzvláště vysokou biologickou hodnotu, neboť jsou složeny z mnoha esenciálních aminokyselin v lehce stravitelné formě. Velká část proteinů však vůbec není strávena – tyto bílkovinné látky neslouží ke stavbě buněk, ale k obranyschopnosti. K nim patří imunoglobulin a další protilátky, laktoferrin pro příjem

železa (díky němu může dítě přijmout železo z více než 50 % na rozdíl od pouhých 10% u umělé výživy) a pro obranu proti bakteriím a virům lysozymy, které bakterie vlastně rozpustí, a dále růstové faktory a hormony pro zrání střevní sliznice a různé obranné buňky.

**Leukocyty neboli bílé krvinky** se vyskytují v mateřském mléce v obzvlášť velkém množství po porodu: v jednom mililitru se v této době vyskytují až tři miliony těchto obranných buněk. Většina z nich (neutrofilů a makrofágů) ničí bakterie tak, že je vlastně pohltí. Další část těchto buněk (lymfocyty T) plní paměťovou funkci pro vytváření specifických protilátek proti choroboplodným zárodkům, které se vyskytují v okolí matky a dítěte. (Weigert, 2005, s. 17)

### **6.5.2 Mateřské mléko je lék**

Německé ústředí pro zdravotní osvětu uvedlo ve své publikaci (Kojení a výživa mateřským mlékem, 2001), že kojené děti jsou podstatně méně nemocné. Dle výzkumu každé šesté nekojené dítě v kritických prvních třech měsících života dostane žaludeční nebo střevní infekci, ale mezi kojenými dětmi jí onemocní pouze každé třicáté třetí dítě. Děti krmené umělou výživou jsou také více náchylné k onemocnění dýchacích cest (například černým kašlem, zánětem průdušek, zápalem plic), ale i středního ucha, močových cest a mozkových blan (meningitidou). Pokud byly děti, po narození alespoň po dobu patnácti týdnů kojeny, ukázala dodatečná vyšetření ve věku sedmi let stále ještě účinnou ochranu proti onemocnění dýchacích cest. Kojené děti jsou chráněné také proti průjmu, zánětu středního ucha a infekcím HiB (bakterie *Haemophilus influenzae* typu B - je původcem meningitidy a zánětu hrtanu).

V průzkumu deseti tisíc bavorských školáků kojené děti také jednoznačně méně trpěly nadváhou; kladný vliv kojení byl přímo úměrný době kojení. Ve srovnání s nekojenými dětmi byly děti kojené po dobu šesti měsíců o 50% méně obézní; pokud byly kojeny až do svého druhého roku, dokonce pět krát méně, tedy obézní jen dvacet dětí namísto sta! Statistiky také ukazují, že lidé, kteří jako děti nebyly kojeny, mají podstatně vyšší hladinu cholesterolu. Ten se stejně jako nadváha a diabetes mellitus, podílí jako jeden z nejrizikovějších faktorů na arterioskleróze, která bývá hlavní příčinou nemocí srdce a krevního oběhu (např. srdečního infarktu a mrtvice), které pro zdravotnictví znamenají největší náklady.

Podle dalších statistických údajů se celá řada těžkých nevyléčitelných chorob vyskytuje mnohem řidčeji, v případě, že je dítě v útlém věku kojeno. K nim patří diabetes mellitus 1. typu, Crohnova choroba a maligní lymfomy (zhoubná onemocnění lymfatického systému). Riziko diabetu se u kojených dětí dokonce snižuje o padesát procent. Také v tomto případě je tím nižší, čím déle bylo dítě kojeno. Nejnovější studie prokázaly, že s prodlužující se dobou kojení se rovněž zvyšuje ochrana proti zhoubným nádorovým onemocněním. (Weigert, 2005, s. 19-20)

## 7 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY KOJENÍ

### 7.1 Kojením se vytváří vzájemná vazba mezi matkou a dítětem

„Děťátko se tedy kojením nesyťí pouze na tělesné úrovni a není chráněno jen z čistě imunologického hlediska. Když saje mléko z matčina prsu, vytváří se mezi ním a matkou jedinečný vzájemný vztah, který ho duševně natolik uspokojuje, že v něm vytváří hlubokou základní životní důvěru. Psychologové zabývající se vztahy mezi lidmi jsou přesvědčeni, že tento pocit naprostého bezpečí a jistoty v počáteční fázi života je rozhodující pro rozvoj zdravého pocitu vlastní hodnoty.“ (Weigert, 2005, s. 15)

#### 7.1.1 Pocit jistoty a bezpečí

Uznávaný neurobiolog Gerald Huther z Univerzity Georga Augusta v Göttingenu k tomu ve své knize *Kinder brauchen Wurzeln* píše: „První silný strach a stresovou reakci prožívá každý člověk při svém narození. Po dramatické změně prostředí, v němž dosud žil, musí zoufale hledat způsob, jak znovu nalézt ztracenou vnitřní rovnováhu. Ta nejdůležitější zkušenost, kterou může a musí každý novorozenec během prvních dnů a týdnů v novém světě učinit a která rozhodujícím způsobem ovlivňuje směr jeho dalšího vývoje, se zakotvuje v jeho mozku ve formě pocitu: Je to pocit, že je schopen přemoci svůj strach.“

Aby vůbec tento pocit mohl vzniknout, musí mít novorozenec možnost tento strach vyjádřit a také je odkázán na to, že jeho křik někdo slyší, že se mu někdo (za normálních okolností matka) bude věnovat, vezme ho do náruče, bude ho kolébat, bude na něho mluvit, bude ho hrát a konejšit. A čím častěji se mu to podaří udělat tuto zkušenost, tím hlouběji v jeho mozku zakotví přesvědčení, že je schopno vlastním úsilím a s pomocí jiné osoby (matky) překonat svůj strach. Roste tak nejen jeho sebedůvěra, ale i důvěra, že jeho matka mu může zajistit bezpečí a jistotu. Tímto způsobem se u dítěte vytváří těsné emocionální pouto.... Takovéto zdárně vytvořené pouto – vědci hovoří o „jistotě vztahu“ – je základem pro plné rozvinutí potenciálu dítěte. Jak říká Gerald Huther, „každé dítě potřebuje pocit jistoty a bezpečí, aby nové situace a zážitky nemuselo hodnotit jako hrozbu, nýbrž jako výzvu.“ Toto silné pouto vytvořené v útlém dětství má velký význam i pro pozdější sociální přizpůsobivost. Navíc jak ukazují výsledky různých studií, kojené děti jsou ve věku devíti let lépe neurologicky vyvinuté a dokonce i předčasně narozené

kojené děti mají ve věku osmi let vyšší inteligenční kvocient ve srovnání s dětmi, které v kojeneckém věku dostávaly umělou výživu. (Weigert, 2005, s. 16-18)

### 7.1.2 Tělesný kontakt – láskyplný a životně důležitý

„Císař Fridrich II. chtěl jednou zjistit, jakou řečí by děti mluvily, kdyby s nimi nikdo nemluvil, a udělal následující pokus. Kojné děti sice kojily a staraly se o všechny jejich tělesné potřeby, ale nesměly na ně mluvit ani je hladit. Všechna miminka zemřela.“ (Dibbernová, 2010, s. 129)

Když kalifornská zdravotní sestra Carol Melcherová vymyslela chytrý „postup“ v péči o novorozence, velmi významně v daných porodnicích zlepšila iniciaci kojení. Její metoda je založena na tom, aby první dvě hodiny po porodu měly matky na svém holém těle své děti nahé (**kůží na kůži- skin to skin**) a nadále v tom co nejvíce pokračovaly. Sestry v těchto nemocnicích odkládají na pozdější dobu také zásahy, které by tento proces narušovaly (koupání, měření, vážení, ošetření očí, ...). Umožňují tak dětem aby uplatnily v plné míře svůj silný sací reflex, který je právě v této době nejsilnější. (Gaskinová, 2009, s. 79)

„Toto první labužnické pití také ještě nemusí naplnit žaludek, spíše je součástí intimního seznamovacího rituálu. Z fyziologického hlediska se jím spouští důležité ochranné a vyživovací procesy. Z psychologického hlediska tvoří tyto okamžiky opětného nalezení sebe samého zdravé zakončení začátku příchodu na svět. Hluboko ve vědomí matky i dítěte sílí jistota, že všechno je v pořádku. Porod je za námi a my jsme po tomto náročném aktu oddělení znovu spojení na nové úrovni.“ (Weigert, 2005, s. 27)

Pokud se miminko narodí předčasně nebo je v porovnání s gestačním stářím malé, je důležité vědět o výhodách tzv. **klokánkování (kangaroo mother care)**. Prvně byla tato metoda vyvinuta a popsána v Kolumbii – v Bogotě. Jedná se o technicky velmi nenáročnou metodu, kdy si matka umístí nedonošeného novorozence mezi svá prsa jako klokánka. Díky časnému a dlouhodobému kontaktu kůží na kůži s matkou dochází k jeho stabilizaci. Tato naprosto finančně nenáročná metoda se velmi rychle ujela i v bohatých zemích. Kromě všech výhod, které klokánkovaným dětem poskytuje kontakt kůže na kůži, je u nich také dvakrát větší pravděpodobnost, že budou kojeny, oproti dětem umístěným do inkubátoru (v jedné studii se uvádí 82% ku 48%). Zajímavé je, že matkám, které klokánkovaly se tvořilo více mléka, jejich děti méně plakaly a lépe si byly schopné udržet tělesnou teplotu. (Gaskinová, 2009, s. 79)



### 7.1.3 Rooming in

„Zájem odborníků o výhody kojení napomohl k umístování novorozenců na pokoji s matkou. Ve světě je metoda nazývána rooming in a toto označení se ujalo i u nás. Zjistil se pozitivní vliv této metody na laktaci a na časnou interakci, utváření vzájemného citového pouta matky a novorozence. V dnešní době psychologové doporučují celodenní systém péče rooming in, protože právě v prvních dnech po porodu je potřebné reagovat na signály potřeb dítěte nepřerušovaně a v souladu s jeho nepravidelným biorytmem. Čepický (1992) upozorňuje na nebezpečí nekritické propagace metody rooming in, která může vést k pocitům viny, deprese a úzkosti u matek, které tuto metodu nemohly z nějakých důvodů podstoupit.“ (Ratislavová, 2008, s. 87)

„Matka, jež s ohledem na výživu zůstává se svým dítětem ve dne v noci, se rychle naučí znát jeho potřeby a touhy. Stane se vnímavou vůči projevům svého dítěte a nebude si vykládat každé zaplakaní jako požadavek o mléko, což tak často vede k problémům s kojením. Při zavádění kojení do běžné denní praxe, vštěpujeme matkám trpělivost.“ (Odent, 1990, s. 108)

## 7.2 Kojení ovlivňuje chování dětí

Cílem studie z r. 2011 bylo zjistit, zda kojení souvisí s behaviorálním vývojem dětí do 5 let. Do analýzy bylo zahrnuto 10 037 bělošských párů matka a dítě, z nichž 9 525 bylo donošených a 512 bylo nedonošených dětí. Z pohovoru s rodiči byla zjišťována délka kojení (když bylo dětem 9 měsíců) a chování dětí bylo hodnoceno dotazníkem, který vyplnili rodiče. Ze závěru vyplývá, že alespoň u donošených dětí, souvisí delší doba kojení s menšími behaviorálními problémy ve věku 5 let – dle výpovědi rodičů. Mezi behaviorální problémy patří emocionální příznaky (např. úzkost), hyperaktivita (např. nesoustředěnost) či problémy s chováním (např. lhaní, krádeže). Výživa kojenců může mít vliv na chování dítěte prostřednictvím biologických či psychosociálních mechanismů. Je pravděpodobné, že s vyšším příjmem esenciálních mastných kyselin z mateřského mléka dochází ke zlepšení neurologického vývoje a tím se snižuje výskyt behaviorálních problémů. Kojení, které také působí na upevnění vztahu mezi matkou a dítětem a zlepšení jejich vzájemné komunikace, se tak také podílí na lepším behaviorálním vývoji. ( Heikkila K, Sacker A, Kelly Y, Renfrew MJ, Quigley MA, 2011)



## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **8 ZPRACOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI**

### **8.1 Formulace problému**

Kojení je odedávna chápáno jako přirozený, jedinečný dar, který matka dává svému dítěti. Matka tím tak uspokojuje dítěti nejen jeho potřeby nutritivní a imunitní, ale také potřeby psychosociální a působí tak na jeho všestranný vývoj. V časně fázi života dítěte má matka na dítě dominantní vliv a dítě, které žije s matkou v symbióze, se s ní emocionálně identifikuje. Žena, která se po porodu dítěte stane matkou, se ocitne ve všestranně náročné životní situaci. Tělo a psychika ženy tvoří jeden funkční celek, který je v neustálé interakci s vnějším prostředím. Na ženu a především její psychiku působí řada faktorů – biologických, psychických, sociálních i ekonomických. „Žena, coby dovnitř i navenek otevřený systém se silným důrazem na vztahovost, je vystavena silně zevním emočním vlivům. To znamená, že do sebe mnohé přijme, co jí nesvědčí, snaží se splnit očekávání okolí týkajícího se jejího vzhledu, příjemného chování a rodinné pohody.“ (Ratislavová, 2008, str. 13).

Ve svém výzkumu se zabývám souvislostmi mezi kojením a psychikou – a to nejen matky, ale i dítěte.

Kladu si otázku:

Jaké jsou souvislosti mezi kojením a psychikou ženy?

### **8.2 Cíl výzkumu**

Hlavní problém

Analyzovat souvislosti mezi kojením a psychikou ženy – matky

**Dílčí problémy**

Analyzovat pocity matky a její potřeby – od těhotenství do 6 měsíců po porodu

Popsat adaptaci ženy na roli kojící matky

Prozkoumat vliv sociální okolí (blízkého sociálního okolí i vliv zdravotníků) na psychiku kojící ženy a rozvoj jejích kompetencí

Analyzovat vliv psychiky matky na kojence

Zpracovat doporučení pro praxi

### **8.3 Výzkumné otázky**

Jak ženy prožívaly a vnímaly období těhotenství, porodu a poporodní období v souvislosti s kojením?

Jaké byly jejich pocity a potřeby?

Jaké okolnosti měly největší vliv na psychiku kojící ženy?

Jak ovlivňovalo sociální okolí psychiku ženy?

