

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Problematika prenatální psychologie

bakalářská práce

Autor práce: Magdalena Čepčányová

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je problematika prenatalní psychologie. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se nejprve zaměřuji na prenatalní vývoj dítěte, který popisuji po jednotlivých týdnech. Znalost vývoje dítěte v tomto období je důležitá pro další části práce. Dále se zabývám obecnými poznatky z oboru prenatalní psychologie a jeho východisky. Přibližuji historický vývoj tohoto oboru a důležité osobnosti, které se na vzniku oboru prenatalní psychologie podílely. Další kapitola se zaměřuje na průběh těhotenství a vliv jaký může na prenatalní dítě mít. V této kapitole podrobně probírám úroveň komunikace mezi matkou a dítětem a jejich vzájemné interakce. Zmiňuji se také o prenatalním učení plodu. Podrobně se zabývám emocemi matky, způsoby, jakými se na plod přenáší a jaký na něho mohou mít vliv. Z emocí se nejvíce zaměřuji na stres a postoje matky k těhotenství. Neopomím ani ohrožující vlivy, které mohou na prenatalní dítě působit. V poslední kapitole se zaměřuji na úlohu porodní asistentky v prenatalní psychologii. Zde se zabývám především poradenskou a edukační rolí porodní asistentky. Nakonec se zabývám primární prevencí a vhodnými metodami primární prevence v prenatalní psychologii.

Praktická část práce se zaměřuje na komunikaci mezi matkou a prenatalním dítětem a změnu v komunikaci s dítětem v těhotenství a po porodu. Pro výzkum byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak se liší komunikace s prenatalním dítětem a s dítětem po porodu z pohledu matky. Druhým cílem bylo zjistit, zda je pro ženy jednodušší komunikace před narozením nebo po porodu.

Na základě cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: Liší se komunikace s prenatalním dítětem a s dítětem po porodu? Druhá otázka se zabývala tím, jaké vidí matky rozdíly v komunikaci s prenatalním dítětem a dítětem po porodu. Třetí výzkumná otázka měla zjistit, zda je pro ženy jednodušší komunikovat s prenatalním dítětem nebo s dítětem po porodu. V poslední otázce jsem se zaměřila na způsoby, jaké ženy a jejich okolí používá ke komunikaci s prenatalním dítětem.

K dosažení cílů bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Použila jsem metodu hloubkových rozhovorů. Výzkumný vzorek tvořilo pět žen, se kterými byl prováděn

jeden rozhovor v těhotenství a jeden rozhovor po porodu. Výzkum probíhal v Nemocnici České Budějovice a.s., a to na oddělení rizikového těhotenství a oddělení šestinedělí. Získané údaje byly z rozhovorů zpracovány kvalitativní analýzou. Ze zjištěných výsledků byly zodpovězeny všechny čtyři stanovené výzkumné otázky.

Během výzkumného šetření bylo zjištěno, jak matky komunikují s prenatálním dítětem a jaké vidí největší rozdíly v komunikaci s dítětem před narozením a po porodu. Zjistila jsem, že ženy s prenatálním dítětem komunikují nejčastěji prostřednictvím dotyků a slovy, tedy mluvením k dítěti. Zajímavým poznatkem, který jsem během výzkumného šetření zjistila, bylo, že je pro těhotné ženy těžké vyjadřovat své pocity a hovořit o vztahu s prenatálním dítětem, ve smyslu nedostatku vhodných slovních pojmů, kterými by vztah s prenatálním dítětem a pocity s ním spojené vyjádřily. Ženy dále uváděly, že pro ně bylo jednodušší komunikovat s dítětem po porodu než v těhotenství. Bylo pro ně jednodušší rozpoznat pocity a potřeby dítěte, které pro ně byly v těhotenství často jen věci dohadů. Pouze jedna žena z dotazovaných uvedla, že pro ni byla komunikace s dítětem před narozením i po porodu jednoduchá. V obou případech s ní neměla problém. Zjišťovala jsem od žen, jakými způsoby komunikují s prenatálním dítětem a zda dítě na jejich komunikaci odpovídá. Ženy nejčastěji uváděly, že s dítětem komunikují prostřednictvím hlazení „bříška“ a mluvením k dítěti. Dvě ženy uváděly, že s dítětem komunikují také prostřednictvím hudby. První z žen dítěti záměrně pouštěla hudbu určenou speciálně pro nenarozené děti, druhé hrál a zpíval na kytaru partner. Všechny ženy uváděly, že dítě na komunikaci a podněty vysílané k němu reaguje. Pouze jedna z žen si reakcemi nebyla jistá a jedna uváděla, že záleží na intenzitě podnětu, aby vyvolal reakci. Jako reakci na komunikaci ženy uváděly zvýšení počtu a intenzity pohybů plodu, nebo naopak zklidnění dítěte. V souvislosti s pohyby dítěte mne zajímalo, jakým způsobem ženy pohyby dítěte vnímají, co při nich cítí, a zda sou pro ně podnětem k zahájení komunikace s ním. Pohyby plodu popisovaly ženy jako něco úžasného. Pociťovaly při nich radost a klid, který jim přinášelo vědomí, že je s dítětem vše v pořádku. Pouze dvě ženy uvedly, že jsou pro ně pohyby dítěte někdy až bolestivé.

Správná a láskyplná komunikace mezi matkou a dítětem a jejich vzájemný vztah je důležitý pro správný vývoj dítěte, a to nejen v prenatálním období, ale i v dalším životě. Je důležité, aby si ženy a jejich okolí uvědomovaly, že tak, jak se chováme k dítěti v děloze, bude se ono chovat později ke světu. Děloha je pro dítě prvním ekologickým systémem. Již v děloze se tedy může rozhodnout, zda bude dítě přistupovat s láskou a respektem ke všemu živému na tomto světě, nebo zda bude jedincem surovým a bezohledným. Profesor Fedor-Freybergh dále tvrdí, že optimalizováním prenatálního života člověka můžeme dosáhnout zdraví a přispět k civilizovanému, přátelskému a mírumilovnému soužití.

Téma prenatální psychologie se stává v poslední době stále aktuálnější a začíná se k němu obracet pozornost veřejnosti, a to jak odborné, tak laické.

V závěru byla tato práce doporučena pro využití při seminářích či přednáškách pro odbornou i laickou veřejnost. Další možností je publikace v odborném časopise. Práce může dále sloužit studentkám porodní asistence nebo přímo porodním asistentkám, které by chtěly získat nové vědomosti z tohoto oboru.

Klíčová slova: prenatální psychologie, vývoj plodu, prenatální komunikace, interakce plodu s matkou

Abstract

The focus of this thesis is the topic of prenatal psychology. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with prenatal development, which is described week per week. The knowledge of child development in this period is applied in the following part of the thesis. It then focuses on the basis of prenatal psychology, including the history of this field and leading figures who participated in its development. The next chapter deals with pregnancy and the impact it could have on the prenatal child. In this chapter I present the levels of communication between mother and child and their interaction. I also mention the prenatal learning of the fetus. Attention is drawn to the mother's emotions, the ways they can transfer to the child and the impact the mother's emotions can have on the child. With respect to emotions, I focus especially on stress and the mother's attitude towards pregnancy. Endangering influences that could affect the child are also dealt with. In the last chapter I mention the role of the midwife in prenatal psychology. I focus on the educational and counseling role of the midwife. The first part is concluded with primary prevention and its methods in prenatal psychology.

The practical part of the thesis focuses on the communication between mother and prenatal child, and the changes in communication before and after birth. For the research I determined two goals. The first goal was to find out the difference between communication with a prenatal child and a child after birth from the mother's perspective. The second goal was to find out whether it is easier for women to communicate with the child before or after birth.

Four research questions were defined based on the goals. The first research question was: Is there a difference between communication with prenatal child and a child after birth? The second question focuses on the differences in communication between the prenatal and postnatal child. The third question was: Is it easier for mothers to communicate with a prenatal or postnatal child? The last question focused on the methods women and their families use in communication with the prenatal child.

For my research I chose a qualitative approach using the method of deep interviews. The research sample was composed of five women, who were interviewed once during pregnancy and once after birth. The research was conducted at the risk pregnancy ward and the puerperium ward of the České Budějovice hospital. Data from the research were processed using qualitative analysis. I was able to answer all the research questions using the gathered data.

The research showed how mothers communicate with the prenatal child, and the main differences perceived between communication with the prenatal and postnatal child. I found out that women communicate with children mainly by physical contact as well as verbally, by talking to the child. An interesting finding I discovered during my research was that it is complicated for women to describe their feelings and attitudes to the child. It seemed to me that they couldn't find the right words to explain their feelings. The women said that it is easier for them to communicate with child after birth than in pregnancy. It was easier for them to recognize the feelings and needs of the child, which during pregnancy they could only guess. Only one woman stated that communication with the child was easy for her in pregnancy as well as after birth. She had no problem with communication in both cases. I asked the women about the methods they use to communicate with their prenatal child, and whether the child replies in some way to their communication. Women often quoted that they communicate by touching their belly and talking to the child. Two women said that they also communicate with the child by means of music. The first of the women let the child listen to music specially intended for prenatal children. The second woman was provided with music by her partner who played the guitar and singed for the prenatal child. All the women stated that the child replies to their communication. Only one woman wasn't sure about the child's reactions and one woman said that it depends on the intensity of the impulses, which must be intensive to induce the child's reaction. As a reaction, women stated an increase of the child's movements and its higher intensity or on the other hand calming of the child. In context of movement, I wondered how women sense the movements, how they feel when the child is moving inside of them and whether the child's movement is an impulse for them to start communicating with

the child. The women described movement of the child as something wonderful. They felt joy and calmness the knowing that the child is safe. Two women said that the child's movement can be painful.

Sensitive and caring mother-child communication and their relationship are important for correct development of the child not only in the prenatal period, but also in later life. It is important for women and their families to realize that their behavior towards the child in the uterus will be reflected in the child's behavior towards the world. The uterus is the first ecological system. In the uterus, it is defined whether child will approach to the world with respect and love to all living, or will be careless and cruel. Professor Fedor-Freybergh quotes that optimizing prenatal life could lead to better health and a contribution towards to civilized, friendly and peaceful living.

The topic of prenatal psychology has recently become more often discussed. The attention of the public is starting to focus on prenatal psychology. In its conclusion, my thesis is recommended for use in seminars or lectures for the professional and general public. Another possibility is publication in a specialist journal. The thesis may also serve to students of midwifery or to midwives who would like to acquire new knowledge of prenatal psychology.

Key words: prenatal psychology, foetus development, prenatal communication, mother-child interaction

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

.....

Magdalena Čepčányová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala MUDr. Miloši Velemínskému za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Dále bych ráda poděkovala ochotným, nyní již zkušeným matkám, které mi otevřeně poskytly rozhovory a dovolily mi nahlédnout do jejich soukromí. Děkuji také své rodině, která mne během studia podporovala.

Obsah

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Úvod | 13 |
| 1 Současný stav | 14 |
| 1.1 Prenatální vývoj | 14 |
| 1.2 Prenatální psychologie | 19 |
| 1.2.1 Historie prenatální psychologie | 20 |
| 1.2.2 Osobnosti prenatální psychologie | 21 |
| 1.3 Průběh těhotenství a jeho vliv na plod | 22 |
| 1.3.1 Komunikace s prenatálním jedincem | 23 |
| 1.3.2 Prenatální učení | 26 |
| 1.3.3 Význam emocí matky | 27 |
| 1.3.4 Stres v těhotenství | 28 |
| 1.3.5 Chtěné a nechtěné těhotenství | 29 |
| 1.3.6 Ohrožení optimálního vývoje | 31 |
| 1.4 Role porodní asistentky v prenatální psychologii | 32 |
| 1.4.1 Porodní asistentka a prenatální komunikace | 32 |
| 1.4.2 Edukační činnost porodní asistentky v prenatální psychologii | 35 |
| 1.4.3 Role porodní asistentky v primární prevenci | 36 |
| 2 Cíle práce a hypotézy | 38 |
| 2.1 Cíle práce | 38 |
| 2.2 Výzkumné otázky | 38 |
| 3 Metodika | 39 |
| 3.1 Metodika | 39 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru | 39 |
| 4 Výsledky výzkumu | 40 |
| 4.1 Rozhovory s těhotnými ženami | 40 |
| 4.1.1 Rozhovor 1a | 40 |
| 4.1.2 Rozhovor 2a | 42 |
| 4.1.3 Rozhovor 3a | 43 |
| 4.1.4 Rozhovor 4a | 45 |

| | | |
|-------|------------------------------------|----|
| 4.1.5 | Rozhovor 5a..... | 46 |
| 4.2 | Rozhovory s ženami po porodu | 48 |
| 4.2.1 | Rozhovor 1b | 48 |
| 4.2.2 | Rozhovor 2b | 49 |
| 4.2.3 | Rozhovor 3b | 51 |
| 4.2.4 | Rozhovor 4b | 52 |
| 4.2.5 | Rozhovor 5b | 53 |
| 5 | Diskuse..... | 55 |
| 6 | Závěr | 65 |
| 7 | Citovaná literatura..... | 67 |
| 8 | Přílohy..... | 70 |
| 8.1 | Seznam příloh | 70 |

Seznam použitých zkratk

CNS – centrální nervová soustava

CRL – crown rump length, vzdálenost od temene po kostrč plodu měřená UZ

CTG – kardiokograf

IUGR – intrauterinní růstová retardace

IVF – in vitro fertilizace, umělé oplodnění

JIP – Jednotka intenzivní péče

OP – ozvy plodu

PM – poslední menstruace

UZ – ultrazvuk

Úvod

Dříve si lidé mysleli, že dítě, uzavřeno v děloze, žije odděleně od okolního světa, do kterého se dostává až porodem. Později se začalo přicházet na to, že prenatální dítě nežije zcela odděleně, že reaguje na vnější prostředí, má vyvinuté smysly a dokonce je schopno si i pamatovat. To vedlo ke vzniku oboru prenatální psychologie, který se zaměřuje na vývoj, chování a prožívání člověka před narozením. Prenatální psychologie je obor relativně mladý. Co se děje uvnitř dělohy zůstávalo lidem dlouho skryto, a bylo to pouze věcí dohadů. Až moderní technologie nám umožnili nahlédnout na život dítěte v děloze. Například díky ultrazvuku můžeme pozorovat růst dítěte, jeho pohyby a reakce bez toho aniž bychom ho nějakým způsobem ovlivňovali. Pro prenatální psychologii však není důležitý pouze vývoj dítěte a jeho chování, prenatální psychologie pohlíží na dítě z holistického pohledu, bere v úvahu jeho biologické, psychologické i sociální stránky a vývoj ve všech těchto sférách.