Vnímala kojící matka, jak její psychický stav ovlivnil chování dítěte?

Jaký je adaptační proces ženy na roli kojící matky?

Jaké informace by ženy potřebovaly v době kojení?

### **8.4 Metoda**

Pro získávání informací do mé odborné práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum mi umožňuje, rozebrat hlavní problém do hloubky, a proto jsem si zvolila hloubkový rozhovor. Zajímám se o potřeby, pocity a prožívání matky v souvislosti s kojením, a to vše mi zajistí tento druh výzkumu.

V odborné práci jsem použila metodu případové studie. Jde o sběr velkého množství dat od dvou jedinců – kojících matek a detailní studium obou případů. Zaměřuji svou pozornost na zachycení složitosti jednotlivých případů, na popis vztahů a jejich celistvost. Zabývám se zkoumáním událostí, rolí, vztahů, konfliktů rolí, stereotypů, adaptace a analýzou interakce matka – dítě, matka – sociální okolí.

„Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům. Na konci studie se zkoumaný případ vřazuje do širších souvislostí.“ (Hendl, 2005, s. 104)

## **8.5 Výběr vzorku respondentů**

Výběr případu byl záměrný. Získala jsem dvě respondentky – matky, které prošly v uplynulém roce všemi obdobími - tj. těhotenstvím, porodem a své dítě ještě kojí. Výběr případu – dvou matek, byl poměrně složitý a to především z hlediska časové náročnosti při prováděném výzkumu. Protože se řada otázek týká psychiky a vnitřního prožívání ženy – bylo třeba se nejdříve zaměřit na získání důvěry a vytvoření vhodné atmosféry pro navázání dobré spolupráce.

### **8.5.1 Způsob získávání informací**

Informace do odborné práce jsem získávala polostrukturovaným hloubkovým rozhovorem. Oslovila jsem k provedení rozhovoru dvě matky z mého blízkého okolí. Obě dotazované podepsaly informovaný souhlas, ve kterém se zmiňuji i o absolutní anonymitě. Informovaný souhlas naleznete v příloze.

V praktické části uvádím popis rodinné a psychosociální anamnézy matky v období těhotenství. Stručně popisuji období těhotenství a porodu. Hloubkový rozhovor je zaměřen na tři období – první období jsou první tři týdny po porodu, druhé období je šestinedělí a třetí končí šest měsíců po porodu, kde se zaměřuji na pocity a prožitky matek. Rozhovor pak analyzuji v následné diskusi.

## **8.6 Organizace výzkumu**

Veškeré rozhovory jsem prováděla v soukromí, aby tak byly zajištěny potřebné podmínky. Před zahájením rozhovoru jsem obě matky informovala o tom, že pokud bude pro ně nějaká otázka nepříjemná, nemusí na ni nutně odpovídat. Rozhovor jsem nahrávala se svolením na diktafon, pocity dotazovaných jsem si také zaznamenala. Setkání trvalo okolo šedesáti minut, kdy jsem se snažila pokládat především otevřené otázky. Výzkum jsem prováděla šest měsíců, od června do listopadu 2014.

## **8.7 Rozhovory**

### **Rozhovor s paní Helenou**

#### **Životní anamnéza paní Heleny**

Paní Helena

Věk: 25 let

Rodinný stav: vdaná

Porodnická anamnéza: primigravida, primipara

Rodinná anamnéza: neudává žádná závažná onemocnění

Osobní anamnéza: anémie (důvodem je silné menstruační krvácení), apendektomie perforatum ve 20ti letech a zánět pobřišnice (léčena 3 roky po sobě ve Františkových Lázních – prevence neplodnosti)

Gynekologická anamnéza: silné menstruační krvácení, hormonální antikoncepci neudává

Osobní profil: působí klidným a vyrovnaným dojmem, je velmi optimistická, činorodá, aktivní, přemýšlivá, citlivá a velmi komunikativní, má hodně zájmů, ale hlavní je pro ni rodina, má ráda přírodu a sport, v současné době tráví volný čas nejraději na procházkách v přírodě se synem a manželem

Vztah s matkou: velmi dobrý, matka byla informována o těhotenství velmi záhy, vlastně ihned, matka se na své 1. vnouče velmi těšila

### **Dílčí problémy, na které se zaměřuji v diskusi:**

1. Analyzovat pocity matky a její potřeby – od těhotenství do 6 měsíců po porodu
2. Popsat adaptaci ženy na roli kojící matky
3. Prozkoumat vliv sociální okolí (blízkého sociálního okolí i vliv zdravotníků) na psychiku kojící ženy a rozvoj jejích kompetencí
4. Analyzovat vliv psychiky matky na kojence

### **Diskuse k anamnéze**

Paní Helena poprvé otěhotněla po té, co se 3 roky léčila z důvodu prevence neplodnosti po komplikované břišní operaci. Je to velmi optimistická, citlivá, činorodá žena, se spoustou zájmů, ale rozhodující je pro ni spokojená rodina. Má velmi dobrý vztah

s matkou, což jí velmi pomohlo jak v době těhotenství, tak i při porodu. (dílčí problém č. 3)

### **Rozhovor s paní Helenou**

Může se Tě zeptat, zda jste těhotenství plánovali a pokud ano, jak dlouho?

„Vzhledem k tomu, že jsem ve 20-ti letech byla operována, protože mně prasklo slepé střevo a měla jsem ještě zánět pobřišnice, moje vyhlídky mít někdy děti byly dle lékařů velmi neradostné. Naštěstí jsem následně podstoupila třikrát po sobě měsíční lázeňskou kúru ve Františkových Lázních a tak se má zdravotní situace velmi změnila k dobrému. Když jsem se vdala, nechtěla jsem s otěhotněním otálet, bála jsem se, že budu čekat dlouho, než se mi to povede. K mému velkému překvapení jsem však otěhotněla ihned po svatbě, a vzpomínám si, že jsem vůbec nemohla té radostné zprávě uvěřit!“

Jak těhotenství vnímal manžel?

„Byl stejně jako já velmi překvapený a měl obrovskou radost. Okamžitě to chtěl oslavit.“

Vzpomínáš si na své první pohyby miminka, případně v jaké jsi byla situaci?

„Vzpomínám si na ten naprosto úžasný pocit, ležela jsem v posteli, krátce po probuzení a najednou jsem cítila, jako by mne zevnitř někdo hladil. Nevzpomínám si, že bych někdy předtím zažila tak intimní a zároveň intenzivní pocit sdílení s nějakým člověkem. Měla jsem z toho velikou radost. Když jsem to pak říkala paní doktorce na kontrole v prenatální poradně, říkala mi, že to nebývá obvyklé, aby prvorodička tak brzo rozeznala pohyby miminka. I z toho jsem měla radost.“

Jak jsi s miminkem komunikovala?

„Velmi často jsem na něj mluvila – v duchu i nahlas, dle možností, všechno jsem mu vysvětlovala, např. když se dělo něco důležitého, hladila jsem si břicho, zpívala jsem mu, oslovovala jsem ho něžnými slůvky a říkala jsem mu, jak moc se na něj těším.“

A jak Tvůj manžel, přistupoval ke komunikaci s nenarozeným miminkem?

„Nejčastěji mi hladil břicho, mluvil na miminko a pak se ho snažil pošimrat, když se na břichu objevila nějaká boulička.“



Představovala sis někdy, jak miminko vypadá?

„Skoro pořád, i když jsem nevěděla, do poslední chvíle, jestli to bude chlapeček nebo holčička. (Směje se) Hlavně jsem si ho představovala jako malého andílka s nádhernými modrými očima a se zlatými vlásky – vlastně jsem většinou spíš myslela na chlapečka, i když v mém okolí si skoro všichni mysleli, že se narodí holčička.“ (Zase se směje)

A kdy miminko dostalo jméno?

„Od samého počátku, jsem věděla, že budu mít buď Martina nebo Martinu – takže vlastně hned, protože můj manžel se jmény souhlasil, taky se mu líbila a v příbuzenstvu nikdo takové jméno neměl.“

Kdy jsi začala vnímat sebe jako matku?

„Vlastně asi velmi brzy od chvíle, jsem zjistila, že jsem těhotná. (Zase se směje) Moc jsem se na tu chvíli těšila, a když přišla, byla jsem moc šťastná. (Úplně se jí rozzářily oči). Určitě k tomu přispěla i moje velká nejistota, ohledně možných komplikací po operaci a úspěšného otěhotnění. Bála jsem se, že děti nebudu moc mít, to by bylo pro mne moc těžké... Asi bych se s tím špatně vyrovnávala, děti jsem měla vždycky moc ráda.“

Pozorovala jsi někdy odlišné chování plodu a při jaké to bylo příležitosti?

„Miminku nedělal dobře např. ranní stres, když jsem jezdila do práce plným autobusem – pořád se hodně pohybovalo, přetáčelo, kopalo – bylo to i pro mne velmi nepříjemné, protože jsem cítila, že mu to moc neprospívá, ale nevěděla jsem, jak to změnit. Snažila jsem se s ním alespoň vnitřně komunikovat a vysvětlit mu, co se děje. Hladila jsem ho přes břicho.“

Můžeš mi říct, co je pro Tebe v životě hodně důležité a nejdůležitější?

„Vždycky to byly vztahy s nejbližšími lidmi – už v mé původní, velmi rozvětvené rodině, s přáteli, a nyní určitě také i v naší nové rodině. S příchodem dítěte se vše tak jakoby promění, vše se mu podřizuje, přizpůsobuje, snažíme se, by mělo vše, co potřebuje, abychom se mu věnovali, co nám síly stačí, protože náš Martin je nezmar! (Směje se) A pak je to určitě zdraví, pohoda v rodině, radost z maličností, mám ráda, když je veselo...“

Jak jsi prožívala celé těhotenství?

„Sama se tomu divím, ale protože jsem neměla žádné závažné problémy ani zdravotní komplikace, musím uznat, že to bylo vlastně velmi hezké období. Celým těhotenstvím mne provázela jakási euforie, snažila jsem se o co nejlepší životní styl, denně jsme po návratu z práce chodili s manželem na procházky do přírody, měli jsme na sebe čas a dodělávali si společně náš byt.“

### **Diskuse k těhotenství paní Heleny**

Paní Helena otěhotněla velmi brzy po svatbě a měla z toho, spolu se svým manželem, velkou radost. Jako matku začala sama sebe vnímat od počátku těhotenství. Také pohyby miminka začala vnímat dříve, než je obvyklé, stejně tak brzy měla pro miminko vymyšlené i jméno. Prenatální komunikací posilovala vzájemnou vazbu s dosud nenarozeným miminkem, a když vnímala, že miminko reaguje na ranní stres při cestě do práce a snažila se vhodnou komunikací s plodem snížit následky tohoto stresu. Velmi kladně vnímala podporu svého manžela v době těhotenství, těšilo ji společné „budování hnízda“, ocenila také společně strávený čas, i procházky v přírodě, což jistě také přispělo k „euforickému“ prožívání těhotenství. Jejich partnerský život také prohloubila společná komunikace s nenarozeným miminkem. Celkově velmi kladné prožívání těhotenství paní Helenou a podpora od jejího manžela spolu s nepřetržitou komunikací s nenarozeným miminkem – to vše dodalo sílu a odhodlání paní Heleně i k porodu. Její pocity během těhotenství byly vesměs velmi kladné, její potřeby- fyzické, emocionální i psychosociální pomáhal naplňovat z velké části manžel a tak paní Helena věřila, že se jí také podaří úspěšně porodit i miminko. Byl to také její dobrý vztah k matce a babičce, který v ní upevňoval toto přesvědčení. (díleční problém 1. a 3.)

Objevil se u Tebe někdy strach z porodu?

„Opravdový strach jsem si nikdy nepřipouštěla. V době před porodem a vlastně i při samotném porodu, mne uklidňovalo vědomí, že moje maminka porodila dvě děti- vlastně docela bez komplikací a moje babička – její maminka, dokonce za svůj život zvládla doma porodit šest dětí, a to mi asi nejvíc pomohlo, že jsem si nějak vnitřně věřila, že to taky dokážu. Nepřipouštěla jsem si žádné katastrofické scénáře, ani jsem nebyla nikterak přehnaně optimistická, jen jsem prostě věřila, že vše dobře dopadne a já porodím své první miminko. (Usmívá se) A také jsem si představovala, že ho poprvé uvidím a budu si ho moci pochovat, dát mu napít...“

A mohla bys přiblížit svůj porod?

„To bych určitě mohla. Vzpomínám, že jsem se večer před tím dnem D už trochu necítila dobře. Bylo to divné i mně, ale prvně jsem odmítla jít ven – na procházku. Druhý den, mne brzy ráno, tak kolem 5. hodiny, probudily kontrakce, které byly zatím nepravidelné. Nevěděla jsem, jestli už souvisí s porodem nebo jsou to poslíčci a tak jsem okolo poledne odjela raději do poradny, kde jsem měla ten den domluvenou kontrolu. To už začaly události nabírat rychlý spád. Kolem 14. hodiny mi lékařka zavolala sanitku, aby mne nechala okamžitě převést do porodnice. Tam se mnou sepsaly porodní asistentky příjem, vyšetřily mne a pak mne vyšetřil i pan doktor. Porodní asistentky mi řekly, že to vypadá dobře, že bych mohla ještě dnes porodit, poslaly mne do sprchy, oholily mne, daly klyzma a pak mne nechaly svému osudu na „hekárně“. Občas mne některá z nich přišla zkontrolovat, zeptala se, jak na tom zrovna jsem a zase odešla. První dobu porodní jsem si tak klasicky odbyla na „hekárně“, ve sprše, a většinu času jsem prochodila – v tom docela malém prostoru, a byla naprosto sama – jen se svým miminkem v bříšku. Asi mi to tak i vyhovovalo, že mne nechali být, mohla jsem se alespoň více soustředit na sebe a své miminko.... Nebyla tam se mnou ani žádná jiná maminka a to mi asi taky vyhovovalo... Pak lékař rozhodl, to mohlo být tak kolem šesté večer, že mi „pustí vodu“, aby porod trochu popohnal. Kontrakce pak hodně zesilovaly a mne převedly porodní asistentky na porodní sál, abych si už lehla na porodní postel. To bylo asi kolem osmé večer. Moc jsem si přála, abych už brzy porodila, ale dostala jsem jen odpověď, že do půlnoci by to snad mělo být. Po dalším vyšetření, když doktor rozhodl, že mi „píchnou“ oxytocin, aby se to více „pohnulo“, začaly být kontrakce jen velmi těžko snesitelné. Velmi mne to neustále nutilo na tlačení, ale porodní asistentky mi řekly, že ještě tlačit nesmím, protože by to uškodilo mně i miminku. Nejhorší bylo, že jsem nikam už nesměla jít, ani se postavit, protože mi přikurtovaly nohy. Za hodinu, když už jsem si myslela, že to nevydržím, šel okolo lékař, zdálky - ode dveří, se na mne podíval a pronesl pro mne hroznou větu: „Tak co, už jsou ty kontrakce pořádný? No to ještě nic není, to teprve začnou!“ V tu chvíli jsem si pomyslela, že už to určitě bez tlačení nevydržím. A protože se na mne zrovna přišla podívat jedna porodní asistentka, prosila jsem, jestli už bych nemohla začít tlačit. Ona mne vyšetřila a zjistila, že jsem už otevřená a nachystaná k porodu. Zavolala lékaře, další porodní asistentky a sestřičky a pak na mne zavolala, abych zatlačila. Jaká to byla pro mne obrovská úleva! (Směje se) Po první kontrakci byla venku hlavička a pak se na další dvě zatlačení Martínek narodil. Bylo za deset minut deset hodin večer.