Téma prenatální psychologie mě zaujalo z důvodu, že toto téma není v naší republice ještě dostatečně zpracováno a není dostatečně zakotveno v povědomí lidí. Existuje spousta lidí, a to i odborníků, kteří o tomto oboru ještě neslyšeli nebo nevědí, co si pod pojmem prenatální psychologie mají představit.

1 Současný stav

1.1 Prenatální vývoj

Prenatální období, je období počínající splynutím zárodečných buněk a končící porodem zralého jedince. Toto období trvá mezi 39 a 42 týdny, neboli 270 až 280 dny. V příloze č. 1 uvádím tabulku s přehledem vývoje plodu.

Pro vznik nového jedince je nezbytné, aby došlo ke spojení zralých pohlavních buněk, a to samčích a samičích. Mužské zárodečné buňky – spermie, dozrávají v semenoplodných kanálcích varlat. Ženská zárodečná buňka – oocyt, vzniká ve folikulárním aparátu ovaria během ovariálního cyklu. Po ejakulaci se spermie dostávají vlastním pohybem do vejcovodů, kde jsou schopny oplodnit oocyt 24 - 72 hodin. Oocyt je schopen oplození po ovulaci nejdéle 24 hodin. Po vzniku zygoty mluvíme o období blastogeneze. Po oplození je zygota posouvána pomocí řasinkového epitelu a peristaltiky hladkého svalstva vejcovodu do dělohy, zároveň v ní dochází k rýhování. Do dělohy se vajíčko dostává čtvrtý den, již ve stádiu blastocysty. V místě kontaktu dochází k rozrušování mateřské sliznice, do které začínají vrůstat výběžky – primární klky, které dají vznik placentě. Během období blastogeneze platí zákon vše nebo nic, což znamená, že pokud je zárodek vystaven ohrožujícím vlivům, dojde k jeho zániku nebo se vyvíjí dále bez jakéhokoli narušení (4, 17, 26, 34).

Od 5. týdne od PM (3. týden vývoje) začíná období embryogeneze. Zárodek je uhnížděn v děloze a do mateřského organismu uvolňuje hormon lidský choriový gonadotropin, hCG, tvořený z trofoblastu. V moči matky se dá prokázat již devátý den od oplození.

V 6. týdně (4. týden vývoje) prodělává embryo rychlý růst. Vyvíjí se především hlavová část, která dosahuje poloviny velikosti embrya. Vyvíjí se mozek, nervová soustava a srdce, které jako první začíná plně fungovat. Objevují se základy končetin, nejprve horních poté dolních. Choriové klky se větví v sekundární a pokrývají celý povrch choriového vaku. Embryo má ohnutý tvar a je zakončeno výběžkem,

připomínajícím ocásek. Embryo lze pozorovat na UZ prostým okem, na konci 4. týdne vývoje měří asi 5 mm.

Během 7. týdne (5. t od vývoje) prochází výrazným vývojem obličej, vznikají primitivní nosní otvory, jsou založeny základy oka, které jsou uloženy po stranách obličej. Tvoří se chrupavková centra. Na konci 5. týdne vývoje měří embryo 10 mm.

V 8. týdně od PM (6. t vývoje) se začínají formovat pohlavní orgány, vyvíjí se oční víčka a oční nerv, vytváří se struktura ucha. Formují se plicní bronchy a střevní kličky. Horní i dolní končetiny se prodlužují, jsou patrné klouby a budoucí prsty. Celý skelet embrya je tvořen chrupavkou. Jsou dotvořeny základy všech orgánů (3, 11, 17, 34).

Během 9. týdne od PM dochází k přibližování očí k sobě, jsou otevřené a oční nerv začíná fungovat. Je patrný nos, vyvíjí se vnitřní ucho. Prudkým rozvojem prochází střeva, jejichž náhle zvětšený objem není břišní dutina schopna pojmout, proto vzniká přechodná fyziologická pupeční kýla. Objevují se první svaly a osifikační centra na končetinách.

V 10. týdně oční víčka postupně překrývají oči, až splynou. Střeva se vracejí zpět do břišní dutiny, která se zvětšuje. Mizí poslední náznak ocasu. Plod začíná vnímat bolest a dotyk, měří 23 – 30 mm a váží 2 až 3 gramy. Embryo se od této chvíle nazývá plod, končí embryonální období a začíná období fetální (3, 11).

V 11. týdně dochází k vývoji patra a rtů, jejichž špatným vývojem by mohlo dojít k rozštěpovým vadám. Diferencují se pohlavní orgány, varlata začínají uvolňovat testosteron. Vyvíjí se smyslové orgány – objevují se zárodky čichu a chuti. Jsou založeny mléčné zuby a většina kloubů, prsty jsou oddělené. Srdeční frekvence se pohybuje kolem 140 úderů za minutu. Plod měří kolem 40 mm a váží asi 10 gramů.

Ve 12. týdně dokáže plod polykat plodovou vodu. Dozrávají chuťové buňky a vyvíjí se sací reflex a hlasivky. Plod zatíná pěstičky, má vytvořena nehtová lůžka. Objevuje se peristaltika střev. Placenta je nyní plně vyvinutá a přebírá funkci zanikajícího žlutého tělíska. Plod je schopen polykat, zívát a sát, intenzivně se pohybuje a má rozlišené pohlaví (3, 11, 17).

Od 13. týdne zaujímají oči a uši téměř definitivní polohu, obličej je více podobný lidskému. Plod pohybuje rty, objevují se reflexy – na podnět svírá dlaně, prsty na

nohou, stahuje oční víčka. Postupuje osifikace a postupně mění chrupavčitou kostru v kostěnou. Játra vytváří žluč a ledviny moč. CRL je 75 mm, váha asi 20 gramů.

Kolem 14 týdne začínají být pohyby plodu plynulejší, hlavička je vzpřímená. Plod si procvičuje první dýchací pohyby. Na hlavě rostou první vlásky.

V 15 týdnu se začíná objevovat lanugo, jemné chmýří, pokrývající celý povrch plodu, začíná růst obočí a přibývá vlasů na hlavě. Rozvíjí se obličejová mimika. CRL dosahuje 104 – 114 mm, váha 50 gramů.

Během 16. týdne pokračuje osifikace kostí, imunitní systém začíná tvořit první protilátky, svaly reagují na impulzy z mozku, plod je aktivní, občas se objevuje škytání. Pomocí UZ můžeme zjistit pohlaví plodu (3, 11).

V 17. týdnu plod aktivně pohybuje prsty, cucá si palec, polyká plodovou vodu, kterou následně vylučuje močovým měchýřem, dochází tak k obměňování plodové vody. Voda vniká i do plic, při cvičných dýchacích pohybech. CRL dosahuje 12cm, váha 160 až 200 g.

Od 18. týdne se v podkoží plodu začíná ukládat hnědý tuk, který slouží k termoregulaci po porodu. Vyvíjejí se plicní alveoly. Ve střevech se ukládají zbytky z plodové vody a tvoří pastovitou hmotu – mekonium. Ozvy plodu jsou slyšitelné stetoskopem (3, 11).

Během 19. týdne se obalují nervy myelinovým obalem, střevo produkuje žaludeční šťávy, které podporují vstřebávání plodové vody, její přechod do krevního oběhu a následnou filtraci ledvinami a vyloučení zpět do amniové dutiny. Plod je velmi aktivní v intervalech bdění, spánkem stráví až dvacet hodin za den. CRL je 15cm, váha dosahuje 230 až 330 g.

20. týden těhotenství je významný především pro vývin smyslové soustavy. Vyvíjejí se nervové buňky CNS sloužící smyslům a umožňující rozvoj paměti a myšlení. Kůže se zpevňuje, je složena ze čtyř vrstev, hromadí se více kožního mazu. U plodu ženského pohlaví se formuje pochva, Slinivka břišní začíná produkovat hormony.

Ve 21. týdnu se tvoří na jazyku plodu chuťové pohárky, hmat se neustále zlepšuje. Plod se často dotýká obličeje, cucá si palec nebo si hraje s pupeční šňůrou. Hlava zabírá asi 1/3 délky plodu.

Od 22. týdne je plod schopen vnímat zvuky, je delší dobu bdělý. Mozek zvětšuje objem, kůže je červená, pokrytá lanugem. Oční víčka má plod stále uzavřená, ale zabarvuje se duhovka a rostou řasy a obočí. CRL dosahuje 19 cm, váha až k 400 g.

Ve 23. týdnu má obličej vzhled novorozence, pokožka sílí, hromadí se mázek, lanugo získává tmavší barvu. Jsou vytvořeny zárodky prvních zubů, sílí ušní kůstky, díky čemuž plod stále lépe slyší.

24. týden je důležitým mezníkem, je hranicí životaschopnosti plodu. Plíce začínají tvořit surfaktant, začíná se hromadit podkožní tuk. Plod je schopen rozlišovat zvuky – pozná hlasy rodičů, reaguje na dotek. Začíná pootvírat oční víčka. CRL se pohybuje kolem 20 cm, váha kolem 600 g (3, 11).

Od 25. týdne těhotenství plod vstupuje do třetího trimestru. Plod se stává proporcionálnější. Plodová voda se kompletně obmění každé zhruba tři hodiny. CRL 20 – 22, váha dosahuje k 700 g.

Ve 26. týdnu dále dozrávají plíce, čemuž napomáhají četné dýchací pohyby plodu. Plod si intenzivně cucá palec a vše co je v jeho okolí. Intenzivně se pohybuje, reaguje na dotyk i zvuk – zrychlením pulzu a pohybem. Poloha plodu je stále labilní, polovina plodů je otočena hlavičkou dolů. Plod váží až 900 g.

Ve 27. týdnu je dokončen vývoj očí a chuťových buněk. Plod dále ukládá podkožní tuk a zakulacuje se. CRL je asi 24 cm, váha pod 1000 g.

Od 28. týdne jsou plíce plodu schopny samy dýchat, ale stále jsou nezralé. Sluch je dokonalejší. Kůže je červená, zcela pokrytá mázkem. Varlata sestupují přes třísla do šourku. CRL dosahuje 25 cm, váha 1100 g.

Během 29. týdne roste objem mozku, vyvíjí se závity. Oči se pohybují, lépe reagují smysly – sluch, chuť. Plod začíná být omezen nedostatkem prostoru.

Ve 30. týdnu začíná ubývat lanuga, roste více vlasů a jsou silnější. Kostní dřevina zcela přebírá úlohu krvetvorby. Dýchací pohyby jsou rytmické, kostra pevnější. Téměř 80% plodů je nyní otočeno hlavičkou dolů. CRL je 27 cm, váha kolem 1500 g.

V 31. týdnu nabývají oči plodu tmavě modré barvy, zůstávají otevřené a zavírají se pouze ve spánku.

Od 32. týdne jsou plně vyvinuty všechny smysly plodu. Kůže nabývá růžovou barvu. Většinu dne plod prospí, část tzv. aktivním (REM) spánkem. Dýchací pohyby neustávají ani ve spánku, varlata jsou sestoupnutá v šourku a nehty dosahují konce prstů. Většina plodů je nyní otočena hlavou dolů. CRL dosahuje 29 cm, váha 1800 g.

Ve 33. týdně jsou kosti plodu již plně vyvinuty. Ve střevech se dále hromadí smolka, zásoby podkožního tuku se zvětšují. Vyzrává CNS, díky čemuž je plod schopen lépe vnímat své okolí. CRL je kolem 30 cm, váha 2000 g.

Od 34. týdne je imunitní systém připraven bojovat proti drobným infekcím. Tělo stále pokrývá velké množství mázku. Plod provádí méně pohybů, ale jsou silnější. Hlavička plodu postupuje níže do matčiny pánve.

Během 35. týdne se plod stále více zakulacuje, jak mu přibývá podkožního tuku. Lanugo se pomalu vytrácí. Plod tráví více času bděním. Trávicí soustava a plíce dozrávají.

Ve 36. týdně dosahuje plod téměř stejné délky, jakou bude mít při narození. Lanugo již zcela vymizelo a nehty přesahují konečky prstů. CRL dosahuje 34 cm, délka s nataženýma nohama 45 – 50 cm. Váha se pohybuje okolo 2500 g (3, 11).

Od 37. týdne se plod může téměř kdykoli narodit. Mázek se částečně vytrácí, vlásky dosahují délky až 2,5 cm. Plod se snaží zaujmout takovou polohu, aby zabíral co nejméně místa.

Od 38. týdne je plod zcela zralý a připravený se narodit. Veškeré tělesné orgány jsou plně vyvinuté. Placenta je zralá, začíná být méně efektivní. Velké stydké pysky překrývají malé, varlata jsou sestoupnutá v šourku. Hlavička plodu, případně konec pánevní, naléhá na vchod pánevní. Váha donošeného plodu by se měla pohybovat mezi 2500 a 3500 g (4, 11, 26).

1.2 Prenatální psychologie

Prenatální psychologie je oborem velmi mladým. Jde o interdisciplinární vědní obor, který se zabývá studiem plodu uvnitř dělohy, jeho chováním a duševním životem. Tato disciplína je založena především na lékařských a psychologických výzkumech. Setkávají se zde však i obory jako je antropologie, sociologie, filosofie a jiné (10, 18, 21). Obecně se prenatální psychologie řadí do psychologie vývojové.

Díky moderním technologiím, které nám umožňují zkoumat nenarozené dítě ještě v děloze, bez toho abychom ho nějak ovlivňovali, jsou vědci schopni objektivně pozorovat nejen chování, ale i duševní pochody dítěte dříve než se narodí. Víme dnes například, že plod je již v děloze schopen používat smysly, pamatovat si, učit se a reagovat na stavy a pocity matky. Ne všechny tyto poznatky jsou pro nás zcela nové, jen jsme v dnešní vědecké době zapomněli to, co bylo našim předkům jasné. Dříve lidé věděli, že dítě vnímá matčiny pocity, proto se ženám v očekávání radilo například vyvarovat se nepříjemným, stresujícím věcem nebo se polekat. Již v Bibli se pak objevuje zmínka o tom, že plod reaguje na zvuky (12, 21), Jan Amos Komenský radil matkám v Informatoriu školy mateřské, aby se vyvarovaly polekání, hněvu, truchlení, ale i škodlivým látkám jako je alkohol (20).

Prenatální dítě se může označovat dvěma způsoby, podle názoru na schopnosti dítěte v prenatálním období. První názor je biologický a označuje dítě jako plod. Druhý názor je humanistický a mluví o dítěti nebo nenarozeném dítěti. Prenatální psychologie používá spíše humanistické označení, pro zjednodušení se však i zde může objevovat pojem plod. Prenatální psycholog Fedor-Freybergh zavedl do prenatální psychologie pojem prenatální dítě, který podle něho vystihuje komplexní kapacitu dítěte jako lidské osobnosti, která si zasluhuje respekt již od svého vzniku. Těhotné ženy o svém nenarozeném dítěti také nikdy nehovoří jako o plodu, ale vždy ho nazývají dítě, miminko či vybraným jménem (9, 10, 12).

Prenatální psychologie zdůrazňuje především nedělitelnost psychologických a tělesných procesů v lidském životě, který vytváří kontinuum od početí po smrt, kdy každá vývojová fáze je stejně důležitá, a všechny fáze jsou na sobě závislé (10). I přes

snahy tohoto oboru a jeho představitelů začlenit povědomí o prenatální psychologii do obecného povědomí, se s životem člověka v moderních společnostech stále počítá až od narození. Prenatální období bývá podceňováno. Přitom je prenatální fáze života nejdůležitějším a nejvíce rozhodujícím obdobím pro celý život jedince, a to z pohledu psychologického i fyziologického (7).

1.2.1 Historie prenatální psychologie

Mnoho kultur mělo vždy určité povědomí o tom, že život v děloze hraje v lidském životě důležitou roli. O této fázi života si předávají z generace na generaci mýty a pověsti. Vyvinuli si také specifické praktiky, které mají zajistit optimální vývoj plodu. Prehistorické rituály v těhotenství zahrnovaly především tanec a rytmickou hudbu. Tyto praktiky jsou stále používány například u afrických kmenů (33).

Západní civilizace na druhou stranu viděla embryo, potažmo plod a dítě příliš malé a nevyvinuté na to, aby ho mohl tento zážitek ovlivnit, nebo aby si ho pamatoval (15). Vývojová psychologie datovala začátek vývoje dítěte do doby po porodu. V roce 1924 vydal Otto Rank knihu s názvem *The trauma of birth*, kde se poprvé zohledňuje vliv porodu na vývoj člověka. Tato kniha měla mnoho odpůrců, například Freud ji označil jako ohrožení jádra psychoanalýzy.

Později se objevovaly názory, že nejen porod, ale i prenatální život ovlivňuje další život jedince. Kolem roku 1950 psychoterapeut Frank Lake používal LSD při svých regresivních terapiích, kdy vracel pacienty zpět do dětství. Zjistil, že se pacienti mohou vrátit nejen do dětství, ale vrací se mnohem hlouběji, až do období, které strávili v děloze. Tyto výzkumy obrátily pozornost na nitroděložní vývoj a rané vzpomínky z tohoto období (15).

V roce 1971 pak byla ve Vídni založena Mezinárodní společnost pro prenatální psychologii doktorem Gustavem Hansem Graberem. O několik let později byl název společnosti, za účasti prof. Fedor – Freybergha, rozšířen na Mezinárodní společnost pro prenatální a perinatální psychologii a medicínu. (ISPPM). V roce 1983 založil

v Torontu Thomas Verny Asociaci pro prenatální a perinatální psychologii a zdraví (APPPAH) a vydal knihu Tajemný život nenarozeného dítěte, která přiblížila toto téma veřejnosti (18).

1.2.2 Osobnosti prenatální psychologie

Ve vývoji prenatální psychologie hraje důležitou roli hned několik osobností. Například prvním moderním člověkem, který se zabýval prenatálními vlivy, byl již renesanční Leonardo da Vinci. U nás hovořil o prenatálních vlivech na plod Jan Amos Komenský, který radil matkám, čeho se v těhotenství vyvarovat (18, 20). Níže se budu zabývat jen několika nejvýznamnějšími osobnostmi pro tento obor.

1.2.2.1 Thomas Verny

Kanadský psychiatr a spisovatel, jehož rodina pochází ze Slovenska. Je jedním ze zakladatelů prenatální psychologie. V roce 1983 založil v Torontu Asociaci pro prenatální a perinatální psychologii a zdraví (APPPAH). Je autorem mezinárodního bestselleru, knihy skrytý život nenarozeného dítěte. Kniha byla publikována ve 27 zemích světa a změnila pohled společnosti na těhotenství a porod (18, 19).

1.2.2.2 Peter Fedor-Freybergh

Narodil se v Bratislavě 12. listopadu 1936. Vystudoval medicínu na Bratislavské lékařské fakultě. Poté pracoval jako psychiatr. Koncem 60. let odešel do zahraničí, kde s úspěchy publikoval, a stal se uznávaným odborníkem. Propojoval různé obory, věnoval se i gynekologii a porodnictví, s důrazem na endokrinologii. V roce 2006 byl jmenován vedoucím katedry pro prenatální a perinatální psychologii a medicínu. V roce 2009 byl jako první na světě jmenován profesorem pro obor prenatální a perinatální

psychologie a medicína.

Profesor Fedor – Freybergh je jedním ze zakladatelů oboru prenatalní a perinatální psychologie a medicíny. Od roku 1983 je presidentem tohoto oboru (9, 28).

1.3 Průběh těhotenství a jeho vliv na plod

Již od samého počátku těhotenství, prvního dělení buněk, je v zárodku přítomno všechno lidské, je to v něm skryto jako potenciál. Tento potenciál je přítomen u všech, mimo to si však dítě přináší na svět i něco zcela jedinečného, jeho vlastní individuální výbavu. Tuto výbavu dělí Matějček na dvě složky, a to dědičný vklad, který dítě dostává od rodičů a vše co dítě zažilo během devíti měsíců svého vývoje v děloze (20).

Z nejnovějších vědeckých poznatků vyplývá, že nezáleží pouze na fyzickém stavu a zdraví budoucí matky, ale také na jejím chování, prožitcích a emocích. Svým chováním může matka způsobit, aby se dítě u ní mělo jako v bavlnce, ale může ho také svým chováním vážně ohrožovat. Ne vždy se matka může vyhnout všem tíživým zážitkům a úzkostem, ale měla by se snažit proměnit těhotenství v dobu jistoty, radosti a pohody.

Těhotenství můžeme považovat za první ekologickou situaci dítěte, neboť děloha je pro dítě prvním ekologickým prostředím. To, jak se k dítěti chováme během jeho pobytu v děloze, tak se bude v dalším životě chovat ke svému okolí, světu. Již v děloze se tedy může rozhodnout, zda bude dítě přistupovat s láskou a respektem ke všemu živému na tomto světě, nebo zda bude jedincem surovým a bezohledným (6, 7, 10, 20).

Těhotenství může být považováno za aktivní dialog mezi matkou a dítětem, který může být dále rozšířen na dialog s otcem a matčiným psychosociálním prostředím. Tento dialog probíhá na několika úrovních, a to například psychologicko-emocionální, biochemické a psychoneuroendokrinní. Interakce probíhající mezi matkou a dítětem v těhotenství není tedy jen biologického charakteru, ale má také charakter psychologický a sociální. Prenatální dítě není podle profesora Fedor-Freybergha pasivní, ale je aktivním a vnímavým „pasažérem v děloze“ (9, 10).

Dialog mezi matkou a dítětem začíná na nevědomé úrovni, nejspíše na úplném začátku vývoje dítěte. Ze strany matky vědomý dialog začíná, když začne dítě označovat ne „to“ ale „ty“, bývá to v období pocítění prvních pohybů plodu (6).

1.3.1 Komunikace s prenatálním jedincem

Komunikace je pro lidi základním způsobem dorozumívání. Pojem komunikace vyjadřuje proces předávání a výměny zpráv a informací. Má však i mnohem hlubší význam, proto se může definovat také jako sdílení s někým něco hodnotného (25).

Komunikace mezi matkou a dítětem je především psychosomatického charakteru. Jednotlivé druhy komunikace se od sebe nedají zcela oddělit, neboť se prolínají nebo objevují současně, jsou neoddělitelné. Není až tak důležité, jaký podnět vedl k zahájení komunikace, zda to byla emoce či hormon. Hlavní je, že komunikace probíhá a co je jejím výsledkem (7). Přesto v následujících odstavcích upřesním jednotlivé druhy komunikace, k jakým může prenatálně docházet.

Mezi matkou a dítětem probíhá komunikace na mnoha úrovních. První komunikace mezi dítětem a matkou se objevuje již v nejranějších fázích prenatálního vývoje. Za skutečně první komunikaci se považuje komunikace na úrovni biochemické. Zárodek nese genetickou informaci od matky, ale i od otce, a má též antigenové vlastnosti obou rodičů, proto by bylo pro matčin organismus obvyklé vyvolání imunitní reakce a zbavení se pro její organismus cizích struktur. To se však neděje právě díky biochemické komunikaci mezi plodem a matkou.

Další úrovní prvotní komunikace je komunikace neurohumorální. Tu zahajuje nejspíše matka, která zachytí určitý vnější podnět, zpracuje ho na emoci, hypotalamus, kde se emoce zpracovává, vyšle signál endokrinnímu a vegetativnímu nervovému systému. Hypotalamus plodu zase reaguje na chemické změny v matčině těle vyvolané tímto procesem. Tak je plod schopen vnímat emoce matky, a ty ho mohou ovlivňovat. Například dlouhodobé vystavení negativním emocím matky může ovlivňovat neurohumorální prostředí plodu a tím ovlivňovat i jeho další vývoj (31).

Další rovinou je komunikace behaviorální, jak ji nazývá Thomas Verny, jinak také komunikace smyslová. Jde především o reakce plodu na změnu matčiny polohy nebo pro něj nepohodlnou matčinu polohu, kterou je plod schopen svým chováním přinutit matku změnit do pro něj pohodlnější polohy. Jde tedy o komunikaci tělesnou, která se objevuje kolem dvacátého týdne těhotenství, kdy matka pocítí první pohyby plodu. Dalším příkladem této komunikace je zklidnění plodu při dotycích a masáži břicha nebo poslechu matčina hlasu a hudby. Na této komunikaci s dítětem se nemusí podílet pouze matka. Zde se může zapojit i otec dítěte, sourozenci a další osoby.

Dále máme komunikaci emocionální, vyjadřovanou těšením se na dítě nebo naopak obavou a nechtěním těhotenství. Dítě je schopno již od raných fází vývoje vnímat emoce matky a reagovat na ně. Všechny citové prožitky matky se přenášejí i na dítě (31, 32).

Prenatální komunikace skýtá mnoho výhod, a to jak pro dítě, tak pro matku. Prostřednictvím prenatální komunikace se vytváří důvěra mezi dítětem a rodiči, zároveň i důvěra rodičů v jejich rodičovské schopnosti. Rodiče, kteří se svým dítětem před narozením hodně komunikovali, jsou po porodu mnohem vnímavější k potřebám dítěte, lépe mu rozumí. Dávají také svému dítěti najevo, že ho milují a vytváří tak základní pocit lásky a důvěry. Prenatální komunikací se k dítěti také dostává dostatek podnětů, které dítě stimulují a pomáhají k lepšímu psychickému i tělesnému rozvoji (32).

Již během prenatálního období a krátce po porodu je dítě dokonale vybaveno pro lidský svět, především pak pro lidský vztah. Bylo dokázáno, že již před narozením je plod schopen odlišovat řečové podněty od neřečových. Dítě je tedy připraveno na specifický druh lidské komunikace ještě dříve, než přijde na svět. Dítě v této době ještě není schopno odpovídat, ale stimulace mozku řečovými podněty, kterým se dospělí při kontaktu s novorozencem neubrání, se projeví po několika měsících, kdy začíná dítě mluvit (21).

Nenarozené dítě ze svého okolí vnímá spoustu informací. Již v děloze má rozvinuty smysly, díky kterým může vnímat zvuky, světla a dotyky. Smysly plodu hrají v komunikaci s ním důležitou roli, proto se jimi budu níže zabývat podrobněji (32).

1.3.1.1 Smysly plodu

Hmat je prvním ze smyslů, který se u plodu vyvíjí a patří také k těm nejdůležitějším. Začíná se objevovat již v 8. týdnu, kdy je plod schopen reagovat na podráždění vlasem. Kolem 18. týdne, kdy matka začíná cítit první pohyby plodu, je i plod schopen vnímat dotek matčiny ruky, hladící břicho. V tomto místě se plod tiskne k břišní stěně, aby mohl matčin dotek vnímat co nejintenzivněji (18, 32).

Plod je schopen vnímat chuť plodové vody, ve které se nachází mnoho látek. Sama o sobě má plodová voda mírně nasládlou chuť, stejně jako bude mít mateřské mléko. Dále obsahuje i soli, kyselinu citronovou, proteiny, moč plodu nebo aroma z potravin snědených matkou. Byly provedeny výzkumy, kdy se přidávaly do plodové vody sladké nebo hořké látky; při sladkém se zvýšil počet polknutí plodu, při hořkých se výrazně snížil a plod se viditelně šklebil.

Intrauterinně je plod schopen vnímat i vůně. Ačkoli se zdá, že čich souvisí se vzduchem, je lidský nos schopen vnímat vůně i z vody. Přes placentu k plodu přecházejí nejrůznější sloučeniny a aromatické složky z matčiny stravy, které přicházejí do kontaktu s čichovými receptory v nose plodu. Čichová tkáň dozrává kolem 20. týdne. Podle některých je plodu již nitroděložně známý pach jeho matky, který hraje důležitou roli v další adaptaci (18, 22, 32).

Zrak v matčině děloze nehraje tak důležitou roli. Přes břišní stěnu sem prochází tlumené světlo a plod tak není uzavřen v černé tmě, ale jeví se mu okolí jako růžovo červené. Oči plodu se otevírají okolo 30. týdne a plod je od této doby schopen reagovat na světelné změny například změnou srdečního rytmu. Některé matky udávají, že při opalování a vystavování břicha slunečním paprskům se výrazně zvyšuje počet pohybů plodu (18, 32).