Křičel tak silně, že sestřička prohlásila, že z něj bude určitě zpěvák, když má takový hlas. Ošetřily ho, umyly a pak mi mého chlapečka konečně ukázaly. Měla jsem z něj nepopsatelnou radost. Vůbec mi nevadilo, že mi zrovna pan doktor šil porodní poranění – pohled na mého syna mi všechno mé předešlé utrpení maximálně vynahradil. Po tvářích mi tekly slzy radosti a já prožívala naprostou euforii. Mrzelo mne jen to, že mi sestřičky Martínka hned po porodu odnesly na novorozenecké oddělení. Tolik jsem toužila být s ním a chovat si ho, objímat ho, hladit, laskat, líbat, prohlížet, byl tak droboulinký a připadal mi tak zranitelný, tak sám....“

### **Diskuse k porodu paní Heleny**

Porod paní Heleny probíhal v porodnici. Zpočátku, v první době porodní, byla spokojená, protože se mohla naladit více na sebe a své miminko. Porodní asistentky jí převážnou dobu ponechaly v klidu a o samotě, a také jí umožnily volně se pohybovat po místnosti. Ve druhé době porodní, po aplikaci oxytocinu (byl jí podán pro urychlení porodu), byly kontrakce už jen těžko snesitelné. Tehdy byla porodní asistentkou převedena na porodní sál a uložena na porodní postel, kde se nemohla vůbec hýbat, protože jí byly „přikurtovány“ nohy. Tuto obtížně zvladatelnou situaci ještě přiostrčil lékař naprosto nevhodnou poznámkou. (dílčí problém č. 1 a č. 3) Přibližně po hodině strávené na porodním sále paní Helena, bez dalších komplikací, porodila svého syna Martina. Měla z něho „nepopsatelnou“ radost, cítila euforii a zadostiučinění, po přestálém utrpení. Bohužel neměla čas se se svým synem dostatečně přivítat, ani ho poprvé přiložit ke kojení (byl narušen bonding matky a novorozence), protože její syn byl velmi brzy sestřičkami odnesen na novorozenecké oddělení. (dílčí problém č. 1,2,3,4)

A jak probíhalo následné období šestinedělí?

„V porodnici jsem tu první noc po porodu vůbec nespala. Nemohla jsem vůbec usnout z toho vzrušujícího zážitku a taky se mi obrovsky stýskalo po mém Martínkovi. Nemohla jsem se dočkat rána, protože to mi sestřičky slíbily, že mi ho přinesou na pokoj. Protože pořád nešly, šla jsem ho ráno hledat. Když jsem ho přes sklo uviděla, jak spinká, hluboce mne to dojalo. Asi za tři hodiny mi ho přinesly na pokoj. Pak už jsme byli spolu pořád. Pamatuju se, jak jsem se na něj nemohla vynadívat, jak jsem z něj nemohla vůbec spustit oči. Bylo mi líto i usnout, protože pak bych ho neviděla.....Zanedlouho přišla sestřička, aby mi ukázala, jak bych měla kojít, zkoušela jsem Martínka přiložit k prsu. Byl moc statečný, nevzdával se po prvních neúspěšných pokusech a tak se nám to oběma velmi brzy

dařilo. Hned druhý den po porodu – večer - jsem začala mít problémy s prsy. Nalila se mi mlékem a neskutečně bolela. Sestřička spráskla ruce, když mne viděla a nařídila mi okamžitě odstříkat oba prsy. K tomu prohodila něco takového jako ve smyslu, no to je pěkné, to už teď budete muset odstříkávat po každém kojení, aby se vám neudělal zánět, to by byla pěkná polízanice! Neměla jsem k dispozici nic víc než svoje ruce a hrneček. Pamatuju se, jak jsem se doslova snažila mléko z prsů vyždímat. Moc to nešlo a hrozně to bolelo, prsa jsem měla tvrdá jako kameny. Nevěděla jsem, že by je bylo dobré nahřát ve sprše nebo dát pak tvarohový zábal. Bohužel, chyběly mi cenné rady. Naštěstí se Martínek snažil pít, ale samozřejmě, byl to novorozenec, tak mu stačilo daleko méně mléka, než moje prsa nabízela. Byla jsem jako těhotná přesvědčená, že se mi určitě podaří kojít, i když moje maminka ani tchyně nekojily, ale že budu mít takový nadbytek, to mne nikdy nenapadlo. Mlíčko ze mne doslova odkapávalo téměř nepřetržitě a tak jsem buď kojila, přebalovala, vážila, sprchovala se nebo odstříkávala. Martínek trpěl na větříky a tak moc v noci ani přes den nespal.... Oba jsme byli unavení ještě dřív, než jsme se stačili vrátit domů. Doma jsem v podstatě pokračovala v podobném rozvrhu – přebalování, kojení, odstříkávání, rychle něco sníst, nebo i něco připravit k jídlu a znovu..... Noci byly nejhorší, nutně jsem si potřebovala odpočinout, ale v noci se Martínkovi stýskalo po mé náruči nejvíc a tak si velmi hlasitě vymáhal, abych ho chovala. Nejspokojenější byl, když jsem ho chovala a k tomu mu ještě vyprávěla, nebo mu zpívala, vypadal úplně blaženě, ale jen do chvíle, než jsem se ho snažila dát do postýlky. Nakonec se mi nejvíc osvědčilo, když jsem ho v noci kojila ve své posteli a usnula z toho vyčerpáním a malý se mnou. Samozřejmě, mne celá rodina varovala, abych si ho nenechávala u sebe v posteli – abych ho nezalehla.....

### **Diskuse k období šestinedělí paní Heleny**

Paní Helena těžce nesla odloučení od svého novorozeného syna, nedokázala ani usnout na oddělení šestinedělí. Následující den po porodu se snažila vynahradit sobě a svému synovi chybějící bonding, který jim na porodním sále nebyl zdravotníky umožněn. Také první kojení jí bylo umožněno až na oddělení šestinedělí – na roomingu. Večer, druhý den po porodu, začala mít paní Helena problémy s retencí mléka – měla bolestivá nateklá prsa. Jedinou radu, kterou obdržela od porodní asistentky, byla, že musí po každém kojení zbylé mléko odstříkat. Paní Helena trpěla nedostatkem včas podaných důležitých informací (jak má prsy dále ošetřovat a co přispívá k prevenci retence mléka, jak pomoci miminku od

plynatosti), vyčerpáním a únavou. Po návratu domů se spánkový deficit a únava dále prohlubovaly, nejobtížnějším obdobím byly noci, kdy syn potřeboval nejvíce matčinu náruč. Je možné, že novorozenec vycítil stav psychické nepohody své matky a reagoval neklidem a potřebou bondingu i v nočních hodinách, což prohlubovalo opět únavu matky. Paní Helena i její miminko nejlépe spali ve společné posteli, kde spolu usnuli, neplánovaně - z vyčerpání, po kojení. Paní Helena ale trpěla strachem, aby své dítě nezalehla, jak ji varovala její rodina. Nakonec období šestinedělí zvládla s vypětím všech fyzických i psychických sil. (dílní problém č. 1,2,3,4)

A jak jsi vnímala následující poporodní období, jako více stabilizační nebo více vyčerpávající?

„Zpočátku to bylo ještě hodně vyčerpávající, ale kolem třetího měsíce nastal takový nepatrný zlom, kdy se vše začínalo trochu zlepšovat. Dál jsem sice kojila celou noc, dál jsem odstříkávala ve dne v noci po každém kojení, přebalovala a na spánek a odpočinek mi téměř nezbyval čas, ale přes den jsem se snažila chodit hodně na procházky, bylo teplo, léto, dlouhé dny plné světla a slunce a to mi asi prospívalo... asi jsem fungovala na sluneční baterky (Směje se) ...měla jsem obrovskou radost z miminka, i když to bylo někdy opravdu hodně náročné....“

A jak se na péči o miminko podílel Tvůj manžel?

„Chodil se mnou odpoledne na procházky, vozil kočárek, připravoval vaničku na koupání, vařil v hrnci dubovou kůru na koupání našeho Martínka, někdy věšel pleny....“

A v jak to bylo v noci – pomáhal Ti manžel?

„To ne, manžel ráno vstával před pátou hodinou do práce a potřeboval se vyspat, aby byl schopný přes den fungovat v práci, Martínkův pláč ho spíše obtěžoval, vždycky říkal: „Prosím Tě, udělej s ním něco, ať tak nekřičí a nechá mne vyspat!“ – a tak jsme někdy i s Martínkem spali v jiné místnosti....“

A neuvažovala jsi, že požádáš někoho o pomoc – třeba Tvoji matku nebo matku Tvého manžela?

„Myslela jsem si, že to musím zvládnout sama, a ani jsem si radši nikomu nestěžovala, protože jsem měla jiné názory na výchovu dětí, než byly dříve a které zastávaly babičky“

Martínka. Nelíbilo se mi, že se dříve nechávaly děti vyplakat v postýlce a byly tam samy. Tehdejší generace matek to tak dělala proto, aby děti nebyly rozmazlené. Ale já jsem nechtěla a vlastně ani nesměla nechat Martínka vyplakat samotného v postýlce. Měl totiž vrozenou tříselnou kýlu a hrozilo nebezpečí, že by mohlo dojít k uskřinutí, když by třeba dlouho plakal. Ale i kdyby ji neměl, stejně bych ho nenechala samotného, když plakal, nějak jsem vnitřně cítila, že tam s ním mám být, že mne potřebuje, a proto pláče, nevěřila jsem, že to dělá z rozmaru.“ (Povzdechla si a trochu posmutněla)

A nenapadlo Tě požádat o pomoc porodní asistentku?

„To mne nenapadlo. Je fakt, že jsem o tom nikdy neslyšela, že by u nás – v Čechách - bylo možné, aby měla nějaká maminka jako pomocnici porodní asistentku.“

Ty jsi opravdu nikdy neslyšela, že i u nás – v Čechách - fungují a je možné si objednat služby soukromé porodní asistentky?

Je pravda, že jsem se o to nikdy asi nezajímala. Asi jsem si to nedovedla představit, že bych měla požádat někoho o pomoc, koho vůbec neznám. A popravdě řečeno, asi bych se bála, že to bude pro mne moc drahé.“

Pozorovala jsi někdy, že se Tvé naladění odráží i v chování Tvého dítěte?

„No, to určitě jo. Docela rychle jsem vyzorovala, že Martínek také více pláče, když jsem já více unavená, nevyspalá a snad i mrzutá....Poprvé jsem si to opravdu silně uvědomila, když jsem musela hned na začátku šestinedělí navštívit zubaře. Ten mi omylem vytrhl nesprávný zub a mne ten bolavý soužil dál. Martínek v té době taky nebyl skoro k utišení, neustále plakal, dožadoval se mé pozornosti a chtěl pořád chovat. Připadla jsem si hrozně, ale zase jsem to alespoň pochopila....(usmívá se) A samozřejmě, pokud jsem já měla dobrou náladu, měl ji i on nebo ji alespoň ode mne brzy získal – když jsem na něho mluvila, smála se na něj, hrála jsem si s ním, zpívala mu....“

Co myslíš, že by Tobě nejvíc pomohlo v poporodním období, abys byla více spokojená, měla více energie a dobré nálady?

„No asi abych se mohla vyspat alespoň někdy trochu víc a abych měla taky chvíli jen pro sebe, ale přitom bych věděla, že je spokojený i Martínek, protože je o něj dobře postaráno. A taky aby mi někdo namasíroval bolavá záda a občas podpořil nějakou

opravdu dobrou radou. Ale ty rady bych potřebovala hned v porodnici, abych se pak doma zbytečně tolik netrápila....(směje se) Ale asi nejvíc bych ocenila podporu, třeba v tom, že by mi někdo řekl, že to, co dělám, dělám dobře - když je Martínek spokojený (až na ty větříky, které nás trápily oba), že je na něm vidět, jak je učenlivý, neobyčejně aktivní, dobře pije i všestranně prospívá. Manžel je moc hodný, ale často měl pocit, že toho málo stačím, že se moc zabývám Martinem a pak, že mi na něho, už nezbývá čas ani nálada. Pravda je, že jsem cítila, že si někdy v tomhle nemůžeme rozumět.....každý jsme to viděl ze svého úhlu pohledu a komunikace na tohle téma se nám nikdy nějak nedařila, což mne dost trápilo.“

Co v tobě vyvolává kojení za pocity?

„Vnímám při kojení propojení se synem, je to pro nás vždy neuvěřitelně intimní spojení, které se stále s postupujícím časem prohlubuje.“ (usmívá se)

Myslíš si, že k mateřství kojení patří a případně proč?

„Rozhodně, pro mne je mateřství s kojením nerozlučně spjata – už v době těhotenství, jsem si představovala, jak své děťátko budu kojít. A myslím si, že kojení obrovsky obohacuje maminky i miminka na těle i na duši. Je to především o vztahu maminky a miminka, o vzájemných dotycích a důvěrné blízkosti.“

Připadalo ti někdy, že tě kojení nějak omezuje?