Sluch je v prenatálním období asi nejvytíženějším smyslem. Ačkoli se to nemusí na první pohled zdát, děloha je poměrně hlučným místem. K plodu v děloze neustále doléhají nějaké zvuky. Plod může slyšet zvuky z vnitřku - tlukot matčina srdce, proudění krve ve velkých cévách, trávicí zvuky a zvuky plic, ale i zvuky z vnějšku. Odtud k plodu nejčastěji doléhá matčin hlas, který je plod schopen rozeznat i po

narození. Pronikají sem však i veškeré ostatní zvuky, které mohou být pro dítě i stresující a může se jich polekat. Když plod například zaslechne neočekávaný hlasitý zvuk jako je například prásknutí dveřmi nebo hlasitá hudba, lekne se, zvýší se mu srdeční tep a zvýší počet pohybů. Na zvukové podněty začíná plod reagovat již v 16. týdnu těhotenství, od 24. týdne je sluchové ústrojí již zcela dovyvinuté a plod pak téměř neustále něčemu naslouchá (18, 32).

1.3.2 Prenatální učení

Plod je schopen se učit již v děloze. Jde zatím o primitivnější formy učení, ale jsou prokazatelné a pro přežití dítěte nezbytné. Prenatální učení umožňuje dítěti přizpůsobovat se měnícím se podmínkám. Toto přizpůsobení se, neboli adaptace, je nezbytné k přežití. Aby se mohl plod adaptovat, získává zkušenosti, aby mohl aplikovat získané zkušenosti, potřebuje si je zapamatovat, vytvářet paměťové stopy (10).

Plod je schopen se učit například podmiňujícím učením. Po určitém počtu opakování je plod schopen si spojovat určitý podnět nebo chemickou změnu prostředí s následky. Jako příklad uvádí T. Verny podmiňující učení spojené s kouřením, kdy pouhá myšlenka matky na cigaretu vyvolá odezvu dítěte, které očekává snížený přísun kyslíku způsobený kouřením a nikotinem a vyvolá to jeho strach, úzkost a zvýšení srdeční frekvence (35).

Plod se také během prenatálního vývoje naučí rozpoznávat matčin hlas od ostatních. Pokud na něho často mluví i otec, je schopen rozeznat po porodu i jeho hlas. Plod vnímá nejen původce hlasu, ale především tón hlasu, který k němu promlouvá. Intelektuálně je plod dostatečně vyzrálý, aby byl schopný rozpoznat tento emocionální tón. Pomalý, něžný tón hlasu způsobí, že se plod cítí milovaný a chtěný. Naopak rozčilené hlasy ho mohou vystrašit (2, 24).

1.3.3 Význam emocí matky

Matka žije od početí s dítětem v symbióze. Jsou to dva organismy, které jsou pro sebe vzájemně důležité, ovlivňují se, předávají si informace. Matka není jen jakási „líheň“, která je zaměnitelná, což si ještě v dnešní době někteří profesionálové myslí. Těhotná žena není jen pasivní nositelkou rostoucího plodu, ale je aktivním partnerem v psychobiologickém dialogu s dítětem (7).

Podle dlouhodobé studie van der Berga a dalších mohou emoce matky ovlivňovat počet pohybů plodu (23). To dosvědčuje například pokus dalšího rakouského profesora, který vyšetřoval těhotné ženy pomocí ultrazvuku. Počkal si, až bude dítě úplně v klidu a nebude se hýbat. V tento okamžik profesor sdělil sestře, že se plod vůbec nehýbe. To u matky spustilo určitou stresovou reakci, na kterou plod za okamžik reaguje výraznými pohyby. Profesor jen měřil čas, který nervový a endokrinní systém matky potřebuje k předání stresové informace plodu (20).

Emoce matky, které může pociťovat k plodu, nejsou pouze pozitivní a negativní, mohou být i ambivalentní a v průběhu těhotenství se mohou měnit. Po zjištění těhotenství mohou být rodiče zaskočeni, mohou pociťovat strach, jak se změní jejich vzájemný vztah a jak dítě naruší jejich zaběhlý způsob života. Rodiče, kteří již dítě mají, mohou přemýšlet o tom, jak svou péči a lásku rozdělí mezi více dětí.

Reva Rubin definuje čtyři úkoly, které žena v průběhu těhotenství řeší. Snaží se zajistit bezpečný průběh těhotenství pro sebe i pro plod, smiřuje se s rolí matky, učí se postarat se o sebe a přijmout péči a pozornost okolí, rozvíjí vztah k dítěti.

Vztah k dítěti se během těhotenství mění, diferencuje a prohlubuje. Nejprve těhotná akceptuje dítě jako součást sama sebe, postupně si musí zvykat na představu dítěte jako samostatné bytosti (16).

Z psychologického hlediska se těhotenství dá rozdělit do tří trimestrů, ve kterých se mění vztah k dítěti a jeho chápání matkou. V prvním trimestru bývá těhotná žena zaměřená spíše na sebe, na své tělo. Snaží se zvyknout si na myšlenku, že je těhotná a těhotenství přijmout. Pro toto období mohou být charakteristické emoce jako je rozladěnost, nejistota a náladovost. Druhá psychologická třetina začíná tehdy, když žena

pocítí první pohyby plodu. Díky pohybům si žena plně uvědomuje existenci plodu. V tomto období se žena většinou cítí dobře, snaží se podporovat zdárný průběh těhotenství. V této fázi by měla matka přijmout plod jako nezávislého jedince. Pro poslední fázi je charakteristické tzv. stavění hnízda. Matka se začíná připravovat na porod a existenci dítěte mimo její tělo (27).

1.3.4 Stres v těhotenství

Reakce na stres je u plodu v počátečních fázích těhotenství úzce spjata s matkou. Stres, který matka prožívá, se k dítěti dostává přes placentu prostřednictvím stresového hormonu kortizolu. Když je matka stresovaná, hladina kortizolu v krevním řečišti vzroste a přeneše se i k plodu. Množství a způsob prožívání stresu matkou během těhotenství má vliv na stresovou toleranci dítěte v pozdějším životě. Studie ukazují, že děti, jejichž matky prožívaly během těhotenství hodně stresu, reagují v prvním roce života na podněty podrážděněji, častěji a déle pláčou a mají potíže přizpůsobit se změnám (2). Důležitou roli zde hraje ještě další hormon, a to serotonin, který matka vyplavuje v situaci chronického stresu. Tento hormon má závažné důsledky na dělohu. Vyvolává její stahy, které mohou vést na počátku těhotenství k potratu a později k hypoxii plodu. Serotonin dále způsobuje ztenčení hrdla děložního, což může vést k předčasnému porodu (7).

Nitroděložní stres může mít mnoho podob. Jeho zdrojem může být fyzický stav matky – kouření, alkohol, drogy. Psychický stav – jak se cítí, vztah k dítěti. Dalším zdrojem mohou být vlivy životního prostředí, kde matka žije (13).

Vlivy nitroděložního prostředí zaznamenává trvale nervový systém plodu. Co je normální pro matku, stane se normálním i pro plod, který začne spojovat určité podmínky vnitřního prostředí s pocity libosti a nelibosti. Například pokud se matka cítí klidná a uvolněná pouze pokud má v krvi určitou hladinu nikotinu či alkoholu, bude to samé uklidňovat i dítě v pozdějším životě. Jde o jakési podmiňující učení (13).

1.3.5 Chtěné a nechtěné těhotenství

Od samého počátku těhotenství se vytváří vztah mezi matkou a dítětem, který se s rostoucí délkou těhotenství prohlubuje a diferencuje. Nové dítě zasahuje významně do dosavadního života obou rodičů, zvláště jde-li o jejich prvního potomka. Rodiče si vytvářejí vztah k novému životu, mění se jejich vzájemný vztah i dosavadní způsob života. Dítě významným způsobem zasahuje do sociální situace rodičů a mění ji (31). Těhotenství je obdobím, kdy si oba na tuto novou situaci zvykají. To, jaký si k těhotenství a nenarozenému dítěti vytvoří vztah, však významně ovlivňuje jeho další vývoj.

Jak jsem již zmiňovala výše, dítě je již poměrně brzo schopno vnímat emoční vyladění rodičů, především tedy matky. Otec však v jeho životě hraje také významnou roli a ovlivňuje ho. Je to především on, kdo se podílí na emočním stavu matky, zajišťuje její pohodlí a klid, může však být pro matku také zdrojem nejistoty a pochyb. Proto se zdá nejvhodnější, aby do těhotenství vstupoval pár, který je vyrovnaný a má vyřešeny všechny drobné spory. To však v reálném životě není úplně vždy možné, proto se můžeme často setkat se svobodnými matkami, potraty a nechtěnými dětmi. Jsou matky, které dlouho a radostně očekávají, až přijdou do jiného stavu. Jiné se toho naopak děsí a chtějí tomu za každou cenu zabránit. Když už k těhotenství dojde, jsou tu matky, které jsou šťastné a velmi se na potomka těší. Jsou takové, které se těší, ale zároveň pociťují úzkost, zda všechno dobře dopadne. Jsou matky, které jsou vyděšené, protože těhotenství neočekávaly ani nechtěly. Tyto matky pak stojí před otázkou, zda si dítě ponechat či nikoli. Jedna část matek se se situací nakonec smíří a na dítě se i začne těšit. Další část jde na potrat a další si, třeba i pod tlakem okolí, dítě ponechá, ačkoli ho stále nechce.

Vztah matky k nenarozenému dítěti má na něj významný vliv, jak ukazují různé výzkumy. Negativní psychická vyladěnost matky je jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro prenatální vývoj a ranou interakci mezi matkou a dítětem (31).

Plod je schopen rozpoznat emoce matky a podle toho emočně reaguje i on. Uvedla bych pro příklad experiment dr. Rottmanna, který rozdělil matky do několika skupin podle toho, jaký měli přístup ke svému dítěti. První skupinou byly ideální matky, které své dítě chtěly vědomě i podvědomě. Tyto matky měly nejlehčí průběh těhotenství, hladké porody a fyzicky i psychicky zdravější šestinedělí. Druhou skupinou byly katastrofické matky. Tyto matky měly negativní vztah ke svému těhotenství. V této skupině se objevovalo nejvíce medicínských problémů, objevovalo se hodně předčasných porodů, novorozenců nízké porodní hmotnosti a emocionálně narušených dětí. Další skupinou byly ambivalentní matky, které byly rády, že jsou těhotné, ale podvědomě vysílaly k dítěti signály, že ho nechťejí. Při porodu mělo neobvyklé množství těchto žen trávící a behaviorální problémy. Poslední skupinou byly tzv. „cool“ matky, které dítě nechťely, protože měly kariéru, finanční problémy a podobně. Podvědomě však po dítěti toužily. Obě tyto informace se dostaly k plodu, který byl zmatený. Po porodu bylo neobvyklé množství dětí matek z této skupiny apatických (35). Z tohoto výzkumu je patrné, jak mohou postoje matky, ať již vědomé či nevědomé ovlivňovat zdravý vývoj dítěte, průběh těhotenství i porodu.

Otázkou chtěného a nechťeného těhotenství se u nás v longitudinální studii zabývala skupina Z. Matějčka, Z. Dytrycha a dalších. Jejich výzkum započal v 60. letech minulého století a skončil v roce 2001. Výzkum se týkal dvě stě dvaceti nechťených dětí. Matky těchto dětí žádaly dvakrát o potrat, nebylo jim však vyhověno, proto je zřejmé že šlo o děti nechťené. K těmto dětem byla přiřazena kontrolní skupina dětí z chtěných nebo neutrálně přijímaných těhotenství. Z výzkumu vyplývá mnoho rozdílů mezi skupinou kontrolní a experimentální. Děti z nechťeného těhotenství byly méně nebo nebyly vůbec kojeny, byly častěji nemocné, často měly nadváhu. V adolescenci měly méně přátel, zažívaly více zklamání v lásce, měly častěji pohlavní styk bez vztahu a zamilování, častěji byly soudně trestané a podobně. Ne vše však můžeme připisovat pouze prenatalním vlivům, neboť člověka v průběhu života ovlivňuje mnoho faktorů (19, 31).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že ideální dítě by mělo být milované, a to již prenatalně. Všechny děti by měly mít nárok na to, být chtěnými a žádné by nemělo být

nechtěným. Jak uvádí profesor Fedor-Freybergh: „Nechtěné děti jsou morálně ohroženy a morálně ohrožují společnost!“ (10, str. 34).

1.3.6 Ohrožení optimálního vývoje

Pro optimální vývoj plodu, potažmo dítěte jsou nejdůležitější první fáze těhotenství, kdy se pokládají základy všech orgánů a při poruše mohou vznikat vrozené vývojové vady. Z tohoto důvodu by měli lidé v reprodukčním období, kteří se chystají zplodit potomka dodržovat zdravý životní styl ještě před otěhotněním. Toto se týká obou rodičů, nejen matky, protože zdraví partnera určuje kvalitu genetického materiálu spermií (1).

Existuje několik faktorů, které mají vliv na správný vývoj plodu. Patří sem profesionální prenatální péče, správná výživa, dostatek odpočinku, přiměřený váhový přírůstek, pravidelné cvičení, pozitivní emoční stav, věk matky a její zdravotní stav. Jsou zde i faktory, které mají na plod negativní dopad a mohou ho i vážně poškodit. Tyto faktory se nazývají teratogeny. Mezi teratogeny patří alkohol, kouření během těhotenství, návykové látky, chemické látky (rtuť, olovo), radiace a infekční onemocnění. Většina z těchto látek může volně procházet placentou a ohrožovat tak plod (1).

Ohrožující vliv na plod může mít i prostředí dělohy. Ta tvoří první ekosystém dítěte, je pro něho prvním světem. Tvoří se zde očekávání dítěte k okolnímu světu. Takový jaký k němu je jeho první svět, očekává, že bude i svět opravdový. Pokud se zde dítě cítilo milováno, bylo to prostředí přátelské, očekává, že tomu tak bude i nadále, po porodu. Vytváří se tak u dítěte predispozice pro člověka otevřeného, extrovertního, sebevědomého. Pokud na něho prostředí dělohy působí nepřátelsky, vytváří si takový postoj i ke světu. Takové dítě má predispozice být nedůvěřivé, podezřivé a uzavřené (7, 35).