„Zpočátku jsem měla problémy spojené s odstříkáváním mléka. Ale nikdy bych kvůli tomu kojení neoznačila jako omezující. Je pravda, že mne v tom skoro nikdo nemůže zastoupit – alespoň ne dlouhodobě, ale i v tom je to krásné.“

Jaký má pro tebe význam, že můžeš kojít své dítě?

„Beru kojení jako dar. Nesmírně si ho vážím a jsem moc ráda, že jsem překonala počáteční těžkosti a nikdy bych to nevzdala.“

Co ti nejvíce pomohlo, když jsi pocítila pochybnost/i v souvislosti se svou rolí kojící matky?



„Určitě vnitřní přesvědčení, že dělám vše, co nejlíp to dovedu. A také podpora mé maminky, která byla nadšená, jak se mi daří kojít (ona mne i bratra kojila jen několik dní – byla hodně vysílená a okolí ji přesvědčilo, že nás má přikrmovat umělou výživou z lahve a tak se mléko rychle vytratilo úplně). A také informace, jak je kojení pro miminko důležité.“

Co bylo nejdůležitějším faktorem při tvé adaptaci na roli kojící matky?

„Určitě se co nejvíce soustředit jen na sebe a miminko. Je to vlastně podobné jako při porodu. (směje se) Vydržet únavu a nevyspání a nepropadat panice, pokud se něco nedaří. A také je to o čekání na to, že se to bude postupně zlepšovat. Obrovskou roli může sehrát i podpora nejbližšího okolí a pomoc členů rodiny, babiček, kamarádek.“

### **Diskuse k období do 6 měsíců po porodu paní Heleny**

Zpočátku vnímala paní Helena poporodní období jako značně vyčerpávající, ale kolem třetího měsíce po porodu nastal obrat k lepšímu průběhu. Za příčinu označila paní Helena změnu ročního období. Nastalo léto, které přineslo dlouhé, teplé, slunečné dny a tak i paní Helena při dlouhých procházkách v přírodě pociťovala jeho blahodárné účinky a rychlejší regeneraci sil (je i vědecky dokázáno, že, toto období dlouhých dnů má velmi kladný vliv na psychiku člověka). (dílní problém č. 1 a 2) Manžel paní Heleny se zapojoval do péče o miminko nejčastěji při procházkách – vozil kočárek, nebo při přípravě na koupání a někdy věšel pleny. V noci však manžel paní Heleny vyžadoval klid a nerušený spánek, a tak paní Helena byla na utišování syna sama, což ji značně vyčerpávalo fyzicky i psychicky. Generační rozdíly ve výchově, víra dřívějších matek, že dítě bude rozmazlené, když se chová proto, že pláče, jí bránily požádat o pomoc její nebo manželovu matku. Vnitřně cítila, že ji miminko potřebuje, když pláče, že to není jeho pouhý rozmar (navíc měl syn vrozenou tříselnou kýlu a matka ho na radu lékařů neměla nechat plakat). Neměla žádnou informaci ani zkušenost ze svého okolí o službách nabízených porodními asistentkami. Požádat o pomoc porodní asistentku si nedovedla ani představit – dle jejích slov neměla by důvěru k cizí osobě a také se obávala, že to bude pro ni finančně nedostupné. (dílní problém č. 1, 2, 3) Paní Helena si silně uvědomovala, jak se její chování a prožívání odráží v následném chování dítěte a snažila se ho proto kladně ovlivňovat projevy kontaktního rodičovství. (dílní problém č. 2 a 4) V partnerském vztahu se odrážela její fyzická i psychická únava a manžel to nelibě nesl. Komunikovat o problémech s manželem se paní

Heleně příliš nedařilo, což ještě více přispívalo k její nepohodě, a následným nedorozumění v partnerství. (dílčí problém č. 1 a 3)

Přes všechny problémy, vnímá paní Helena kojení jako dar, který zásadním způsobem přispívá k budování vztahu a vazby s miminkem (mluví o důvěrné blízkosti, vzájemných dotycích). Rozhodně roli kojící matky nevnímá jako omezující, ale právě naopak, jako nesmírně jedinečnou a obohacující pro sebe a tím i pro své miminko. Při adaptaci na roli kojící matky paní Heleně nejvíce pomohlo soustředit se na sebe a své miminko (uvědomuje si tuto souvislost s porodem). Vydržela únavu, nevyspání, nepropadala panice (při retenci mléka), velkou roli sehrála její trpělivost a také podpora nejbližšího okolí (podpora maminky paní Heleny) a určitě i její sebedůvěra překonávat překážky. (dílčí problém č. 3)

### **Shrnutí rozhovoru**

### **Organizace rozhovoru**

Rozhovor s paní Helenou probíhal v prostředí čajovny. Po celou dobu rozhovoru udržovala oční kontakt, často se usmívala a ochotně odpovídala na mé otázky.

### **Rozhovor s paní Evou**

#### **Životní anamnéza**

Paní Eva

Věk: 30

Rodinný stav: vdaná

Porodnická anamnéza: primigravida, primipara

Rodinná anamnéza: kardiovaskulární nemoci, alergie, jinak nic závažného

Osobní anamnéza: alergie (senná rýma, prach, roztoči, plísně...), krom hormonální antikoncepce a léků na alergie žádné dlouhodobé léky, nepravidelně výskyt ekzémů

Gynekologická anamnéza: menarche v 11 letech, bolestivá menstruace, hormonální antikoncepce od 16-ti do 26-ti let, od té doby ne, v 17-ti letech ovariální cysta a laparoskopie

Osobní profil: paní Eva je přiměřeně sebevědomá, komunikativní, velice vyzrálá žena, je velmi empatická, intuitivní. Je také velmi aktivní – zapojuje se i do činnosti v mateřských centrech, žije v harmonickém vztahu se svým manželem a dcerou, má také velmi dobrý vztah se svou matkou

Vztah s matkou: dobrý, mamka je pro ni kamarádka, o kterou se může opřít, občas má ale tendence ji chránit, jindy chrání ona ji

### **Diskuse k anamnéze paní Evy**

Paní Eva poprvé otěhotněla krátce po vysazení hormonální antikoncepce. Je to přiměřeně sebevědomá, komunikativní, velice vyzrálá žena, která umí dobře využívat svou empatii a intuici. V životě je pro ni nejdůležitější dobře fungující rodina a dobré vzájemné vztahy – žije v harmonickém vztahu se svým manželem a malou dcerou, velmi dobrý vztah má také se svou matkou (má v ní oporu a to ji pomohlo v době těhotenství i porodu). Paní Eva je ale aktivní i mimo rodinu – zapojuje se do činnosti např. v mateřském centru a tak pomáhá i jiným maminkám.

### **Rozhovor s paní Evou**

Může se Tě zeptat, zda jste těhotenství plánovali a pokud ano, jak dlouho?

„Neplánovali. Tedy, plánovali do budoucna. Ale byli jsme spolu půl roku, když jsem otěhotněla a při tom inkriminovaném milování jsem manželovi řekla, že když se nebudeme dnes chránit, je vysoká pravděpodobnost, že můžu otěhotnět. Nijak to nekomentoval, tak se stalo.“ (Směje se)

Jak těhotenství vnímal manžel?

„Užíval si ho se vším všudy. Dokonce poznal, že jsem těhotná ještě dřív, než jsem se to podezření sama odvážíla vyslovit nahlas. Byl rád.“

Vzpomínáš si na své první pohyby miminka, případně v jaké jsi byla situaci?

„Vzpomínám. Dívala jsem se z postele na nějaký akční film, který běžel v televizi a nějak jsem neměla sílu ho jít předpnout. Tak mě naše miminko doslova dokopalo to udělat. (Směje se) Očividně jsem mu tam posouvala až moc adrenalinu.“

Jak jsi s miminkem komunikovala?

„V myšlenkách i verbálně, hladila jsem ho přes břicho, o všem kolem jsem mu povídala a vítala ho.“

A jak Tvůj manžel, přistupoval ke komunikaci s nenarozeným miminkem?

„Jako by už bylo součástí naší domácnosti. Zdravil mě i miminko, mazlil se s břichem...“

Představovala sis někdy, jak miminko vypadá?

„Mnohokrát.“

A kdy miminko dostalo jméno?

„Přesně to nevím, ale záhy, ještě nebylo ani jisté, zda to bude holka nebo kluk. Pro holku jsme se shodli na jméně téměř hned, pro kluka jsme jméno neměli ani v den porodu.“ (Směje se)

Kdy jsi začala vnímat sebe jako matku?

„Pořádně až když jsem ho začala cítit.“

Pozorovala jsi někdy odlišné chování plodu a při jaké to bylo příležitosti?

„Od začátku mi dávalo jasně najevo, co se mu líbí a co ne. Ticho, hluk, jídlo, poloha...“

Můžeš mi říct, co je pro Tebe v životě hodně důležité a nejdůležitější?

„Spokojená a naplněná rodina a její členové.“

Jak jsi prožívala celé těhotenství?

„Snažila jsem se na radu své učitelky psycholožky vyhýbat stresu, takže jsem odsouvala všechno, co šlo a nedělalo mi dobře a soustředila jsem se na ten nejdůležitější úkol, kterým bylo donosit a porodit zdravé a spokojené dítě. Tomu jsem podřídila všechno.“

Objevil se u Tebe někdy strach z porodu?

„Asi měsíc před porodem, ale nebyl to strach z porodu. Byl to strach ze zásahů zdravotníků a jejich manipulace, až se mě budou snažit při porodu dostat tam, kam chtějí oni a ne tam, kde je to nejlepší pro mě a moje dítě. Díky tomu jsem se také rozhodla odjet porodit do porodnice vzdálené 90km od místa bydliště, ačkoliv přímo ve městě máme dvě porodnice.“

### **Diskuse k těhotenství paní Evy**

Paní Eva se svým manželem těhotenství neplánovali, ale když paní Eva otěhotněla, oba ho přivítali s radostí. Velmi záhy také své nenarozené miminko pojmenovali a začali s ním přirozeně komunikovat a vnímat ho jako samostatnou bytost - nového člena rodiny. Paní Eva se začala cítit jako matka již s prvními pohyby miminka, a dále v těhotenství z pohybů vyzorovala, co se miminku líbí a co ne. Na radu své učitelky, psycholožky, se cíleně vyhýbala stresu a všechno podřídila tomu, aby donosila a porodila zdravé a spokojené dítě. Během těhotenství neprožívala strach z porodu, ale obávala se nevhodného chování zdravotníků, proto si naplánovala porod v Centru aktivního porodu, i když bylo vzdálené 90 km od místa bydliště. (dílní problém č. 1, 3)

A mohla bys mi přiblížit svůj porod?

„Pro mne z neznámého důvodu mi gynekolog na pravidelné prohlídce na konci devětatřicátého týdne těhotenství provedl Hamiltonův hmat, takže jsem začala lehce krváčet. Dojeli jsme domů, oba s manželem usnuli a pak, když už jsem byla sama, začaly v půl páté odpoledne první kontrakce cca po 20min. Byly jemné a na radu své porodní asistentky jsem po hodině zalezla do vany, abych věděla, jestli to přestane nebo naopak. Když jsem z vany vylezla, měla jsem kontrakce po cca 5 min. Kolem deváté večer přijela moje kamarádka porodní asistentka a po konzultaci jsme se rozhodly ještě počkat, daly

jsme si čaj, popovídaly si a v půl dvanácté v noci, jsme se rozhodly vyrazit na cestu. Kontrakce jsem měla cca po 4 min. Při příjezdu do porodnice mě lehce vystresovala místní porodní asistentka, takže mi kontrakce na 15min ustaly, ačkoliv v té době už byly cca po 1-2min. Po vstupních formalitách se opět rozjely. Rodila jsem v centru aktivního porodu, takže jsem si užívala klid a prostor jen sama se sebou, svou porodní asistentkou a manželem. Jen místní porodní asistentka a lékařka mě sem tam vyrušily. Ve vaně před čtvrtou hodinou ráno mi praskla voda, po šesté se vyměnila směna a s novou místní porodní asistentkou, která mi byla mnohem sympatičtější než ta předešlá, se vše víc rozjelo. Druhá doba porodní u mne trvala cca 90 min, ale měla jsem pocit, že je to tak 10 min. Opravdu jsem pociťovala změněný stav vědomí. Polohu jsem si volila sama, několikrát ji změnila a nakonec rodila opřena zády o manžela v podřepu na porodním vaku. Epiziotomii jsem po několika klidných pokusech odsouhlasila také sama. Celkově jsem se cítila respektovaná, což pomáhalo. Porod nebyl úplně bez komplikací, ale spíš je připisuji své psychické labilitě a nezpracovaným záležitostem než tělu. Miminko zvládalo porod krásně a i přes delší dobu v porodních cestách se dcerka narodila s Apgar skóre 10-10-10. Dostala jsem ji hned na břicho a po pár minutách porodila lehce i placentu. Pak jsem si musela přejít do vedlejší místnosti kvůli šití a dcerku tatínek na chvíli odnesl na vážení a měření a hned zase zpět ke mně, kde se ihned přisála. Poté už jsme spolu byli všichni tři i na šestinedělí, což považuji za jeden z největších darů do nově vznikající rodiny.“

### **Diskuse k období porodu paní Evy**

Paní Eva si značnou část první doby porodní prožila na radu své kamarádky – porodní asistentky v klidu domova, kde měla zaručenou naprostou volnost pohybu, bezpečí a intimitu. Podporu a jistotu zabezpečovala porodní asistentka – kamarádka, která ji sledovala a povídala si s ní. Ve chvíli, kdy kontrakce byly pravidelné po 4 minutách, půl hodiny před půlnocí, navrhla porodní asistentka odjet do porodnice. Paní Eva podle plánu odjela porodit své první dítě do Centra aktivního porodu v doprovodu své kamarádky - porodní asistentky a manžela. (dílčí problém č. 1) Krátce po příjezdu do porodnice, následkem nepříjemného jednání porodní asistentky z Centra, kontrakce u paní Evy na 15 minut ustaly – i když předtím byly už pravidelné po 1-2 minutách. (dílčí problém č. 3) Krátce po příjmu na oddělení se kontrakce spontánně obnovily a tak si paní Eva mohla znovu začít užívat klid a prostor, aby se opětovně naladila na sebe a své miminko. Porod se

ještě více urychlil ve chvíli, kdy se vyměnila ráno směna a nová porodní asistentka byla paní Evě mnohem sympatičtější. (dílní problém č. 3) Ve druhé době porodní, která trvala 90 minut, ale paní Evě připadala velmi krátká, zažila změněný stav vědomí. (dílní problém č. 1) Paní Eva ocenila, že si mohla několikrát zvolit porodní polohu podle svých pocitů, intuice a potřeb a také ji velmi pomohlo, že cítila od zdravotníků respekt. Nakonec porodila v podřepu na porodním vaku opřená zády o manžela. (dílní problém č. 1 a 3) Holčička se narodila úplně v pořádku – měla Apgar skóre 10-10-10 a byla položena ihned své matce na břicho – skin to skin a také na porodním sále se ihned přisála. Bonding společně strávený s manželem pojala jako výborný začátek rodinného života a byla za něj velmi vděčná i zdravotníkům, kteří je v tom podporovali. Komplikace při porodu paní Eva připisuje svým nezpracovaným záležitostem a psychické labilitě. (dílní problém č. 1, 2, 3, 4)

A jak probíhalo následné období šestinedělí?