1.4 Role porodní asistentky v prenatální psychologii

Každá porodní asistentka kromě zdravotní péče působí také v oblasti poradenské a vzdělávací, a to záměrně i bezděčně. Porodní asistentka by si měla vždy uvědomovat, o čem informuje těhotné ženy, proč je právě o tom informuje a jaký může mít informace vliv na psychiku a chování žen. Povinností porodní asistentky, by mělo být zajistit ženě dostatek přiměřených informací, které jí pomohou projít si celým těhotenstvím v klidu, pohodě a s jistotou samu v sebe a svojí schopnost donosit a porodit zdravé dítě. Do své edukační činnosti by měla porodní asistentka zahrnovat i partnera těhotné ženy, neboť jak jsem již poukazovala dříve, i on hraje důležitou roli v životě dítěte. (30)

Role porodní asistentky v prenatální psychologii spočívá především v edukaci a primární prevenci. Porodní asistentka by měla ženy edukovat o všech vlivech, které mohou plod ovlivňovat, a to jak o těch pozitivních, tak o těch negativních.

Porodní asistentka by měla být schopná rozpoznat matky, které by mohly nějakým způsobem své dítě ohrožovat, ať již vědomě či nevědomě. Zde jde především o užívání návykových látek, alkoholu a o tak časté kouření těhotných. Zde je třeba těhotné důsledně edukovat o všech důsledcích, které může mít kouření na jejich dítě.

Matka může svému dítěti škodit i nevědomě. Psychické rozpoložení matky a její emoce mají veliký vliv na psychiku dítě a mohou zásadně ovlivnit jeho následující život. Prenatální psycholog Fedor-Freybergh například doporučuje, aby byl v prenatální poradně nejen porodník a porodní asistentka, ale i psycholog (9).

1.4.1 Porodní asistentka a prenatální komunikace

Porodní asistentka může ženám doporučovat metody, jak komunikovat se svým dítětem a jak se s ním sbližovat již před narozením. Tyto poznatky jim může předávat například během prenatálních kurzů, které se velmi často omezují na těhotenské cvičení a informace o tom co ženy čeká v porodnici a při porodu, místo aby se pečlivě soustředili na situace a podmínky důležité tady a teď. Během těchto kurzů mohou

porodní asistentky ženy naučit, jak své dítě stimulovat a jak i ono může odpovídat na jejich stimuly. Žena se pak snadněji vyladí na své dítě, je schopná snadněji porozumět jeho potřebám a snadněji se přizpůsobuje dítěti po porodu. Jejich vzájemný vztah po porodu je mnohem intenzivnější, neboť byl navázán již během těhotenství a stav po porodu je jen pokračováním tohoto vztahu a jeho prohlubováním (2, 18).

Vztah s prenatálním dítětem mohou navázat i další blízké osoby, a to především otec, respektive partner těhotné, a sourozenci. Tito si mnohdy nemusí být jisti, jak správně komunikovat s nenarozeným dítětem. Zde se opět může uplatnit role porodní asistentky, která tatínky povede. Pomůže jim pochopit, co se v mateřském těle odehrává, jak mohou s dítětem komunikovat a jak jim ono může odpovídat. Tímto se prohlubuje i vzájemný vztah mezi partnery. Zapojení partnera do prenatální péče má však mnohem důležitější význam, neboť jeho zážitek z tohoto období má vliv na partnerovu aktivitu během porodu a jeho schopnost utvořit si vztah k dítěti v následujícím období (8).

Prenatální komunikace probíhá spontánně a neustále, a to hned na několika úrovních. Zmínila bych nejčastější metody prenatální komunikace, které mezi matkou a dítětem probíhají, a které může porodní asistentka ženám a jejich rodinám doporučit.

Mluvení k dítěti

Každá matka se svým dítětem mluví, nejprve jen v duchu, později, když více vnímá dítě díky jeho pohybům, s ním hovoří i nahlas. Matka instinktivně volí při hovoru s dítětem jemný a melodický tón, díky kterému dítě pozná, že matka hovoří k němu. Tento tón je velmi důležitý, neboť dítě nevnímá to, co říkáme, ale spíše tón, jakým to říkáme. Žena pak může dítěti například i číst pohádky, vyprávět mu, jak se na něho těší, nebo mu zpívat.

Poslech hudby

Hudba má na vyvíjející se dítě velmi dobré účinky, podporuje rozvoj mozku a pomáhá dítěti cítit se klidně. Rodiče často záměrně vybírají klasickou hudbu, jako je Mozart nebo Vivaldi. V některých státech, jako je například Nizozemí, existují dokonce

obchůdky zaměřené na prenatální dítě. Rodiče si zde mohou vybrat z velké škály speciální hudby a dalších pomůcek pro nenarozené, které mají usnadňovat a zkvalitňovat jejich vývoj (32, 33).

Vizualizace

Právě vizualizace hraje v prenatální komunikaci důležitou roli. Téměř všichni rodiče si představují, jak jejich potomek bude vypadat, až se narodí nebo jak vypadá právě nyní. K vytvoření této představy pomáhá v dnešní době ultrazvuk. Rodiče často dostanou fotografii svého dítěte na ultrazvukovém snímku domů, a můžou se tak s ním pochlubit i svým známým. Příklady ultrazvukových snímků, a to klasického a 3D jsou zobrazeny v příloze č. 2. Na takovýchto snímcích, však není vidět vše. Rodiče si tak mohou představovat, jaké bude mít dítě vlásky, jak bude veliké, jaké bude mít oči nebo komu z rodičů se bude podobat. Porodní asistentka pak může rodičům doporučit některé z velké škály cvičení vizualizace. Příklad cvičení vizualizace je uveden v příloze č. 3.

Hlazení břicha

Hlazení břicha je také dobrým způsobem komunikace s dítětem. Těhotné ženy často během dne své břicho hladí nebo se ho dotýkají naprosto nevědomě. Často jde o odpověď na kopnutí dítěte, jindy o ochranné gesto při hrozícím nebezpečí. Hlazení břicha se také může stát rituálem. Žena si může provádět masáž, do které může zapojit i partnera. Může použít masážní či vonné oleje a strávit klidnou chvíli pouze mazlením se svým dítětem. V tomto rituálu pak může žena pokračovat i po porodu, kdy může provádět kojenecké masáže. Tyto masáže, ať již před porodem nebo po porodu pomáhají ke zklidnění a uvolnění dítěte, prohlubování vztahu mezi matkou a dítětem, jejich vzájemnému respektu a pocitu lásky (12, 32).

1.4.2 Edukační činnost porodní asistentky v prenatalní psychologii

Pojem edukace znamená vést vpřed, vychovávat. Edukaci lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. V prenatalní psychologii může porodní asistentka vést ženy k tomu, aby v těhotenství změnilly své chování, více dbaly o svůj fyzický i psychický stav. Vhodnými edukačními metodami by porodní asistentka měla ženy dovést ke změně smýšlení o vlastním těle, uvědomění si procesů, které se odehrávají v jejím těle, a jaký na ně má ona sama vliv (14).

Edukační činnost může porodní asistentka provádět téměř kdekoli. Porodní asistentka edukuje ženy ve zdravotnických zařízeních, během předporodních kurzů, při výkonu své soukromé praxe či přednáškách pro veřejnost.

Porodní asistentka by měla mít svůj plán edukace dobře promyšlený a naplánovaný. Měla by si uvědomovat, koho chce edukovat, o čem chce edukovat, jakým způsobem chce edukovat a čeho chce svou edukací dosáhnout. Porodní asistentka by měla náplň edukace přizpůsobovat individuálním zvláštnostem jedince. Během plánování a realizace musí brát v úvahu zdravotní a psychický stav jedince, jeho individuální potřeby, osobní zkušenosti, jeho osobnost, zvláštnosti sociálního prostředí a kulturní odlišnosti. Svou edukaci by měla porodní asistentka přizpůsobit tak, aby pro jednotlivce byla srozumitelná a snadno pochopitelná (14, 30).

Existuje několik forem edukace, které může porodní asistentka při své praxi využívat. Jde o edukaci individuální, skupinovou a hromadnou. Individuální edukace je jedna z nejčastěji využívaných forem edukace ve zdravotnictví. Porodní asistentka je v úzkém kontaktu se ženou, věnuje se jejím individuálním potřebám, dostává zpětnou vazbu. Při individuální edukaci se nejčastěji užívá edukačních metod vysvětlování, rozhovoru nebo instruktáže s praktickým cvičením. Skupinovou formu edukace porodní asistentka nejčastěji využívá během vedení předporodních kurzů. Ve skupině je stále možné zachovat individuální přístup a ženy mají zároveň možnost spolupracovat a vyměňovat si vzájemně zkušenosti a názory. Hromadná forma edukace je zaměřená na širší skupinu osob, využívá se například při přednáškách. Během hromadné edukace

předává porodní asistentka informace velké skupině osob, ale je zde možný pouze malý individuální přístup a nízká zpětná vazba (14).

Oblasti, ve kterých může porodní asistentka edukovat jsou rozličné. Co se týče prenatální psychologie, edukace by se měla zaměřovat na komunikaci s dítětem, vytváření vztahu k dítěti, informace o tom, co je dítě schopno prenatálně vnímat, vývoj plodu a ohrožující vlivy, které mohou na plod působit. Porodní asistentka by se měla zaměřovat na psychický stav ženy a její individuální potřeby, způsob jakým vnímá těhotenství a jak ho prožívá.

1.4.3 Role porodní asistentky v primární prevenci

Prevence je soubor činností, jejichž cílem je upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a prodloužení aktivní délky života. Prevence je zaměřena na jedince nebo na celou společnost. Prevence se z časového hlediska dělí na primární, sekundární a terciární. Role porodní asistentky spočívá především v primární prevenci, kde může najít široké uplatnění. Primární prevence se soustřeďuje především na ochranu a posílení zdraví, a předcházení nemoci. Je důležité si uvědomit, že porodní asistentka ženu v období těhotenství neléčí, neužívá žádných léků, ale spíše se snaží možným komplikacím a nemocem předcházet a včas je rozpoznat. Porodní asistentka pečuje o ženy fyziologicky těhotné a jejím úkolem je právě svým působením v primární prevenci fyziologii zachovat a předcházet vzniku patologií (5, 30).

Prenatální psychologie nám naznačuje, jak důležitá primární prevence může být. Jelikož se vše důležité, co bude dítě potřebovat v budoucím životě, vyvíjí právě v prenatálním období, měly by mu porodní asistentky věnovat zvýšenou pozornost. Již zde mohou ovlivňovat správnou funkci orgánů, imunitu, ale i postoje dítěte ke světu a sobě samému. Díky chápání života člověka z holistického hlediska má porodní asistentka příležitost k prevenci psychologických, emočních, hormonálních, imunologických a somatických poruch. V perinatálním období může pak porodní

asistentka ve spolupráci s dalšími odborníky přispívat ke snížení počtu předčasných porodů, prenatální a perinatální morbidit (10).

Mnohé ženy si mohou stále myslet, že vyvíjející plod v nich neustále roste a ony na jeho vývoj nemají žádný vliv. Je důležité, aby jim porodní asistentky pomohly uvědomit si svou roli, a význam jaký mohou na nenarozené dítě mít. Měly by ženám pomoci vstupovat do intimního dialogu se svým dítětem, zajistit mu dostatek podnětů k optimálnímu vývoji a omezit vlivy ohrožujících faktorů (8).

Společnost by měla v lidech, a to především mladých lidech, podporovat pocit odpovědnosti a závazků vůči novému životu dostatečně dlouho před početím. Budoucí rodiče by měli být porodní asistentkou důkladně poučeni o tomto závazku, respektovat nový život již od početí a brát ho jako rovnocenného partnera. Toho lze docílit například zavedením preventivních programů ve školách (8).

Již výše jsem zmiňovala slova profesora Fedor-Freybergha, že v prenatální poradně by měl být nejen porodník a porodní asistentka, ale i psycholog. Zaměření těchto poraden a celkově společnosti na pouze medicínské problémy je zcela nedostačující. Měly by se zohledňovat také vlivy psychologické, neboť jak vyplývá z mnoha studií, psychická a tělesná stránka člověka je vzájemně propojená a neoddělitelná, neustále se ovlivňuje a doplňuje. Existuje spousta somatických problémů, které mají základ v psychice a psychických problémů s původem naopak v tělesné stránce. Toto bychom měli mít na paměti zvláště, pokud jde o těhotenství. Měli bychom se zaměřovat na stesky těhotné, její úzkosti a starosti. Problémy v partnerských vztazích a stres bychom neměli podceňovat, neboť jak říká profesor Fedor-Freybergh, optimalizováním prenatálního života člověka můžeme dosáhnout zdraví a přispět k civilizovanému, přátelskému a mírumilovnému soužití lidí (10).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit, jak se liší komunikace s prenatálním dítětem a s dítětem po porodu z pohledu matky

Cíl 2

Zjistit, zda je pro ženy jednodušší komunikace s dítětem před narozením nebo po porodu

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Liší se komunikace s prenatálním dítětem a s dítětem po porodu?

Výzkumná otázka 2

Jaké vidí matky rozdíly v komunikaci s prenatálním dítětem a dítětem po porodu?

Výzkumná otázka 3

Je pro ženy jednodušší komunikovat s prenatálním dítětem nebo s dítětem po porodu?

Výzkumná otázka 4

Jaké způsoby ženy a jejich okolí používá ke komunikaci s prenatálním dítětem?

3 Metodika

3.1 Metodika

Praktická část bakalářské práce na téma *Problematika prenatální psychologie* byla zpracována na základě kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal prostřednictvím strukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny se ženami, jeden rozhovor byl proveden se ženou v těhotenství a druhý s též ženou po porodu. Výzkumné šetření probíhalo v nemocnici České Budějovice a.s. na oddělení rizikového těhotenství a na oddělení šestinedělí v dubnu 2013. Základem pro provádění výzkumného šetření bylo zhotovení teoretické části bakalářské práce, písemný souhlas hlavní sestry Nemocnice České Budějovice a.s. a vrchní sestry gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., který je přiložen v příloze č. 4.

Rozhovory se ženami probíhaly v soukromí na pokoji. S poskytnutím rozhovoru podaly ženy ústní souhlas, stejně tak se zveřejněním jejich odpovědí a některých osobních informací jako věk, vzdělání, stav a parita. Odpovědi respondentek byly písemně zaznamenávány průběžně během rozhovoru. Každý rozhovor trval dvacet až třicet minut. Rozhovor v těhotenství obsahoval dvacet otázek, rozhovor po porodu patnáct otázek. Seznam otázek k rozhovoru s těhotnými ženami je zobrazen v příloze č. 5., seznam otázek k rozhovoru po porodu v příloze č. 6.