„V porodnici velmi klidně a podpůrně zejména ze stran dětských sester a lékařů, kteří mě podporovali i ve společném spaní s dcerkou. Ty tři dny jsme si s manželem opravdu užili. Doma jsem chvíli bojovala s pocitem, že toho musím zvládat víc, ale nakonec jsem věnovala 99% času dcerce a sobě a manžel o nás pečoval. Proběhl u mě zánět prsu s vysokými horečkami, ale s podporou své porodní asistentky a manžela jsem to zvládla i bez antibiotik. Také jsem měla v období šestinedělí asi dvě epizody, kdy jsem se cítila vyčerpaná a nevěděla jsem, jak dcerce pomoci, když plakala, ale s pomocí milých slov blízkých to rychle přešlo.“

A jak jsi vnímala následující poporodní období, jako více stabilizační nebo více vyčerpávající?

„V šestinedělí moje emoce byly jako na houpačce, moje emoční propojenost s dcerkou byla velmi hmatatelná. Postupně se to však zlepšovalo a na konci šestinedělí už jsem byla celkem stabilizovaná. Ještě tak přibližně do třech měsíců dcerky se sem tam objevila nějaká nejistota, ale vždy jsme ji jako rodina rychle zvládli. Mě osobně to hodně posílilo.“

A jak se na péči o miminko podílel Tvůj manžel?

„Dcerka byla kojená, takže spíš opečovával nás obě jako jednu jednotku, ale rád choval, nosil apod.“

A v jak to bylo v noci – pomáhal Ti manžel?

„Spali jsme s dcerkou od začátku v jedné posteli, takže první měsíc se trochu bál, aby ji nezalehl, ale pak si zvyknul. A já jsem v prvních třech měsících s dcerkou chodila při nočním kojení do vedlejší místnosti, abych ji přebalila. Ale když už nebylo potřeba ji při každém kojení v noci přebalit, jen jsem jí nabídla prs a opět usnula. Od té doby jsme se vyspali všichni daleko lépe. Tím pádem jsem ani nepotřebovala, aby mi manžel v noci pomáhal. Snad jen v tom období horeček, to se celou dobu staral o nás obě. Já spala jinde a dcerku mi nosil na každé kojení a poté se o ni skvěle postaral.“

Slyšela, jsi, že i u nás – v Čechách - fungují a je možné si objednat služby soukromé porodní asistentky?

„Až poté, co mě na to upozornila moje porodní asistentka. Byla jsem v Plzni zahrnuta i do projektu návštěv v šestinedělí.“

Pozorovala jsi někdy, že se Tvé naladění odráží i v chování Tvého dítěte?

„Pozoruji to doteď. Dceři je 18 měsíců.“

### **Diskuse k období šestinedělí paní Evy**

Paní Eva prožila rané šestinedělí díky podpoře zdravotnického personálu velmi klidně, mimo jiné ocenila i jejich podporu ve společném spaní s novorozenou dcerou v jedné posteli. Velkou podporou pro ni byl i manžel, který strávil celou dobu hospitalizace s paní Evou a miminkem. Díky laskavé péči manžela se paní Eva i po návratu z porodnice domů mohla opět věnovat pouze miminku a sobě. Dokonce o ni a dceru manžel pečoval spolu s porodní asistentkou při zánětu prsu tak dobře, že jí nemusela být naordinována ani antibiotika. Rovněž ji velmi psychicky podpořil a pomohl ve dvou epizodách, spolu s dalšími nejbližšími členy rodiny (hlavně matkou paní Evy), kdy paní Eva pociťovala narušení kompetencí být dobrou matkou. Toto jistě ovlivnilo i emoční rozkolísání, které vlivem nestabilní hormonální hladiny prožívá většina matek v době šestinedělí a je pro toto období typické. Paní Eva si také velmi silně uvědomovala svoji emoční propojenost



s miminkem a také to, jak se její celková pohoda či nepohoda – její celkové naladění projevuje v chování dítěte. V době šestinedělí byla upozorněna svou kamarádkou - porodní asistentkou, na možnost poskytnutí návštěv porodní asistentkou a tak jich, v rámci bezplatného projektu, ke své spokojenosti i využila. (dílní problém č. 1, 2, 3, 4)

Co myslíš, že by Tobě nejvíc pomohlo v poporodním období, abys byla více spokojená, měla více energie a dobré nálady?

„Přenechání veškeré péče o domácnost a vaření někomu jinému. Často jsem se zanedbávala v jídle, což se odráželo na trávení dcerky. Bylo pro mě přednější být neustále s ní než tančit kolem plotny.“

Jaké rady a pomoc bys ocenila kdykoli v období těhotenství, porodu a mateřské dovolené?

„Podporu přirozeného těhotenství, porodu a kojení. V těchto oblastech je zde neustále velké množství patologických mýtů, které berou ženám kompetence a ačkoliv jsem měla daleko větší podporu než ženy kolem mě, zpětně si dovedu představit ještě větší důvěru v mé kompetence. Jsem přesvědčená, že mnoho věcí by bylo jednodušších, kdybych si více důvěřovala jako žena a matka a více jsem důvěřovala signálům dítěte namísto kvant příruček někoho, kdo si o sobě myslí, že zná děti lépe než jejich matky a dokáže se o ně i lépe postarat.“

Jaké jsou Tvé zkušenosti s porodními asistentkami a lékaři?

„Velmi různé. Ta škála je opravdu široká. Od naprosto nerespektujících arogantních lidí velmi silně užívajících svou moc, po velmi milé lékaře i porodní asistentky naladěné na matku a její dítě jako jednu jednotku. Obecně však lépe vycházejí porodní asistentky. Nejspíš také proto, že jsou v současnosti více školené k přirozenému zdravému porodu, kdežto lékaři hlavně k patologiím, což je nutí mít strach.“

Je pro Tebe intuice důležitá? Využíváš jí v péči o své dítě často? Jak na to reaguje manžel?

„Intuice je pro mě naprosto zásadní. Využívám ji nejen v péči o dítě, ale tam neustále. Manžel občas nejprve nevěřicně kroučí hlavou, ale dobrou komunikací jsme vždy došli k tomu, že mé intuici důvěřuje. Mnohokrát se mu už potvrdilo, že se to vyplatí.“

Co v tobě vyvolává kojení za pocity?

„Krásný pocit souznění s vlastní dcerou. Nutí mě se zastavit, uvolnit a uklidnit. Prospívá to nám oběma.“

Myslíš si, že k mateřství kojení patří a případně proč?

„Rozhodně ano. Je to jedinečné propojení maminky a dítěte. Podporuje mateřské instinkty, nutí maminku neodcházet od vlastního dítěte, když opravdu nemusí, což prospívá dítěti s ohledem na vztahovou vazbu.“

Připadalo ti někdy, že tě kojení nějak omezuje?

„Omezuje v tom, že neustále je dítě na prvním místě. Ale osobně to tak nevnímám. Moje dítě je pro mě důležitější než cokoliv co bych mohla dostat, kdybych byla nucená od něj odejít na déle než 1-2hod.“

Jaký má pro tebe význam, že můžeš kojit své dítě?

„Je to fantastický dar a jsem za něj vděčná dnes a denně.“

Co ti nejvíce pomohlo, když jsi pocítila pochybnost/i v souvislosti se svou rolí kojící matky?

„Podpora od blízkých a kamarádky porodní asistentky a laktační poradkyně. Hlavně ta psychická. Potřebovala jsem, aby mi někdo řekl, že to zvládnou, že všechny problémy jsou jen přechodné. Dnes už vím, že psychika je naprosto klíčová. Všechny techniky jsou k ničemu, když maminka není naladěná na sebe a svoje dítě.“

Co bylo nejdůležitějším faktorem při tvé adaptaci na roli kojící matky?

„Naladit se sama na sebe a na potřeby své dcerky. Potřebovala jsem přesunout ostatní aktivity kolem partnera a domácnosti na druhou kolej. Když jsem se dokázala naladit na nás obě, najednou všechno šlo snadno.“

### **Diskuse k období do 6 měsíců po porodu paní Evy**

V poporodním období se paní Eva již více, i emočně stabilizovala a stále silněji vnímala jedinečnou emoční propojenost se svou dcerou. Paní Eva si uvědomuje jak důležitost podpory a opory ve svém nejbližším okolí, (od blízkých osob, kamarádky – porodní asistentky a laktační poradkyně), tak zároveň posílení kompetence žen – matek, aby byly více schopné věřit samy sobě i signálům svého dítěte a mohly tak nejlépe naplňovat všechny jeho potřeby. V mateřství se jí osvědčuje intuitivní přístup k dítěti. Kojení vnímá jako dar pro sebe i své dítě, nikdy ho nevnímala jako omezující. V souvislosti s adaptací na roli kojící matky, mluví o nutnosti naladit se na sebe a potřeby svého dítěte, nutnosti přesunout ostatní aktivity, např. spojené s péčí o domácnost, na blízké sociální okolí (partnera). Klíčová je z jejího pohledu je psychika matky, technika kojení ji nemůže nahradit. (dílní problém č. 4) Zároveň zdůrazňuje nutnost zaměřit se na stále větší podporu přirozeného těhotenství, porodu i kojení ve společnosti. Dle paní Evy, jsou na tento přirozený přístup více naladěné porodní asistentky než lékaři. Důvod spatřuje už v rozdílné prvotní přípravě – při studiu, kdy se porodní asistentky více zaměřují na přirozené, fyziologické těhotenství a porod, na rozdíl od lékařů, kteří se více zaměřují na vyhledávání patologií a jejich následné léčení, což vyvolává spíše strach a nejistotu. (dílní problém č. 1, 2, 3, 4)

### **Shrnutí rozhovoru**

#### **Organizace rozhovoru**

Rozhovor s paní Evou probíhal v domácím prostředí paní Evy. Po celou dobu našeho rozhovoru navazovala a udržovala oční kontakt, mile se usmívala a pohotově odpovídala na mé otázky.

## **8.8 Diskuse**

### **Diskuse k anamnéze**

Obě ženy – paní Helena i paní Eva byly poprvé těhotné přibližně ve stejném věku. Obě otěhotněly spontánně a v krátkém časovém období. Paní Helena po komplikované břišní operaci a následném léčení (prevence neplodnosti), paní Eva po vysazení hormonální antikoncepce. Obě měly velmi dobrý vztah se svým partnerem – manželem a také se svou matkou. Obě už měly vytvořený ustálený žebříček hodnot ve svém životě a pro obě byla rodina prioritou. Obě vykazovaly řadu vlastností a schopností, které vytvářely předpoklad ke zvládnutí mateřské role.

### **Diskuse k těhotenskému období**

Obě ženy otěhotněly nečekaně brzy – paní Helena krátce po svatbě, paní Eva krátce po vysazení hormonální antikoncepce. Obě ženy, i jejich partneři – manželé, přijali těhotenství s velkou radostí (u paní Evy bylo neplánované). Paní Helena začala samu sebe vnímat jako matku od první chvíle, kdy jí bylo diagnostikováno těhotenství, zatímco paní Eva začala vnímat své mateřství od prvních pohybů miminka. Obě ženy i jejich partneři naprosto přirozeně a velmi často využívali prenatální komunikace pro navázání a posílení vazby s nenarozeným miminkem. Paní Helena uvádí, že společná komunikace (paní Heleny a manžela) s nenarozeným miminkem prohloubila jejich vzájemný vztah. U paní Evy a jejího manžela vzájemná komunikace vedla k uvědomění plodu jako samostatné bytosti. Obě matky podle pohybů plodu vyzpozorovaly, jak se plodu daří a snažily se zmírnit a odstranit stresující podněty (paní Helena zažívala stres cestou do práce a paní Eva zmiňuje stres při sledování akčního filmu v televizi). Paní Helena i paní Eva prožívali těhotenství vesměs s kladnými pocity (paní Helena dokonce mluví o euforickém prožívání těhotenství), jejich potřeby – fyzické, psychické i sociální byly naplněny za podpory jejich partnerů. Strach z porodu neprožívala ani jedna z matek – paní Helena věřila ve svou rodovou sílu (příklad dobrého porodu matky a babičky a dobrý vztah s oběma ženami), věřila sama sobě (své vnitřní síle překonat případné překážky) a cítila odhodlání porodit miminko (velmi se na něj těšila celé těhotenství spolu se svým manželem). (dílčí problém č. 1 a 3) Paní Eva se neobávala porodu, ale nevhodného, manipulativního chování zdravotníků (proto si naplánovala porodit ve vzdáleném Centru aktivního porodu). (dílčí problém č. 3)