Pro přehlednost jsou respondentky označeny čísla od 1 do 5, rozhovory v těhotenství jsou označeny písmenem a, rozhovory po porodu písmenem b.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jako výzkumný soubor jsem si zvolila pět těhotných žen, se kterými jsem prováděla jeden rozhovor v těhotenství a jeden po porodu. Ženy jsem vybrala tak, aby v rozhovorech byla zastoupena alespoň jedna primipara, jedna multipara a jedna žena rodící císařským řezem.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovory s těhotnými ženami

Rozhovory s těhotnými ženami byly prováděny v období termínu porodu na oddělení rizikového těhotenství a oddělení šestinedělí.

4.1.1 Rozhovor 1a

Marie je ve čtyřicátém týdnu těhotenství, je poprvé těhotná. Je jí dvacet pět let a nejvyšší dosažené vzdělání má vysokoškolské, je vdaná.

Marie otěhotněla vcelku nečekaně, o dítě se s manželem nepokoušeli záměrně. Přesto když Marie zjistila, že je těhotná, byla ráda. Při první myšlence, že by mohla být těhotná – menstruace měla dva týdny zpoždění – se cítila velice nervózní a zmatená, protože těhotenství v tu chvíli nečekala. Pro ověření své domněnky se rozhodla provést si těhotenský test, který si zakoupila v lékárně. Během provádění testu byla Marie velmi nervózní. Doufala, že test bude pozitivní. V opačném případě by byla velmi zklamaná. Při potvrzení těhotenství se cítila příjemně nervózní z pro ni nové situace, ve které se ocitla.

Na oznámení těhotenství manželovi se velmi těšila, neboť v budoucnu plánovali děti, ačkoli ne takto brzy. Manžel byl velmi překvapený, až šokovaný, ale nakonec měl obrovskou radost. Podle Mariiných slov: „I když se jednalo o neplánované těhotenství, přijali jsme ho jako dar od Boha.“

Pohlaví dítěte pro ně nebylo důležité. S manželem by chtěli mít jednu kluka, ale když se dozvěděli, že čekají dívku, zklamaní nebyli. Vzhledem k tomu, že jde o první těhotenství, jim na pohlaví nezáleží. Pohlaví dítěte si nechali od gynekologa napsat na papírek, který zalepili do obálky. Obálku si společně rozbílili na Štědrý den jako dárek k Vánocům.

S dítětem Marie velmi často komunikuje, a to vědomě i nevědomě. Často si hladí břicho a mluví při tom na dítě. Když jde na procházku, nahlas dítěti popisuje, co vidí,

jaké je počasí apod. Někdy pozná, že se dítěti nelíbí její poloha. Dítě začne kopat a Marie se musí narovnat nebo se jít projít. Během toho s dítětem mluví a uklidňuje je, že si je vědoma, že se mu její poloha moc nelíbí. Partner s dítětem také často komunikuje. Nejčastěji si s ním povídá, a při tom hladí bříško. Někdy mu i zpívá nebo hraje na kytaru. S dítětem komunikují i další osoby, jako například Mariina matka, která je vždy když přijdou na návštěvu, vítá slovy: „ahoj holky moje“, pohladí Marii bříško a řekne: „tady bába“. Marie si není jistá, zda dítě na komunikaci odpovídá, ale jeho pohyby a vrtění si jako odpověď vykládá.

Pohyby dítěte jsou pro Marii úžasným zážitkem, ačkoli někdy je vnímá i bolestivě. Pohyby by ráda předvedla i okolí, ale to dítě podle Mariiných slov vždy vycítí a schválně se nehýbe, ačkoli se ho sama snaží hlazením vyprovokovat. Pohyb dítěte vnímá Marie jako podnět k zahájení komunikace s dítětem. Na jeho pohyby často odpovídá hlazením či slovem. Podle pohybů dítěte je schopná poznat, kdy dítě spí a kdy je bdělé, ačkoli si tím není vždy jista.

Marie se domnívá, že dítě je schopno vnímat její pocity. Z toho důvodu dítě uklidňuje například, když se něčeho lekne. V takovém případě si začne hladit břicho a sdělovat dítěti že se nic neděje a že se nemusí bát. Naopak, když se Marie na něco těší, jako například na příchod manžela z práce, začne se dítě vrtět, jako by cítilo, že bude následovat něco pěkného a netrpělivě to očekávalo.

Vzhled a tvář dítěte si Marie nepředstavuje. Představu má pouze z ultrazvuku, kde jí dítě připomínalo „ufona“.

Marie očekává, že komunikace s dítětem po porodu se změní, bude zřetelnější. Bude probíhat zpětná vazba, díky které bude komunikace intenzivnější, ať již půjde o pláč, zvědavé pohledy či broukání si. Změnu ve vztahu k dítěti očekává, ale spíše než změnu ji vidí jako prohloubení vztahu. Důležitý je pro ni oční kontakt a pozorování dítěte, díky kterému snáze pozná pocity dítěte a jeho potřeby. Očekává ale také, že se bude muset více omezovat.

4.1.2 Rozhovor 2a

Jana je ve čtyřicátém týdnu těhotenství, je jí třicet pět let, je vdaná a má středoškolské vzdělání. Jana je potřetí těhotná, podruhé se chystá родit. Jedno těhotenství skončilo spontánním potratem v prvním trimestru, z jednoho má pětiletou dceru.

Těhotenství Jana plánovala. Po porodu první dcery plánovali s manželem další děti. Druhé těhotenství však skončilo nezdarem. Když se poté znovu pokoušeli o dítě, podařilo se Janě otěhotnět téměř okamžitě. Proto, když Jana zjistila, že je těhotná, byla překvapená, protože nečekala, že se jim to podaří takto brzy, ale zároveň cítila obrovskou radost. Tyto pocity prožívala Jana společně s manželem. Že je těhotná zjistili společně, když si Jana po vynechání menstruace udělala těhotenský test, a společně se z toho radovali.

Jana zná pohlaví svého budoucího dítěte, opět čeká dceru. Jana je ráda, že bude mít druhé děvče, ačkoli všichni předpokládali, že druhé dítě bude chlapec.

S dítětem Jana často komunikuje. Kromě hlazení a mluvení s ním mu často pouští hudbu. Jana má pro tuto příležitost speciální hudbu pro prenatální děti, ale pouští mu i vážnou hudbu, relaxační hudbu, nebo hudbu, která se líbí jí. Manžel komunikuje s dítětem podobnými způsoby jako Jana, k dítěti promlouvá nebo hladí břicho. S dítětem často komunikuje i starší dcera. Dobře ví, že se v břichu nachází dítě a často s ním mluví, dotýká se břicha a „pusinkuje“ ho. Na komunikaci dítě reaguje velmi viditelně. Při hlazení a mluvení k němu Jana cítí hodně pohybů. Nejvíce dítě však reaguje na starší dceru, na její hlas a dotyky. Podle Jany jsou sehrané již před narozením.

Pohyby dítěte jsou pro Janu dobrým znamením, protože podle nich pozná, jak dítě reaguje a že je s ním vše v pořádku. Když se dítě hýbe, cítí Jana nutnost mu odpovídat, a to slovně nebo dotykem. Někdy pohyby nechává bez odezvy, když cítí, že dítě jen potřebuje změnit polohu. Podle pohybů Jana poznává, zda dítě spí či ne. Především v noci jsou prý pohyby mnohem častější a dítě je vzhůru. Ráno naopak dítě spí a příliš se nehýbe, proto má Jana problémy během natáčení CTG monitorů v ranních hodinách, kdy je dítě zvyklé spát.

Jana je přesvědčená, že její dítě dokáže vycítit její pocity, že pozná, jakou má náladu, a že na tyto pocity reaguje. Když je Jana například našťvaná nebo má strach a okřikne dceru, reaguje dítě prudkými pohyby, které Janu donutí podle jejích slov: „ubrat páru“. Dítě tímto způsobem Janě dává najevo, že se mu nelíbí, když na dceru křičí nebo že je rozčilená a donutí jí tak se trochu zklidnit a mluvit mírnějším tónem.

O vzhledu dítěte nemá Jana žádnou představu. Předpokládá, že dítě bude podobné starší dceři.

Největší změnu v komunikaci s dítětem po porodu Jana vidí v tom, že dítě uvidí. Bude moci lépe poznat jeho pocity a vidět jeho reakce. Bude pro ni snazší poznat, co dítě potřebuje či chce. Jana doufá, že se její vztah k dítěti po porodu nijak nezmění. Očekává ale, že jejich vztah bude představitelnější. K první dceři Jana po porodu velice přilnula, tak očekává, že nyní to bude podobné.

4.1.3 Rozhovor 3a

Aneta je vysokoškolsky vzdělaná. Nyní je na mateřské dovolené, ale pracovala jako sociální pracovnice. Je jí dvacet sedm let a je vdaná. Aneta je ve třicátém šestém týdnu těhotenství.

Aneta je poprvé těhotná. Těhotenství plánovala. Již pár měsíců se s partnerem o dítě pokoušeli, ale podle Anetinych slov to bylo spíše na zkoušku, nečekali, že by se to mohlo tak rychle povést. Když Aneta zjistila, že je těhotná, zaplavila ji směs několika pocitů. Cítila překvapení z toho, že se jí povedlo tak brzy otěhotnět, byla dojatá, cítila nejistotu, zda to vše zvládne a co jí všechno čeká. Pociťovala strach, z toho, zda těhotenství proběhne bez komplikací a dítě bude zdravé. Velmi silně si také uvědomovala, že se jí od této chvíle zásadně změní život.

Když těhotenství oznámila partnerovi, reagoval podobně jako Aneta. Byl především překvapený a nadšený. Aneta myslí, že zažíval podobné pocity jako ona. Myslí si, že byl dojatý, měl radost a současně pociťoval strach z toho, zda zvládne roli otce.

Aneta neupřednostňovala žádné pohlaví. Prvních pár měsíců však byla přesvědčena, že čeká chlapce. Přesvědčovalo ji o tom i její okolí. Proto byla překvapená, když jí při ultrazvukovém vyšetření lékař oznámil, že čeká děvče. Ta informace ji trochu zaskočila, ale nakonec je ráda, že bude mít děvče.

Aneta s dítětem komunikuje nejčastěji pomocí dotyků. Často si hladí břicho a snaží se odhadnout, která část těla se v tom místě zrovna nachází, kde má dítě záda, hlavu, zadeček. Aneta hlazením odpovídá na pohyby dítěte. S dítětem komunikuje také slovně, povídá si s ním. Stejně způsoby využívá ke komunikaci s dítětem i partner. Často břicho hladí a povídá si s ním. Dítě někdy na komunikaci reaguje, někdy ne. Reakci Aneta pozná pouze podle pohybů. Záleží také na denní době a intenzitě podnětu. Někdy dítě spí, což Aneta poznává podle jeho aktivity. O pohybech dítěte říká Aneta toto: „Pohyby jsou příjemné, jsou pro mě známkou toho, že je s dítětem vše v pořádku. Pokud je delší dobu necítím, jsem neklidná.“ Dítě je schopno také ovlivňovat Anetino chování, a to především co se týče polohy. Pokud Aneta zaujímá polohu, která je dítěti nepříjemná nebo nějak nepohodlná, dává to svými pohyby náležitě najevo a donutí tak Anetu změnit polohu. Nejvíce se dítěti nelíbí poloha, kdy je Aneta předkloněná. V tu chvíli ji kopání dítěte donutí polohu změnit, musí se hned napřímít.

Podle Anety její dítě vnímá jakou má zrovna náladu a jak se cítí. Na tyto pocity nevyozorovala žádnou reakci, ale je si jista, že to dítě vnímá a má to na něho vliv. Aneta chápe, že i její strava a okolí mají vliv na dítě: „Snažím se nedělat nic, co by mohlo ohrozit dítě. Uvědomuju si, že už nejde jen o mě, ale že cokoli dělám, má vliv i na dítě.“

O vzhledu dítěte Aneta často přemýšlí. Zajímá jí, jak bude vypadat, až ho poprvé uvidí, jaké bude mít povahové rysy. Žádnou konkrétní představu však zatím nemá, moc se těší, až to zjistí. Představu má pouze z ultrazvuku, ale to podle ní není konkrétní obraz.

Aneta očekává zásadní rozdíl v komunikaci s dítětem po porodu. Největší rozdíl vidí v tom, že bude moci vnímat hlas dítěte, jeho výraz obličeje, očí, dotyky, náladu. Nyní si nemůže být jistá, jestli se např. dítě pohybuje proto, že se mu něco nelíbí, nebo je spokojené a hraje si. Chybí jí asi především oční kontakt a dotyky.

Vztah mezi ní a dítětem očekává, že se bude dále vyvíjet a prohlubovat. Očekává, že si na sebe po porodu budou zvykat a poznávat se.

4.1.4 Rozhovor 4a

Martině je třicet jedna let. Je vdaná, nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské. Martina je nyní ve 38. týdnu těhotenství. Jde o její první těhotenství.

Martina se s partnerem dlouhou dobu snažila otěhotnět, ale vždy neúspěšně. Otěhotnět se jí podařilo teprve pomocí IVF. Když Martina zjistila, že je těhotná, byla moc šťastná. O těhotenství se dozvěděla zároveň s manželem. Martina si provedla těhotenský test, na jehož výsledek netrpělivě čekali spolu s manželem. Když viděli, že test je pozitivní, nechtělo se jim tomu ani věřit. Oba byli moc šťastní a těšili se, že brzy budou mít potomka.

Pohlaví dítěte pro ně nehrálo vůbec žádnou roli. Přáli si stejně holčičku jako chlapečka. Důležité pro ně bylo hlavně nějaké dítě mít, a aby bylo zdravé. Pohlaví si nechala sdělit od gynekologa, čeká chlapce.