### **Diskuse k období porodu**

Období porodu prožívaly obě ženy odlišně. Paní Helena rodila v porodnici bez podpory manžela nebo blízké osoby, paní Eva podle plánu odjela porodit se svou kamarádkou – porodní asistentkou a manželem do Centra aktivního porodu. Paní Evu zde nemile překvapilo nepříjemné jednání příjmové sestry – dokonce jí ustaly kontrakce na 15 minut. V první době porodní se mohla paní Helena i paní Eva volně pohybovat po místnosti a byly ponechány v klidu a o samotě, mohly se tak lépe soustředit na sebe a své miminko. Paní Eva zaznamenala kladný vliv na průběh porodu při ranní výměně směny – sympatičtější porodní asistentka přispěla k urychlení porodu. (dílčí problém č. 3) Ve druhé době porodní byl paní Heleně aplikován oxytocin (z rozhodnutí lékaře pro urychlení porodu) a byla uložena na porodní postel (navíc jí byly přikurtovány nohy), takže se nemohla vůbec hýbat. Tuto obtížně snesitelnou situaci ještě zhoršil lékař naprosto nevhodnou poznámkou. Naproti tomu paní Eva si ve druhé době porodní mohla volit polohy dle svých pocitů, potřeb a intuice (dokonce si uvědomuje, že prožila změněný stav vědomí těsně před porodem) a cítila od zdravotníků respekt. Nakonec zvolila k porodu pozici v podřepu a přitom se opírala zády o svého manžela. (dílčí problém č. 1 a 3) Paní Helena porodila sice bez viditelných komplikací, ale byla značně omezena ve svých potřebách a pocitech (např. tím, že musela родit vleže na porodnické posteli). (dílčí problém č. 1 a 3) Paní Evě byl bezprostředně po porodu umožněn bonding s novorozenou dcerou (užívala si ho společně se svým manželem), za podpory zdravotníků, což velmi ocenila. Paní Heleně nebyl bonding ze strany zdravotníků umožněn a ona velmi těžce prožívala skutečnost, že nedostala příležitost se svým novorozeným chlapečkem dostatečně přivítat a seznámit. Její syn byl velmi brzy po narození odnesen na novorozenecké oddělení. (dílčí problém č. 1, 2, 3, 4)

### **Diskuse k období šestinedělí**

Paní Helena velmi těžce prožívala odloučení od svého novorozeného miminka. Chybějící bonding z porodního sálu se snažila nahradit láskyplnou péčí na oddělení šestinedělí – na roomingu, hned druhý den, kdy jí sestřičky chlapečka přinesly. Paní Eva, byla celou dobu na oddělení šestinedělí společně se svým manželem i miminkem. Byla zdravotníky dokonce podporována i ve společném spaní s miminkem v jedné posteli. (dílčí problém č. 1, 2, 3, 4) Paní Helena měla druhý den po porodu problémy s retencí mléka. Nedostalo se jí však dostatek informací od zdravotnického personálu jak vzniklou situaci řešit a jak jí předcházet. (dílčí problém č. 1, 2, 3, 4) Paní Evu postihl podobný problém po

návratu do domácího prostředí. Díky laskavé péči porodní asistentky – kamarádky a porodní asistentky, která za ní docházela, a za přispění velké péče manžela nakonec zvládla zánět prsu bez léčby antibiotiky. Obě matky prožívaly toto období opět rozdílně. Paní Helena byla na péči o miminko spíše sama, byla velmi vyčerpaná fyzicky i psychicky, trpěla především nedostatkem spánku (miminko trápila plynatost) a značnou únavou. Paní Eva měla podporu svého manžela a porodní asistentky, která za ní pravidelně docházela. Přesto i paní Eva popisuje toto období jako emoční houpačku. Obě matky si velmi silně uvědomovaly také svoji emoční propojenost s novorozencem a také, jak se jejich nálady projevují v chování dítěte. (dílčí problém č. 2 a 4) Obě matky vyzorovaly také klady společného spaní s miminkem v jedné posteli. Paní Eva se na něj zaměřila cíleně, paní Helena tak usínala z vyčerpání a bála se, aby miminko nezalehla (ovlivnilo ji varování od členů rodiny).

### **Diskuse k období do 6 měsíců po porodu**

Paní Helena zpočátku prožívala poporodní období jako všestranně vyčerpávající. Rozdílný přístup k výchově bránil paní Heleně požádat o pomoc prarodiče (babička chování dítěte kvůli pláči vnímala jako rozmazlování, ale paní Helena „vnitřně cítila, že ji miminko potřebuje“, že nepláče bez důvodu), manžel paní Heleny vyžadoval klid a nerušený spánek. (dílčí problém č. 1, 2, 3, 4) Paní Helena neměla žádné informace o službách nabízených porodními asistentkami. Pravděpodobně by je však stejně nevyužila. Kolem třetího měsíce po porodu nastal zlom. Paní Helena viděla souvislost mezi ročním obdobím (nastalo léto) a zlepšením její fyzické i psychické kondice. (dílčí problém č. 1, 2, 3, 4)

Paní Eva se v poporodním období také více emočně stabilizovala a ještě více vnímala prohlubující se emoční propojení s dcerou. V mateřství se jí osvědčil intuitivní přístup k dítěti. Paní Helena se zmiňuje o kladném vlivu kontaktního rodičovství, kterým se zmírňoval dopad její emoční rozkolísanosti na miminko. Také partnerský vztah paní Heleny odrážel její fyzickou i psychickou nepohodu, komunikace vedla spíše k dalším nedorozuměním s manželem.

Paní Eva si uvědomila nejen jak je důležitá opora a podpora nejbližšího okolí, ale také důležitost posílení kompetencí žen – matek, aby posílily vlastní sebedůvěru a lépe naplňovaly všechny potřeby svých dětí (i v souladu s intuicí). Zdůraznila také, že bychom

se jako společnost, měli zaměřit na větší podporu přirozeného těhotenství, porodu i kojení. Naději vidí v porodních asistentkách, které jsou, podle ní, na přirozený přístup k ženě ve všech těchto obdobích, připravovány již při studiu. (dílčí problém č. 1, 2, 3, 4)

Paní Eva i paní Helena (i přes všechny problémy) shodně vnímají kojení jako dar pro sebe i své dítě, nikdy ho nevnímaly jako omezující záležitost. Obě matky v souvislosti s adaptací na roli kojící matky, mluví shodně o nutnosti naladit se na sebe a potřeby svého dítěte - paní Helena zde spatřuje souvislost s porodem. Paní Eva navíc mluví o nutnosti přesunout ostatní aktivity, např. spojené s péčí o domácnost, na blízké sociální okolí (partnera), neboť klíčová je z jejího pohledu psychika matky, technika kojení ji nemůže nahradit.

Paní Heleně, dle mého názoru, velmi pomohla její vnitřní motivace pro kojení již z období těhotenství a porodu, k tomu, aby vydržela únavu, nevyspání a nepropadala panice (při retenci mléka). Jistě velkou roli sehrála také její trpělivost a vůle překonávat překážky, která podpořila její sebedůvěru. (dílčí problém č. 4) Cenná pro ni byla i podpora nejbližšího sociálního okolí (podpora maminky paní Heleny). Paní Eva měla navíc velkou oporu ve svém manželovi, kamarádce - porodní asistentce a laktační poradkyni. (dílčí problém č. 3)

## 9 DISKUSE ZÁVĚREČNÁ

### 9.1 Hlavní problém

Analyzovat souvislosti mezi kojením a psychikou ženy – matky

**Dílčí problémy, na které se zaměřuji v diskusi:**

1. Analyzovat pocity matky a její potřeby – od těhotenství do 6 měsíců po porodu
2. Popsat adaptaci ženy na roli kojící matky
3. Prozkoumat vliv sociální okolí (blízkého sociálního okolí i vliv zdravotníků) na psychiku kojící ženy a rozvoj jejích kompetencí
4. Analyzovat vliv psychiky matky na kojence

Svoje poznatky – shromážděné ve výzkumné části práce a také v teoretické části jsem ověřovala a porovnávala s bakalářskou prací „Stavy psychiky žen v těhotenství, při porodu a v šestinedělí“ Věry Stískalové, a další bakalářskou prací „Příčiny a projevy změn psychiky u šestinedělek“ Daniely Dejmkové, a s dalšími, dosud v mé bakalářské práci nepublikovanými, poznatky z literatury.

**Dílčí problém č. 1. Analyzovat pocity matky a její potřeby – od těhotenství do 6 měsíců po porodu**

**V období těhotenství**

Při svém výzkumu jsem shledala jako klíčový aspekt potřebu matky zažívat ve všech obdobích **pocit bezpečí, lásky a podpory, což je dáno dobrým harmonickým partnerským vztahem**. Prohlubující se vazba s partnerem po celou dobu těhotenství ovlivňuje psychiku ženy i nenarozeného dítěte. (Monganová, 2010) Nemalý vliv na psychiku ženy a její prožívání vykazuje také dobré rodinné zázemí - **důležitý je také dobrý vztah** s rodiči a to především **s matkou**, protože ona se může stát vzorem budoucí matce – své dceři. S tím souvisí také **potřeba pochopení, tolerance, jistoty a sebedůvěry**, kterou žena přijímá od svého sociálního okolí. A také **potřeba, mít možnost sdělit někomu své pocity, potřeby, stesky, radosti**.



Praško upozorňuje, že dříve a to ve většině civilizací, měla těhotná žena výsadní postavení v rodině, která ji zahrnovala všemožnou péči a pozorností, dávala jí pocit jistoty a bezpečí. V současné společnosti je preferována individualizace, která s sebou mnohdy přináší nejen nezávislost, ale také oddělenost jednotlivých členů rodiny a tím se stává situace pro rodičky zcela odlišná. A tak dnešní novoroďičky mohou pociťovat relativní osamělost, často mohou mít pocit, že jim chybí ochrana, ale přesto jsou svým okolím utvrzovány v důležitosti své role matky. (Stískalová, 2014)

Z mého výzkumu také vyplývá, že těhotenství by mělo být vnímáno jako **aktivní dialog mezi matkou a nenarozeným dítětem v interakci se sociálním okolím. Přímoú souvislost vlivu emocí matky na plod, prokázaly studie** uvedené v mé teoretické části výzkumu (Rank, Fodor, Verny, Chamberlain, Fedor – Fleybergh) a potvrdily ho i obě matky při rozhovoru v praktické části práce. Obě se shodly na tom, že **prenatální komunikace byla** pro ně i jejich partnery **naprosto přirozenou a samozřejmou součástí prožívání těhotenství** a s jejím praktikováním začaly velmi záhy. (**Paní Helena v rozhovoru uvedla, že právě prenatální komunikace navíc pomohla prohloubit vztah s jejím partnerem**). S prvními pohyby plodu začíná žena považovat plod za samostatnou bytost i jako aktivního partnera rodičů (Ratislavová). Toto uvedla i paní Eva v rozhovoru. Velmi inspirující pro rodiče i celou naši společnost může být věta: „Jak jednáme s dětmi, budou děti jednat se světem a to zahrnuje i dítě ještě nenarozené.“ (Marek, 2002, s. 97) Verny říká, že prenatální komunikace dítě uklidňuje, zlepšuje mu spánek, činí ho spokojenějším a připravuje ho na život mimo dělohu. Při mém výzkumu jsem také dospěla k názoru, že **aby matka mohla se svým dítětem komunikovat, musí být schopna a ochotna se nejprve naladit se na sebe a to předpokládá, že je ztotožněna se svou ženskou rolí, rolí matky. V tomto směru jí velmi může pomoci její dobrý vztah s matkou (uvádí ho obě respondentky).**

#### **V průběhu porodu**

**Porod jako náročná životní situace** ženu velmi výrazně ovlivňuje a formuje. **Některé ženy mají pocity uspokojení, hrdosti, sebedůvěry a sebevědomí, ale jiné mohou mít pocit selhání, pocit, že situaci nezvládly, pocit sníženého sebepojetí** (úzkosti, strachu, ztráty duševní rovnováhy). To jak se žena se vším vypořádá, ovlivňuje řada faktorů: osobnost, vzdělání, vrozené vlastnosti, zkušenosti, aktuální stav organismu i sociální podmínky. (Ratislavová, 2008)

Porod můžeme vnímat jako velmi **hluboký – iniciační zážitek pro matku i dítě. To jakým způsobem proběhne, se promítá i do pozdějšího vztahu matky a dítěte a matky k sobě samotné.** (Mrowetz) Při němž **dochází k transformaci ženy v matku** a týká se to především změny hodnot a způsobů chování (Bučilová). Při obou rozhovorech se mi potvrdilo, že aby k tomu mohlo dojít, musí být splněny některé podmínky, které nenarušují a nebrzdí přirozený fyziologický proces. Klíčovým se tedy ukazuje **přístup k rodící ženě.** Je k tomu zapotřebí zajistit ženě klid, přítomnost, intimitu, soukromí, možnost matky dělat hluk a rodit v jakékoli poloze. (Odent) Jedině **žena uvolněná, plná důvěry, těšící se na dítě, může zažít bezproblémový porod.** Tyto podmínky byly z velké části splněny u paní Evy (podřídila tomu i **výběr místa porodu** v Centru aktivního porodu, aby jí bylo umožněno rodit co nejpřirozeněji), zatímco u paní Heleny tyto podmínky byly splněny pouze v I. době porodní.

Paní Eva ocenila, že si **mohla několikrát zvolit porodní polohu podle svých pocitů, intuice a potřeb** a také ji velmi pomohlo, že **cítila od zdravotníků respekt.** Její dcera, která byla úplně v pořádku, byla položena ihned své matce na břicho – skin to skin a také na porodním sále se ihned přisála.

### **V období šestinedělí**

Psychika žen v šestinedělí je velmi zatížena hormonálními změnami, fyzickými změnami po porodu a také adaptací na novou roli matky. Stadelmann říká, že **žena po porodu cítí pocity poranění a osamocení** a k překonání těchto pocitů **potřebuje žena lásku, čas pozornost, péči – především od partnera.** Při rozhovoru s paní Evou jsem zjistila, jak hojivě a léčivě po porodu působí zdravotníky podporovaný **bonding**, prožitý s partnerem na porodním sále.