Komunikace mezi Martinou a jejím dítětem probíhá téměř neustále. Martina často k dítěti promlouvá, ptá se ho na jeho pocity nebo mu vypráví, co se jí přihodilo. Když se dítě hodně vrtí nebo je nespokojené, uklidňuje ho dotyky. Martina si často hladí břicho, provádí i jemnou masáž, kterou laská dítě a zároveň se snaží předcházet striím. Zda dítě na její signály odpovídá, si není jistá. Předpokládá, že ano, ale žádný důkaz pro to nemá. Martinin partner s dítětem také často komunikuje, ačkoli nyní k tomu nemá tolik příležitostí vzhledem k Martinině hospitalizaci na rizikovém těhotenství, kde je sledována pro IUGR. Když je však navštíví, s dítětem intenzivně komunikuje a hladí Martině břicho.

Pohyby dítěte vnímá Martina velmi dobře. Jsou pro ni připomínkou, že se dítěti daří dobře. Při pohybu dítěte má Martina potřebu se dítěte dotýkat, sahat například na jeho vystrčenou nohu.

Kdy dítě spí a kdy je bdělé Martina nepozná, předpokládá to pouze z jeho pohybů, ale jistá si není. Martina si není jistá ani v tom, zda dítě dokáže rozpoznat její pocity. Neví, zda se její pocity mohou přenášet na dítě a zda je dítě může vnímat.

Vzhled dítěte je pro Martinu záhadou. Určitou představu o tom, jak bude dítě vypadat již má, ale je zvědavá, jak tomu bude ve skutečnosti. Často přemýšlí, jaké rysy bude mít dítě po manželovi a jaké naopak po ní, komu se bude více podobat. O tom že bude krásné, však nepochybuje.

Změnu v komunikaci s dítětem po porodu očekává. Myslí, že největší změna bude v osobním kontaktu. Bude moci dítě vidět, jak vypadá, jak odpovídá na její podněty například mimikou. Komunikace tak bude intenzivnější.

Vztah k dítěti po porodu se podle Martiny nezmění. Jejich vztah je již nyní velice hluboký a pevný, proto neočekává, že by mělo dojít k nějaké změně.

4.1.5 Rozhovor 5a

Petře je třicet dva let, má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako úřednice. Je ve třicátém osmém týdnu těhotenství, je svobodná, ale žije s partnerem.

Petra je podruhé těhotná, první těhotenství skončilo spontánním potratem v prvním trimestru. O dítě se s partnerem dlouho pokoušeli. Měla doma spoustu těhotenských testů a často ověřovala, zda se jí nepovedlo konečně otěhotnět. Když byl test pozitivní, byla moc ráda a hned o tom telefonicky informovala partnera, který byl také šťastný, že se to konečně podařilo. Přestože byly oba rádi, objevoval se i pocit určité nejistoty a obavy, zda vše dopadne dobře a dítě bude zdravé. S přibývajícimi týdny nabývala Petra jistoty, že tentokrát se to povede.

Pohlaví dítěte není pro Petru vůbec důležité. „Hlavní je, aby dítě bylo zdravé a šťastné.“ řekla sama Petra. Pohlaví si nechala říct během ultrazvukového vyšetření, kterého se účastnila s partnerem. Čeká chlapce, ale stále mají s partnerem problém shodnout se na jméně.

Petra se svým dítětem komunikuje nejčastěji hlazením břicha. Často si ho hladí nebo se ho jen tak dotýká. Pomáhá jí to navazovat kontakt s dítětem. Často si s ním také povídá nahlas, ptá se ho jak se má a co dělá. Stejným způsobem s dítětem komunikuje i partner Petry. Často jí hladí břicho a povídá si s dítětem. Partner začal Petru oslovovat v množném čísle, bere dítě jako součást jejich rodiny.

Dítě na signály od rodičů reaguje. Když k němu Petra promlouvá, viditelně se zklidní a ona cítí, že naslouchá a nechce si nechat nic ujít. Po pohlázení určitého místa se dítě posune, změní polohu.

Pohyby dítěte jsou pro Petru krásným zážitkem. Když je ucítila poprvé, přišlo jí to zvláštní, ale byla moc nadšená a hned o tom informovala partnera. O pohybech dítěte Petra řekla: „Když se hýbe, přijde mi, jako bych v sobě měla vetřelce.“ Pohyby dítěte jsou pro ni občas i bolestivé, pokud se dítě protahuje nebo jí kope pod žebra. Většinou když se dítě pohne nebo Petra ucítí jeho pohyb, dotkne se břicha v místě pohybu.

Petra je schopná rozpoznat kdy dítě spí a kdy je bdělé. Tyto dva stavy rozeznává především na základě aktivity dítěte. Pokud je vzhůru, často se hýbe a dává o sobě vědět. Když spí, je v klidu, příliš se a nehýbe.

Petra si myslí, že dítě dokáže vnímat i její pocity. Dokáže vycítit, jak se zrovna cítí. Prý reaguje na sladké a na sprchování. Dítě také dokáže Petru v mnoha věcech ovlivňovat, a to především co se týče polohy. Pokud mu nějaká poloha není příjemná, dá to patřičně najevo svými pohyby. Během těhotenství se Petra také omezuje ve stravě, některé potraviny jí nedělají dobře.

Petra má určitou představu, jak její dítě asi vypadá. O dítěti se jí zdálo, tak si představuje, že bude vypadat jako v onom snu. Určitou představu získala i díky ultrazvuku.

Největší rozdíly v komunikaci s dítětem před porodem a po porodu Petra vidí v tom, že po porodu bude komunikace vedena k určité osobě, ne jen k představě. Bude moci s dítětem navázat oční kontakt a pozorovat jeho reakce. Vztah k dítěti také projde určitou změnou. Dojde k jeho prohloubení a zintenzivnění.

4.2 Rozhovory s ženami po porodu

Rozhovory se ženami po porodu byly prováděny se stejnými ženami, jako rozhovory v těhotenství. Rozhovory probíhaly během prvního týdne po porodu.

4.2.1 Rozhovor 1b

Marie je 6 dní po porodu. Dítě se narodilo v termínu porodu, porod probíhal spontánně, přirozenou cestou. Dítě po porodu vážilo tři kila a dvě stě gramů.

Marie svůj porod hodnotí jako dlouhý, ke konci již byla hodně vyčerpaná, neboť probděla celou noc a den. Po porodu se Marie podle svých slov cítila jako v transu, nic kolem sebe nevnímala. Dítě ji ale na první pohled zaujalo. Marie byla překvapená, že není nijak zmačkané ani modré, jak si ho představovala a jak to vídala na fotkách novorozeňat. Její dítě bylo podle ní pěkné a hladké a vzhledem předčilo její očekávání. První kontakt s dítětem byl podle jejích slov krásný. Po prvním osušení a vážení bylo Marii dítě přiloženo na kůži, aby mohlo s matkou navázat kontakt skin-to-skin. Dítě jí přiložili k prsu a pokoušeli se o první přísátí. To se ale nezdařilo. Marie dítě hladila, líbala, konejšila a slovy ho vítala. Po uložení dítěte do postýlky ho stále pozorovala a povídala si s ním.

Dítě se po porodu projevovalo aktivně. Ihned po porodu začalo intenzivně křičet. Po přiložení na tělo a kontaktu skin-to-skin postupně ubíralo na hlasitosti, až se zcela uklidnilo. V postýlce pak spokojeně usnulo. Oční kontakt dítě hned po porodu nenavazovalo, navazovalo ho teprve druhý den.

Marie měla u porodu přítomného svého manžela. Manžel byl Marii velkou oporou, byla ráda, že ho tam měla. Po porodu manžel pozoroval první ošetření dítěte, když ho Marii přiložili na tělo, políbil ho na hlavičku, hladil ho a povídal si s ním. Pohlaví dítěte nebylo pro Marii ani jejího manžela překvapením, očekávali narození dívky, ačkoli na začátku těhotenství byla Marie i její okolí přesvědčeno, že čeká chlapce.

V péči o novorozence si je Marie jistá, zvládá jí bez problémů. Marie má tři mladší sourozence, o které se pomáhala starat, proto pro ni péče o dítě není ničím novým. Péči

si potřebovala spíše připomenout, v čemž jí pomohly dětské sestry. Po několika vyzkoušeních si Marie byla v péči o dítě zcela jistá.

S dítětem Marie komunikuje při každé příležitosti. Když se dítě vyspí a nepláče, Marie si s ním hledí do očí, hladí ho, povídá si s ním. Občas dítě chytne za ručičku. Marii trochu překvapil silný stisk dítěte. Marie dítě také hladí po tvářích. Večer před usnutím mu zazpívá ukolébavku, přičemž dítě prý vždy ztichne a zvědavě ji sleduje. Když dítě chová, dává mu polibky a tulí se k němu.

Rozdíl v komunikaci s dítětem před porodem a po porodu Marie vidí. Udává, že reakce a odpovědi dítěte na komunikaci jsou nyní zřejmější. Pokud se dítěti něco líbí, je zticha a pozorně kouká. Když se mu naopak něco nelíbí, intenzivně to dává najevo křikem. Před narozením bylo jedinou reakcí kopání. Nyní je komunikace různá. Marie s dítětem navazuje oční kontakt, dítě si brouká nebo křičí, mohou se spolu mazlit a dotýkat se. Komunikace se změnila také, co se týče četnosti. Pokud dítě nespí, musí se mu Marie intenzivně věnovat a komunikovat s ním. Po porodu dítě prý spíše spalo, ale po pár dnech se začalo více věnovat okolí. Po nakojení hned neusne, ale sleduje co se kolem děje. Marie není schopná říci, zda pro ni bylo jednodušší komunikovat s dítětem před porodem nebo po porodu. S komunikací problém neměla před, ani po porodu.

Marie vidí změnu vztahu k dítěti. Její svět se nyní podle jejích slov točí pouze kolem dítěte a jeho potřeb. Marie si nyní uvědomuje větší zodpovědnost za dítě. Svoje potřeby na nějaký čas odsunula stranou a povýšila nad ně potřeby dítěte. Pokud dítě pláče, je Marie schopná odhadnout, kvůli čemu pláče, neboť pláče většinou proto, že má hlad. Až časem se přidají podle Marie další druhy pláče: „například z toho, že ho bolí bříško, porostou mu zoubky, nebude se mu chtít spát. Jeho potřeby jsou nyní minimální.“

4.2.2 Rozhovor 2b

Jana je druhý den po indukovaném porodu. Dítě se narodilo v termínu porodu, vážilo tři tisíce sto třicet gramů.

Z Jany pohledu byl porod „hrozný“. Když ho srovnává s prvním porodem, přijde jí, že první porod byl pro ni snazší. Tento porod byl sice kratší, ale kontrakce byly mnohem silnější a bolestivější než při prvním porodu. Jejich nástup byl podle Martiny prudký. Při prvním porodu přicházely kontrakce pozvolna a postupně se stupňovaly.

Po porodu se Jana cítila podle svých slov nádherně. Při pohledu na dítě ji zaplavil nádherný pocit. Cítila v tu chvíli, že to stálo za to.

První kontakt navázala Jana s dítětem dotykem. Dítě hladila, bylo jí přiloženo na tělo, došlo ke kontaktu skin-to-skin. Dítě se po porodu projevovalo aktivně. Příliš neplakalo, navazovalo s Janou oční kontakt, hledalo bradavku, hned se přisálo.

U porodu byl přítomen i Janin partner. Z dítěte byl nadšený. Nejprve pozoroval ošetření dítěte z povzdálí a pořizoval fotografie. Později dítě choval a mluvil k němu.

V péči o dítě si je Jana jistá, vzhledem k tomu, že jde o její druhé dítě. Starší dceru měla před čtyřmi lety, proto si péči o novorozence musí především připomenout.

S dítětem si Jana velmi často povídá. Pokud dítě například brečí, Jana na něho začne mluvit a dítě se hned uklidní. Občas mu Jana i zpívá. Při zpěvu se dítě viditelně zklidní a je vidět, že poslouchá. Jana připouští, že její zpěv si dítě může pamatovat z doby před porodem. Jana byla zvyklá zpívat a číst pohádky starší dceři, což samozřejmě vnímalo i mladší dítě. Komunikace s dítětem je podle Jany nyní mnohem intenzivnější než před porodem. Je pro ni důležité především to, že dítě může vidět. Vidí, jak vypadá, jak se tváří a jak reaguje.

Vztah k dítěti se po porodu podle Jany změnil. Podle svých slov si těhotenství nemohla vychutnávat tolik, jako těhotenství první. Potkaly ji zdravotní potíže a byla zaměstnána péčí o starší dceru. Nyní po porodu je klidnější, má čas věnovat se pouze novorozenci.

Komunikace s dítětem je pro Janu jednodušší po porodu. Je ráda, že může vidět výraz a mimiku dítěte, pozná podle toho, jak se cítí. Jana dokáže snadno rozpoznat, co dítě potřebuje. Jak sama říká, jde o její druhé dítě. Přesto se stále učí, vzhledem k tomu, že každé dítě je jiné. Jde jí to však lépe než u první dcery.

4.2.3 Rozhovor 3b

Aneta je tři dny po porodu. Porod probíhal spontánně. Dítě se narodilo den před vypočítaným termínem. Porodní váha dítěte byla tři a půl kila.

Porod podle Anetinych slov probíhal bez problémů, trval asi 7 hodin. Když Aneta poprvé uviděla své dítě, cítila ohromnou radost, štěstí a úlevu, že skončila bolest a že má porod za sebou. Dítě Anetě hned po porodu položili na břicho a ona se s ním tak mohla přivítat. Na dítě Aneta hned mluvila a hladila ho po hlavičce.

Po porodu dítě mírně plakalo, ale podle Anetinych slov to nebyl hlasitý pláč, spíše takové „pofňukávání“. Dcera byla schoulená a mírně se třásla, snažila se navázat oční kontakt, sledovala matčinu tvář.

Anetin partner byl přítomen při porodu. Sledoval, když dceru vážili, otírali a vyšetřovali. Poté dítě hladil, mluvil na ně a políbil je.

Péči o novorozence Aneta zvládá, ale není si vždy jistá, zda dělá vše správně. Vzhledem k tomu, že jde o její první dítě, potřebuje Aneta často radu nebo pomoc. Vše kolem dítěte je pro ni nové a náročné, musí se to podle svých slov ještě naučit. Rady a informace často vyhledává na internetu nebo volá kamarádkám, které již dítě mají.