Je důležité si uvědomit, že porod dítěte a také pobyt v nemocnici představuje pro ženu sociálně a psychicky stresující zážitek, neboť žena při něm obvykle prožívá bolest a nejistotu, a toto riziko se zvyšuje téměř zcela jistě, pokud je porod protrahovaný a komplikovaný. Proto můžeme na emocionální reakce nahlížet jako na logické a nejen jako na důsledek obrovských hormonálních poporodních změn. (Stískalová, 2014)

Myslím si, na základě svého výzkumu (rozhovor s paní Helenou a Evou) a praxe, že především **v šestinedělí ženy potřebují a ocení trpělivý, laskavý a klidný přístup** zdravotnického personálu, především **porodních asistentek**, které se dostávají

s maminkami nejčastěji do kontaktu. Právě **porodní asistentky mají nezastupitelnou roli psychosociální podpory (vyslechnout potřeby, přání a stesky matky), roli pečovatelskou, i edukační** (péče o prsa, o novorozence, o poporodní poranění). Z výzkumu jsem dále zjistila, že **žena, která nemá dostatek validních informací** (jako to uvedla v rozhovoru paní Helena), **se také obtížněji adaptuje na novou roli matky, obtížněji se vyrovnává se všemi změnami, obtížněji u ní probíhá nástup laktace.**

Téměř s jistotou můžeme tvrdit, že všechny šestinedělky na sobě psychické změny pozorují (v různé míře a intenzitě), výrazněji se však tyto změny projevují u prvorodiček než vícerodiček. Projevuje se to především lehkým kolísáním nálad od euforie k pláči, v těžších případech hrozí smutek, sebeobviňování a úzkost. (Dejmková, 2014)

A já právě zde vidím **přímou souvislost mezi** výše uvedenými skutečnostmi – jakým je **nedostatek informací u prvorodiček a zatížení jejich psychiky** – proto by jim měla být věnována, zejména porodními asistentkami i zvýšená pozornost. Jako velmi užitečná se v praxi ukazuje a můj výzkum to potvrzuje, také **možnost pravidelných návštěv porodní asistentky v době šestinedělí** u matek - prvorodiček v místě jejich bydliště, kde je prostor vyřešit problémy různé povahy související s mateřstvím. V rozhovoru se k tomu velmi pochvalně vyjadřovala paní Eva, která má velkou výhodu, má totiž porodní asistentku zároveň jako kamarádku – naproti tomu paní Helena neměla ani informaci o této službě.

### **V období do 6 měsíců po porodu**

Potřeby žen v tomto období souvisí se zvýšenou únavou, nedostatkem spánku, někdy i s nedohojeným poporodním poraněním. Většina žen, si stanovuje nová pravidla v chodu domácnosti a snaží se do péče o dítě a domácnost zapojit i partnera nebo rodinné příslušníky, aby svoje mateřské povinnosti mohly lépe zvládat. **Pomoc – psychická i praktická od nejbližšího sociálního okolí, dobrý partnerský vztah, možnost kontaktu s dospělými lidmi, kteří jsou schopni vyslechnout radosti i stesky matky,** to jsou dle mého výzkumu nejdůležitější potřeby žen – matek v tomto období, které by se dalo dle mého názoru vyjádřit také jako stabilizační. Obě matky v mém rozhovoru se shodly na tom, že emočně se stabilizovaly kolem třetího měsíce. Zajímavé bylo u paní Heleny zjištění **souvislosti ročního období (léta) a zlepšení psychického prožívání.** Jistě by byla zajímavá studie, do které by se zapojily i další matky, zda by se i u nich projevil vliv

delších dnů a slunečního svitu na jejich psychice. Obecně se tento vliv však u populace projevuje.

## **Dílčí problém č. 2. Popsat adaptaci ženy na roli kojící matky**

**Bonding společně strávený s manželem** pojala paní Eva jako výborný začátek **rodinného života a byla za něj velmi vděčná i zdravotníkům, kteří je v tom podporovali.** Naproti tomu paní Helena i její syn byli o tento velmi důležitý kontakt necitlivým přístupem zdravotnického personálu zcela připraveni. Přitom **tento kontakt je popisován v odborné literatuře jako zcela zásadní a nenahraditelný pro vytvoření prvotní vazby mezi matkou a dítětem a také pro optimální nastartování laktace.** Odent o něm hovoří jako o cestě dítěte za matčinou bradavkou, kdy vlivem kontaktu skin to skin dochází k největšímu vyplavování oxytocinu, který má utišující, hojivý, léčivý vliv na matku a dítě. Chamberlain uvádí, že novorozenci, kteří těsně po porodu strávily u matky 15 minut byly ještě po 3 měsících méně plačtiví.

Dalším velmi důležitým podpůrným prostředkem při vytváření raného kontaktu matky a dítěte je i **rooming in.** **Vytváří se tak možnost nenásilného sžívání matky a kojence, možnost lépe reagovat na potřeby novorozence a to nejen výživové.**

Dle Čepického se zjistil **pozitivní vliv této metody na laktaci a na časnou interakci, utváření vzájemného citového pouta matky a novorozence,** protože právě v prvních dnech po porodu je potřebné **reagovat na signály potřeb dítěte nepřerušovaně a v souladu s jeho nepravidelným biorytmem.**(1992)

To, že většina miminek má v šestinedělí **převrácený denní a noční režim,** samozřejmě **klade na matky zvýšené nároky.** Navíc se matka se svou novou rolí teprve sžívá a zjišťuje, co vše obsahuje. Většina z nich toto období charakterizuje jako **období velké únavy a nedostatku spánku.** V rozhovoru to potvrzuje i paní Helena. **Výhody roomingu** však ocenily obě matky v rozhovoru – vyhovovala jim možnost **kojení dle potřeb dítěte.** Večer, druhý den po porodu, začala mít paní Helena **problémy s retencí mléka** – měla bolestivá nateklá prsa. Jedinou radu, kterou obdržela od porodní asistentky, byla, že musí po každém kojení zbylé mléko odstříkat. Z toho je možné usoudit, že paní Helena **trpěla nedostatkem včas podaných důležitých informací** (jak má prsy dále ošetřovat a co přispívá k prevenci retence mléka, a také jak pomoci miminku od plynatosti), a to jen prohlubovalo její vyčerpání a únavu. **Je možné, že novorozenec vycítil stav psychické**

**nepohody své matky a reagoval neklidem a potřebou bondingu i v nočních hodinách, což prohlubovalo opět únavu matky.** Paní Helena i její miminko nejlépe spali ve společné posteli, kde spolu usnuli, neplánovaně - z vyčerpání, po kojení.

Paní Eva tuto situaci prožívala zcela odlišně. Dle mého názoru k tomu jistě **kladně přispěl uskutečněný bonding**, za přítomnosti manžela, stálá a všestranná podpora manžela (byl s paní Evou i hospitalizován na oddělení šestinedělí) a také **podpora porodní asistentky** – kamarádky. Po návratu domů, překonala paní Eva zánět prsu díky velké péči svého manžela a porodní asistentky, bez nutnosti podání antibiotik, což posílilo sebedůvěru paní Evy.

Již v Centru porodu byla paní Eva podporována ve společném spaní s miminkem v jedné posteli a to jí také, dle mého názoru, velmi **ulehčilo noční kojení i po návratu domů a prohloubilo interakci s miminkem.** Celkově její adaptace na roli kojící matky probíhala ve větším klidu a s **plnou podporou manžela**, který se o ni staral.

Paní Eva i paní Helena (i přes všechny problémy) shodně vnímají **kojení jako dar pro sebe i své dítě**, nikdy ho nevnímaly jako omezující záležitost. Obě matky v rozhovoru v souvislosti s adaptací na roli kojící matky, potvrzují jako **rozhodující schopnost naladit se na sebe a potřeby svého dítěte** - paní Helena zde spatřuje souvislost s porodem. Paní Eva navíc vnímá jako **nutnost přesunout v tomto období ostatní aktivity**, např. spojené s péčí o domácnost, **na blízké sociální okolí** (partnera), neboť **klíčová je z jejího pohledu psychika matky** a technika kojení ji nemůže nahradit. Paní Eva měla navíc velkou oporu ve svém manželovi, kamarádce - porodní asistentce a laktační poradkyni.

**Vnitřní motivace pro kojení** již z období těhotenství a porodu, velmi pomohla paní Heleně k tomu, aby vydržela únavu, nevyspání a nepropadala panice (při retenci mléka). Navíc zde podstatnou úlohu sehrály i **osobnostní předpoklady a vlastnosti a také ženská zralost.** Jistě velkou roli měla také její **trpělivost a vůle překonávat překážky, která podpořila její sebedůvěru.** (dílčí problém č. 4) Cenná pro ni byla i podpora nejbližšího sociálního okolí (podpora maminky paní Heleny).

**Dílčí problém č. 3. Prozkoumat vliv sociálního okolí (blízkého sociálního okolí i vliv zdravotníků) na psychiku kojící ženy a rozvoj jejích kompetencí**

Obě ženy ve výzkumu shodně zmiňují **potřebu neztratit kontakt s dospělými lidmi** (jinak hovoříme o sociální izolaci- pokud je matka dlouhodobě odkázána jen na společnost svého dítěte), ukazuje se jako zvláště důležitá po porodu, v šestinedělí a následujícím období, v mém výzkumu jsem se zabývala obdobím 6 měsíců po porodu.

Obě matky dále uvádějí, že kromě **podpory psychosociální** je však také stejně důležitá **pomoc praktická**, směřující **k zajištění a uspokojování potřeb ženy**, a také **související s péčí o dítě nebo domácnost** – v případě paní Evy jí byl velmi nápomocen partner psychickou podporou i péčí o potřeby paní Evy i o domácnost. Naproti tomu v případě paní Heleny tato pomoc ze strany partnera nebyla dostatečná.

České ženy se obvykle s porodní asistentkou setkávají na porodním sále (kde s nimi porodní asistentky např. vyhledávají vhodné úlevové polohy a psychicky rodičky podporují) a dále také na oddělení šestinedělí (kde jim pomáhají s kojením a s péčí o novorozence). „Rakouské šestinedělky se kromě porodnice téměř vždy setkaly se soukromými porodními asistentkami v těhotenské či mateřské poradně, na kurzech předporodní přípravy, či v soukromí, hlavně během šestinedělí, kdy je navštěvovaly doma.“ (Dejmková, 2014)

Toto se v mém výzkumu potvrdilo u paní Evy, která mohla využívat **pomoci porodní asistentky** prakticky ve všech zmiňovaných obdobích. Velmi jí to ulehčilo situaci v raném mateřství a to se velmi kladně a významně projevilo i v její psychice. Naproti tomu, paní Helena po návratu z porodnice nikdy tuto službu nevyužila (neměla žádné informace z této oblasti) a tak trpěla vyčerpáním, únavou a **nedostatkem informací**, a také **pochybnostmi o sobě**. Bohužel její obavy se nesnažil rozptýlit ani manžel, takže často pociťovala **osamocení**.

Takács uvádí: „Výzkumný tým katedry psychologie FF UK realizoval v letech 2010 – 2012 výzkum zaměřený na psychosociální aspekty péče v českých porodnicích. Z výsledků výzkumu vyplývá, že se české porodnictví i přes svou vysokou kvalitu potýká s některými závažnými nedostatky v psychosociální oblasti. Týkají se především neposkytování dostatečných informací a nerespektování přání žen ohledně způsobu vedení jejich porodu. Mezi nejslabší stránky dále patří malá psychická podpora žen v průběhu porodu i v poporodním období a neosobní, nadřazený a rutinní přístup některých zdravotníků, a to

zejména ve fakultních porodnicích a v porodnicích s více než 800 porody za rok.“  
(Stískalová, 2014)

#### **Dílčí problém č. 4. Analyzovat vliv psychiky matky na kojence**

Jak již jsem se dříve zmínila, v mém výzkumu, jako velmi významný můžeme označit **průběh porodu**, protože to, jakým způsobem proběhne, **se odráží i v pozdějším vztahu matky a dítěte, ale také ve vztahu matky k sobě samotné.**

**Porodní asistentka může** velmi významně svým přístupem **posílit sebevědomí ženy** a také **ovlivnit psychickou pohodu šestinedělky**, se kterou je v kontaktu, a to ve všech obdobích - v těhotenství, v průběhu porodu i v šestinedělí. (Dejmková, 2014)

Psychosociálními aspekty, které mohou ovlivnit spokojenost rodiček s perinatální péčí, se ve své publikované studii zabývali rovněž Takács a Kodyšová. Cílem studie bylo předložit **spojitost vztahu mezi rodící ženou a chováním ošetřujícího personálu**, protože se ukazuje **tento fakt jako rozhodující a zásadní pro psychiku ženy**. Do výzkumu bylo zapojeno 188 porodních příběhů a 44 rozhovorů s rodičkami. Uvedená data, byla zpracována pomocí kvalitativní metody, kde ženy hodnotily **přístup a chování zdravotníků, komunikaci zdravotníků s rodičkou, podporu včasného kontaktu s dítětem** a jiné. Závěrem lze říci, že **psychosociální aspekty** jsou, mimo jiné, **rozhodujícím kritériem pro spokojenost rodiček s perinatální péčí**. (Stískalová, 2014)

**Rozdílný přístup v perinatální péči** potvrzují ve svých rozhovorech i obě respondentky. Paní Eva, která rodila v Centu aktivního porodu, se setkala (až na jednu výjimku) s **respektujícím a vstřícným přístupem zdravotnického personálu** a také po porodu jí byl umožněn a zdravotníky podporován bonding, což paní Eva velmi ocenila. V kontrastu s tím, byla paní Helena poznamenána **necitlivým přístupem některých zdravotníků, byla velmi omezená ve svých přáních a potřebách** a nejvíce **trpěla neuskutečněným bondingem**, který dle mého názoru, **velmi bolestivě poznamenal tuto matku v raném mateřství – i její dítě, a při nástupu laktace** (bolestivá retence mléka v prsech, plačtivé miminko).

„V našem kulturním okruhu je rozšířená představa o tom, že se „dítě má nechat vyplakat“, aby „si nezvyklo“, má být krmeno v pravidelných intervalech, nikoli, kdy si to samo žádá. Rovněž tělesná blízkost k matce je podstatně nižší než u přírodních národů, ke spánku jsou odkládány do kolébky vedle rodičů, případně do samostatné místnosti. Matky

tak neslyší nebo nereagují na jemné známky nepohody dítěte a výsledkem je křik. Nejvýznamnější bezprostřední příčina pláče je však osamění. “ (Koukolík, 2008, s. 49) Přitom existuje jednoduchá pomoc, zdravý novorozenec se uklidní, když ho matka vezme do náručí. (Helbrugge)

S tímto přístupem ve výchově, že dítě se má nechat vyplakat, aby si nezvyklo, se setkala paní Helena u babičky svého dítěte. Nikdy se však s ním neztotožnila, věřila svým intuitivním schopnostem a svému propojení s miminkem.

Dle Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje si dítě od porodu do prvního roku utváří **základní pocit důvěry nebo nedůvěry ke světu**, to následně ovlivní jeho chování po celý život. **Intuitivní rodičovský přístup**, který preferují obě matky ve výzkumu, jejich **láskyplné a pečující chování**, to že jsou dítěti neustále k dispozici, že **na své děti reagují, a uspokojují jeho potřeby, vede k vytváření pocitu důvěry**. A navíc jsem z výzkumu zjistila, že děti matek, které reagují na pláč dítěte jen s malou latencí, bývají později méně plačtivé, snáze se dají utiшит a jsou celkově spokojenější. Svět představuje pro takové dítě zdroj bezpečí. (Ratislavová, 2008)

Jak již jsem zmínila, pro obě dotazované matky byl společný intuitivní přístup uplatňovaný v mateřství. Obě matky vnímaly již v průběhu šestinedělí **stále se prohlubující emoční propojenost se svým miminkem** a z rozhovorů vyplývá, že tuto propojenost a vzájemnou vazbu utužovaly prožitky z kojení. Ingeborg Stadelmann radí kojícím ženám vymaňte se z tlaku a výkonu, nepohlížejte na kojení jako na povinnost, ale jako na dar a užívejte si ho se svým dítětem. A dávejte pozor na nekvalitní informace.

Paní Helena se zmiňuje o kladném vlivu kontaktního rodičovství, kterým se zmírňoval dopad její emoční rozkolísanosti na miminko. A přesto, že byla značně vyčerpaná fyzicky i psychicky (což se odráželo i v partnerském vztahu s manželem), dokázala se ze svého mateřství těšit. Pravděpodobně ji v tom pomáhal i hormon prolaktin, který kromě jiného, tělu stimuluje stav hlubokého spánku, a proto jsou kojící matky i rychleji odpočaté. (Dibbernová)



## 10 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se věnuji tématu Kojení a psychika.

Celá práce je rozdělena do dvou částí. V první teoretické části zkoumám prožívání ženy v jednotlivých obdobích jejího mateřství. Tím je období těhotenství, období v průběhu porodu, období šestinedělí a období 6 měsíců po porodu. Zaměřuji se zde na zkoumání vlivu nejbližšího sociálního okolí (rodiny i zdravotníků) na matku a její psychiku a na vliv prenatální komunikace jako prostředku prvotní vazby matky s plodem. V teoretické části práce zkoumám také psychologický vliv porodu na matku a dítě, spolu s nezastupitelným významem bondingu (má zásadní význam pro vytvoření prvotní vazby mezi matkou a novorozencem po porodu a nastartování laktace). V šestinedělí se moje pozornost zaměřuje především na interakci kojící matky a dítěte, na nástup laktace a na adaptační proces kojící matky. V poporodním období do 6 měsíců po porodu se zajímám nejvíce o poznatky související s kontaktním rodičovstvím a vlivem psychiky ženy – matky na chování svého dítěte. V teoretické části práce věnuji, pro ucelenost informací, pozornost také tématu fyziologie kojení (se zaměřením na hormony a složení mateřského mléka) a psychologickým aspektům kojení.

Praktickou část svého výzkumu jsem zpracovala kvalitativní formou. Ke zpracování praktické části jsem vytvořila několik výzkumných otázek, které byly následně vloženy do jednotlivých rozhovorů s kojícími matkami. Pro získávání informací jsem sestavila polostrukturovaný rozhovor a jeho analýza byla vedena dle dílčích cílů práce. Svůj cíl práce jsem splnila a všechny otázky mi byly zodpovězeny. Z mého výzkumu je patrné, že si obě dotazované ženy – kojící matky, velmi silně uvědomují svou emoční provázanost se svým miminkem a dokáží se naladit nejen na sebe, ale i na své dítě. Uvědomují si tak lépe své potřeby, pocity i prožitky, které je vedou i k lepšímu pochopení potřeb svého dítěte. Jak vyplynulo z průzkumu, obě kojící matky si také velmi silně uvědomují, hlavní faktory ovlivňující jejich psychiku v mateřství, i to, že jejich prožívání reality má velký vliv na chování jejich dítěte. Obě dotazované kojící matky shodně oceňují pomoc nejbližšího sociálního okolí ve formě psychické i praktické pomoci. Pouze jedna z nich však měla informace potřebné k tomu, aby mohla využít i služeb porodní asistentky – vlastně ve všech obdobích jejího mateřství. Obě kojící matky používají intuitivní přístup ke svým

dětem a kojení vnímají jako dar pro sebe i své dítě. Jejich postoj k mateřství je velmi kladný a spolupráce s nimi byla i pro mne velmi obohacující.

Při zpracování bakalářské práce mě téma ještě více zaujalo a získala jsem tím také spoustu nových poznatků, zkušeností a informací, které se dále budu snažit využít v praxi.

**Mé doporučení pro praxi** bych ráda směřovala především ke všem zdravotnickým pracovníkům – porodním asistentkám, sestřičkám na odděleních (i novorozeneckých) a lékařům, kteří pečují o maminky. Na základě svého výzkumu jsem si ověřila, že základním se ukazuje laskavý, trpělivý a vstřícný přístup k těhotným ženám, rodičím ženám, šestinedělkám i kojícím matkám. Jsou situace, že necitlivě pronesená poznámka nebo věta může mít pro maminky dalekosáhlé následky, které nejsme v danou chvíli schopni si ani uvědomit. Psychika podpořená „hormonálním koktejlem“ je už i tak velmi citlivá na každý projev...

Další poznámka se týká ochoty naslouchat. Vyslechnout ženiny stesky, obavy, potřeby, pocity a přání by mělo být opět jako nepsané pravidlo. Když to uděláme, můžeme tak pomoci mnohdy k lepší psychické pohodě a třeba tím i vyřešit zatím drobný problém, dříve, než naroste do větších rozměrů....

Měly bychom se zaměřovat nejen na tělo ženy, ale i na její duši...

A stejně, jako říká Odent, i já si myslím, že bychom nikdy neměli překážet přirozeným procesům, nastartovaným od přírody, neměli bychom jim klást překážky – a to se týká přirozeného průběhu těhotenství, porodu i šestinedělí, kojení z toho nevyjímaje.

A myslím si, že kojení obrovsky obohacuje maminky i miminka na těle i na duši. Nejedná se jen o nejvhodnější výživu, optimálního složení i teploty, ideálně vyváženou ve všech parametrech výživných látek, sterilní a vždy k dispozici.... Je to především o vztahu maminky a miminka, o vzájemných dotycích a důvěrné blízkosti, o budování bazální důvěry.

Mateřství pro mne znamená zcela jedinečné, obohacující a také náročné období v životě ženy. Už od samého počátku, v raném těhotenství je spojené s dynamickými změnami, které ženu přetvářejí, formují a mění tak, aby na jeho konci, při porodu, mohla dát život novému jedinci – svému toužebně očekávanému miminku. Tyto změny, které nastartují, a řídí těhotenské hormony, se viditelně projevují na fyzickém těle těhotné ženy. Proto si

postupně můžeme všimnout charakteristické proměny tvaru, objemu i hmotnosti těla ženy - matky, ale zároveň působí i skrytě, přesto si je těhotná žena i její blízké okolí začne záhy uvědomovat. Tyto změny vyvolává celá řada hormonů, které se podílejí na fyzické přestavbě mateřského organismu, ale nejen to, těhotenské a po porodu mateřské hormony velmi výrazně zasahují také do oblasti ženské psychiky. V těhotenství se tak většina žen začne více spojovat se svým tělem, se svými prožitky, pocity a potřebami. Postupně, s prvními pohyby plodu navazují i kontakt a komunikaci se svým nenarozeným dítětem. Tak vzniká prvotní vazba mezi matkou a jejím dítětem.

Po porodu, kdy dochází k fyzickému oddělení dítěte od matky, by mělo dojít k bondingu, který je jakousi „slavobránou“ pro matku i dítě a rozhodující a nenahraditelný moment i v oblasti kojení.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJŮ

BALASKASOVÁ, Janet. Přirozené těhotenství. 1. vydání. Praha: SVOJTKA a VAŠUT, 1996. ISBN 80-7180-117-8.

BUČILOVÁ, Věra, NESTĚROVÁ, Marie. Psychospirituální transformace. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012 – 104 s. ISBN 978-80-247-4589-3.

ČECH, Evžen, HÁJEK Z., MARŠÁL K., SRP B. a kol. Porodnictví. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999 – 434 s. ISBN 80-7169-355-3.

Dr. DEANSOVÁ, Anne. Kniha knih o mateřství. 1. vydání. Praha: Fortuna Print, 2004. ISBN 80-7321-117-3.

DEJMKOVÁ, Daniela. Příčiny a projevy změn psychiky u šestinedělek. Č. Bud., 2014. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUĎĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

DIBBERNOVÁ, Julia. Miminka v bezpečí. Průvodce pro odvážné rodiče. 1. vydání. Praha: DharmaGaia. 2014. ISBN 978-80-7436-046-6.

GASKINOVÁ, Ina May. Průvodce kojením. 1. vydání. Praha: Argo, 2011. ISBN 978-80-257-483-7.

GUTMANOVÁ, Laura. Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem. 1. vydání. Praha: Maitrea, 2013 – 301s. ISBN 978-80-87249-46-8.

HÁJEK, Zdeněk a kol. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004 – 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

prof. Dr.h.c. HELBRÜGGE, Theodor, prof. MUDr. ŠOLTÉS, Ladislav, DrSc., Dr.h.c., doc. PhDr. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, Ph.D., MUDr. ILENČÍKOVÁ, Denisa, Ph.D. Prvních 365 dní v životě dítěte. Psychomotorický vývoj kojence. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010 – 168 s. ISBN 978-80-247-3457-6.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 1. vydání. Praha: Portál, 2005 – 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

CHAMBERLAIN, David. Fascinující mysl novorozeného dítěte. 1. vydání. Praha: Beta Books, 2013 – 202 s. ISBN 978-80-87197-66-0.

MUDr. KOUKOLÍK, František, DrSc. Před úsvitem, po ránu. Eseje o dětech a rodičích. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1496-0.

MAREK, Vlastimil. Nová doba porodní. 1. vydání. Praha: EMINENT, 2002. ISBN 80-7281-090-1.

MIKULANDOVÁ, Magdalena. Těhotenství a porod. Průvodce české ženy od početí do šestinedělí. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2004. ISBN 80-251-0205-X.

MONGANOVÁ, Marie F.. Hypnoporod. 1. vydání. Praha: TRITON, 2010. ISBN 978-80-7387-364-6.

MORSCHITZKI, Hans, SATOR Sigrid. Když duše mluví řečí těla. 1. vydání. Praha: Portál, 2007 – 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

MROWETZ, Michaela, CHRASTILOVÁ, G., ANTALOVÁ, I. Bonding – porodní radost. 1. vydání. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN 978-80-7436-014-5.

NEWTON, R. W.; HUNT, L. P. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight[online]. British Medical Journal. 288, 1991-1994, 1984. [cit.9.2.2015]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441330/>

ODENT, Michael. Znovuzrozený porod. 1. vydání. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-69-1.

PIONTEK, Maitreyi D.. Tao a síla ženské sexuality. Praha: Pragma, 2000. ISBN 80-7205-782-0.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie - porodnictví. 1. vydání. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

STADELMANN, Ingeborg. Zdravé těhotenství, přirozený porod. 3. vydání. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

STÍSKALOVÁ, Věra. Stavby psychiky žen v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Olomouc, 2014. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd

WEIGERT, Vivian. Všechno o kojení. 1 .vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-071-2.

WEIR, Kristen. The beginnings of mental illness[online]. American psychological association. Published February 2012 [cit. 9.2. 2015] Vol. 38. No 2. str. 36. Dostupné z: <http://www.apa.org/monitor/2012/02/mental-illness.aspx>

ZWINGER, Antonín et. al., Porodnictví, 1.vydání, Praha: nakladatelství Galén a UK Praha, 2004, ISBN 80-7262-257-9

HEIKKILA, K., Sacker A., Kelly Y., Renfrew MJ, Quigley MA (2011) Breastfeeding and child behaviour in the Millennium kohort study. Arch Dis Child. Published 2011 [cit. 9.2.2015] Dostupné z:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2155578>

# **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Informovaný souhlas k rozhovoru

Příloha 2 Schéma rozhovoru

## **Příloha 1 Informovaný souhlas k rozhovoru**

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUCÍ BP:

jméno

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je...



S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

## SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

## **Příloha 2 Schéma rozhovoru**

### **Anamnéza**

Paní

Věk:

Rodinný stav: vdaná

Porodnická anamnéza:

Rodinná anamnéza:

Osobní anamnéza:

Gynekologická anamnéza:

Osobní profil:

Vztah s matkou:

### **Rozhovor**

Může se Tě zeptat, zda jste těhotenství plánovali a pokud ano, jak dlouho?

Jak těhotenství vnímal manžel?

Vzpomínáš si na své první pohyby miminka, případně v jaké jsi byla situaci?

Jak jsi s miminkem komunikovala?

A jak Tvůj manžel, přistupoval ke komunikaci s nenarozeným miminkem?

Představovala sis někdy, jak miminko vypadá?

A kdy miminko dostalo jméno?

Kdy jsi začala vnímat sebe jako matku?

Pozorovala jsi někdy odlišné chování plodu a při jaké to bylo příležitosti?

Můžeš mi říct, co je pro Tebe v životě hodně důležité a nejdůležitější?

Jak jsi prožívala celé těhotenství?

Objevil se u Tebe někdy strach z porodu?

A mohla bys přiblížit svůj porod?

A jak probíhalo následné období šestinedělí?

A jak jsi vnímala následující poporodní období, jako více stabilizační nebo více vyčerpávající?

A jak se na péči o miminko podílel Tvůj manžel?

A v jak to bylo v noci – pomáhal Ti manžel?

Slyšela, jsi, že i u nás – v Čechách - fungují a je možné si objednat služby soukromé porodní asistentky?

Pozorovala jsi někdy, že se Tvé naladění odráží i v chování Tvého dítěte?

Co myslíš, že by Tobě nejvíc pomohlo v poporodním období, abys byla více spokojená, měla více energie a dobré nálady?

Jaké rady a pomoc bys ocenila kdykoli v období těhotenství, porodu a mateřské dovolené?

Jaké jsou Tvé zkušenosti s porodními asistentkami a lékaři?

Je pro Tebe intuice důležitá? Využíváš jí v péči o své dítě často? Jak na to reaguje manžel?

Co v tobě vyvolává kojení za pocity?

Myslíš si, že k mateřství kojení patří a případně proč?

Připadalo ti někdy, že tě kojení nějak omezuje?

Jaký má pro tebe význam, že můžeš kojit své dítě?

Co ti nejvíce pomohlo, když jsi pocítila pochybnost/i v souvislosti se svou rolí kojící matky?