S dcerou Aneta komunikuje nejčastěji hlazením, chováním, k dceři mluví, povídá si s ní. Rozdíl v komunikaci před porodem oproti komunikaci po porodu vidí Aneta zásadní. Největší rozdíl vidí v tom, že nyní může dítě vidět. Vidí výraz obličeje, mimiku, jak se dítě chová a jak se projevuje. Chování dítěte, to zda je klidné či brečí, umožňuje Anetě správně reagovat a odhadnout jeho potřeby. Co se týče četnosti a intenzity komunikace, je nyní mnohem častější než před porodem. Kdykoli je dítě vzhůru, musí se mu Aneta věnovat a starat se o jeho potřeby. Dítě nyní potřebuje mnohem více pozornosti.

Vztah s dítětem se podle Anety příliš nezměnil, spíše se dále vyvíjí a je nyní mnohem silnější.

Komunikace s dítětem po porodu je pro Anetu mnohem jednodušší než komunikace v těhotenství. Jednodušší je především ve zpětné vazbě, kterou k ní dítě vysílá a v tom, že dítě může vidět a snadněji tak pozná, jak se cítí.

Zatím je pro Anetu těžké rozpoznat co dítě právě chce. Stále se učí a na dítě si teprve zvyká. Nemá jistotu, zda například správně identifikuje pláč a jeho důvod.

4.2.4 Rozhovor 4b

Martina je čtvrtý den po porodu, dítě se narodilo plánovaným císařským řezem v termínu porodu. Porodní váha dítěte byla dva tisíce osm set gramů.

Dítě Martina viděla poprvé krátce po porodu na oddělení JIP. První kontakt s dítětem si pamatuje, ale některé věci vlivem narkózy zapoměla. Kontakt s dítětem byl podle Martiny hezký. Dítě jí bylo přiloženo na tělo a k prsu. Zda se dítě prisálo, si nepamatuje. Poté mohla být s dítětem o samotě a chovat ho v náručí. Martina na dítě mluvila a hladila je. Dítě nebrečelo, bylo klidné.

Partner u porodu přítomen nebyl. Přišel se na dítě podívat den po porodu. Při prvním kontaktu s dítětem byl partner podle Martiných slov v rozpacích. Nejprve na dítě jen koukal, prohlížel si, jaké je. Poté na něho i mluvil a dotýkal se ho. Převažovaly u něho však spíše rozpaky, vzhledem k tomu že jde o první dítě a s takto malým dítětem ještě podle Martiny moc nepřišel do styku. Podle Martiny byl ale i dojatý.

V péči o novorozence si Martina zcela jistá není, ale když potřebuje poradit, doptá se sester nebo ostatních maminek.

S dítětem komunikuje Martina hodně prostřednictvím slov. Často na dítě mluví, povídá si s ním. S dítětem se také často dotýkají, hladí ho. Největší rozdíl v komunikaci s dítětem před narozením a po porodu vidí Martina v tom, že nyní si dítě dokáže představit, vidí ho, může si ho přivinout nebo se ho dotýkat. Co se týče četnosti, je komunikace s dítětem po porodu mnohem častější a intenzivnější.

Vztah k dítěti se podle Martiny změnil. Ačkoli v těhotenství nečekala, žádnou změnu, protože jejich vztah byl už tehdy velmi silný, přesto došlo po porodu k jeho prohloubení. Ke konci těhotenství se Martina velice těšila, až dítě uvidí, nyní z něho podle svých slov „nemůže odtrhnout oči.“

Pro Martinu je jednodušší komunikovat s dítětem po porodu. Dítě nyní viditelně reaguje, je zde silnější zpětná vazba, která je rozličnější, neprojevuje se pouze pohybem dítěte jako v těhotenství.

V péči o dítě si Martina ještě zcela jistá není, teprve se vše učí. Myslí si, že péči vzhledem k okolnostem – prvorodička, císařský řez – zvládá dobře.

4.2.5 Rozhovor 5b

Petra je třetí den po porodu, dítě se narodilo několik dní po vypočítaném termínu. Narodilo se s porodní váhou tři tisíce čtyři sta dvacet gramů.

Porod byl pro Petru překvapující. Představovala si ho zcela jinak. Petru překvapil především typ bolesti, který cítila, a který čekala, že bude jiný. Porod nevnímala jako bolest, na kterou byla zvyklá, ale spíše jako nesnesitelný tlak. Když zpětně přemýšlí o porodu, zdá se jí, že proběhl v pořádku, je s ním spokojena.

Při prvním kontaktu s dítětem Petru zaplavil především pocit obrovské radosti, klidu a spokojenosti. První kontakt podle svých slov navázala Petra sluchem. Nejprve dítě slyšela plakat. Pláč dítěte pro ni byl dobrým znamením, cítila při něm velkou úlevu, že má porod za sebou a bezpečně ho s dítětem zvládla. Poté navázala s dítětem kontakt zrakem, sestřička jí dítě ukázala, než ho šla otřít. Třetí kontakt byl s dítětem navázán fyzicky, kdy jí dítě bylo přiloženo na pokožku a k prsu. Petra dítě hladila a pozorovala. Dítě zprvu brečelo, po chvíli se ale utišilo, hledalo a olizovalo bradavku. Nakonec se dítě i přisálo, ale jen na krátkou dobu.

U porodu byl přítomen Petry partner. Po porodu dítě pozoroval a fotografoval. Později si dítě choval v křesle a mluvil k němu. Podle Petry názoru spolu navázali krásný vztah: „nejradši by ho nedal z ruky a seděl s ním v tom křesle napořád.“

V péči o novorozence si Petra ještě zcela jistá není. Jde o její první dítě. Během pobytu v nemocnici se ale cítí bezpečně, ví, že když potřebuje pomoci, je tu vždy někdo, kdo jí pomůže či poradí. Veškeré činnosti kolem dítěte se teprve učí, ale myslí si, že je zvládá dobře, ale dodává: „Vše mi trvá hrozně dlouho, protože si při všech

činnostech s miminkem povídám, říkám mu, co dělám a snažím se s ním zacházet šetrně. Proto nám třeba jen oblékání zabere klidně i půl hodiny.“

S dítětem Petra komunikuje především fyzickým kontaktem, který je pro ni velice důležitý. Při každé příležitosti se dítěte dotýká, chytá ho za ručičky a „pusinkuje“. Neustále také k dítěti mluví, popisuje mu, co právě dělá nebo co se bude dít. Největší rozdíl v komunikaci s dítětem před porodem a po porodu Petra vidí ve zpětné vazbě. Dítě ihned zareaguje například při dotyku. V těhotenství byla Petra často nervózní, když například dlouho necítila pohyby. Snažila se pak dítě různými způsoby vyprovokovat k pohybu. Nyní má větší klid, vidí okamžitou reakci dítěte. Komunikace s dítětem je nyní podle Petřiných slov mnohem intenzivnější, je s dítětem v kontaktu téměř neustále.

Petřin vztah k dítěti se drobně změnil. Nyní je mnohem intenzivnější, je zřetelně vidět, jak dítě odpovídá, reaguje, dává najevo, když se mu něco nelíbí. Petra vidí změnu i ve svých pocitech vůči dítěti. Podle jejích slov cítí změnu radosti. V počátku těhotenství se těšila, až se dítě narodí, poté měla strach, aby se nenarodilo předčasně. Dále si přála, aby se dítě již co nejdříve narodilo. Nyní se těší na to, co bude dále. Jak dítě poroste, jak bude vypadat, až bude starší, jestli mu zůstanou tmavé vlasy. Přesto Petra říká: „Stále mi nedocvaklo, že jsem máma.“

Komunikace s dítětem po porodu je pro Petru jednodušší než komunikace před porodem. Nyní vidí okamžitou odezvu, že je s dítětem vše v pořádku nebo že ho něco zlobí. Nyní Petra říká: „Začínám si uvědomovat, že v tom bříšku byl malej mnohem víc v bezpečí. Měl tam všechno, co potřeboval a tak nějak si to řídil sám. Svět je mnohem nebezpečnějším místem.“

Pro Petru zatím není jednoduché poznat, co dítě potřebuje, například když pláče. V prvních dnech měla Petra problém s kojením, dítě nechtělo sát. Petra zcela nerozuměla jeho potřebám, například dítě přikládala, když bylo pokakané. V budoucnu má Petra strach z projevů dítěte, až ho bude například něco bolet. Má strach z jeho bolesti, protože mu pak nebude moci pomoci. Nyní stačí dítě nakojit nebo přebalit, ale později se přidají bolesti břicha a zubů, čehož se Petra obává.

5 Diskuse

Prenatální psychologie je velmi mladým a zajímavým oborem. Zajímavým proto, že velká část poznatků nám stále zůstává skryta. Zajímavým tento obor je také pro nastávající matky, tedy těhotné ženy. Ty často nevědí nebo nerozumí tomu, co se uvnitř nich děje. Na jejich otázky ohledně prenatálního dítěte jim prenatální psychologie může poskytnout odpovědi. Při provádění výzkumu jsem se setkala se zájmem ze strany matek o tento obor a informace, které by jim mohl přinést, a které by mohly zkvalitnit jejich vztah s dítětem.

Pro výzkum bakalářské práce jsem si zvolila dva výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak se liší komunikace s prenatálním dítětem a s dítětem po porodu z pohledu matky. Druhým cílem bylo, zjistit, zda je pro ženy jednodušší komunikace s dítětem před narozením nebo po porodu.

Rozhovor byl prováděn celkem s pěti ženami. Jeden rozhovor byl prováděn se ženami ke konci těhotenství, druhý rozhovor v prvním týdnu po porodu.

Na začátku každého rozhovoru byl ženám vysvětlen důvod a účel prováděného rozhovoru. Po vysvětlení základních informací týkajících se tématu bakalářské práce a důvodu provádění rozhovorů byl od žen získán souhlas s prováděním rozhovoru, zveřejněním jejich odpovědí a některých osobních údajů. S rozhovorem všechny oslovené ženy souhlasily. Některé ženy projevily zájem o toto téma a vyžádaly si zaslání práce po jejím dokončení. Na začátku rozhovoru byly od žen získány osobní informace týkající se jejich věku, rodinného stavu, nejvyššího dosaženého vzdělání, parity a týdne těhotenství, respektive dne po porodu. Tyto informace byly s jejich svolením uvedeny na začátku rozhovoru. Věk respondentek se pohyboval mezi 25 a 35 lety. Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných žen bylo středoškolské a vysokoškolské. Všechny ženy až na jednu byly vdané, jedna byla svobodná. Čtyři ženy rodily poprvé, jedna žena podruhé.

První rozhovor probíhal vždy ke konci těhotenství, kdy už ženy měly vytvořený vztah se svým dítětem, pociťovaly jeho pohyby, mohly mít vypozařované reakce dítěte na všemožné podněty a měly dostatek času rozvíjet komunikaci s dítětem. V tomto

období byly ženy již adaptované na své těhotenství a většinou i připravené na život dítěte mimo jejich tělo. První otázka byla, v jakém týdnu těhotenství ženy jsou. Těhotenství všech žen se pohybovalo kolem termínu porodu. Dvě ženy již měli po vypočítaném datu předpokládaného termínu porodu, tři ženy měli před vypočítaným datem. V dalších otázkách jsem se dotazovala, o kolikáté těhotenství se jedná a zda bylo těhotenství plánované. Dvě ženy uvedly, že se nejedná o jejich první těhotenství. Jedna žena byla těhotná potřetí, z prvního těhotenství měla dceru a druhé těhotenství skončilo spontánním potratem. První těhotenství druhé ženy skončilo spontánním potratem. Těhotenství bylo u většiny žen plánované. Jedna z žen uvedla, že se o dítě s partnerem dlouhou dobu snažili, než se jim podařilo otěhotnět. U další ženy veškeré snahy o těhotenství končili nezdarem, nakonec se jí otěhotnět podařilo až pomocí asistované reprodukce. Jedna z žen těhotenství neplánovala. Ačkoli byla vdaná, o dítě se s manželem nijak aktivně nesnažili, ale na druhou stranu se mu ani nijak důsledně nesnažili zabránit.

V další otázce jsem se snažila zjistit, jak ženy reagovaly, když zjistily, že jsou těhotné a jak se v danou chvíli cítily. Po položení této otázky jsem se od všech žen dozvěděla, jakým způsobem zjistily, že jsou těhotné. Všechny ženy si těhotenství ověřily provedením těhotenského testu, který je volně prodejný. Dvě z žen uvedly, že si test provedly ještě před očekávanou menstruací, ostatní ženy teprve po zpoždění menstruace. Z pocitů, které ženy cítily, když se dozvěděly o svém těhotenství, převládalo překvapení, radost a pocity štěstí. Jedna z žen uvedla, že byla velmi šťastná, ale zároveň se u ní objevovala nejistota a obavy. Další z žen uvedla, že ji při pohledu na pozitivní těhotenský test zaplavila směs několika pocitů. Cítila v tu chvíli překvapení, dojetí a nejistotu. V tu chvíli si uvědomovala, že se jí od této chvíle zásadně změní život. Žena, která těhotenství neplánovala, uvedla, že před provedením testu byla velmi nervózní, protože ačkoli těhotenství neplánovala, byla by zklamaná, kdyby test vyšel negativně. V následující otázce jsem se žen ptala, jak reagoval jejich partner, když mu těhotenství oznámily. Partner hraje v životě matky i dítěte důležitou roli a jeho postoj k těhotenství a dítěti má velký vliv na psychiku matky. Dvě z žen uvedly, že na výsledek testu čekaly spolu s partnerem, ostatní partnera informovaly až později. Reakcí

partnerů bylo především překvapení a zároveň radost. Jedna z žen uvedla jako reakci partnera šok, další tomu nemohl uvěřit.

Ptala jsem se žen, zda znají pohlaví dítěte a zda je pro ně pohlaví jejich dítěte důležité. Pro některé páry může být pohlaví dítěte velmi důležité, a pokud pohlaví dítěte nesplní jejich očekávání, mohou pociťovat zklamání a tyto pocity přenášet i na dítě. Všechny ženy odpověděly, že pohlaví dítěte znají. Jedna žena mne zaujala způsobem, jakým zjistila pohlaví dítěte. Pohlaví si nenechala říct od svého gynekologa během provádění ultrazvuku jako většina žen, ale nechala si ho napsat na papírek, který zalepila do obálky a spolu s partnerem obálku otevřela až na Vánoce jako dárek. Všechny ženy uvedly, že pro ně není důležité pohlaví dítěte, pouze jedna poznamenala, že by jednou ráda měla chlapce, ale vzhledem k tomu, že šlo o její první těhotenství, pro ni pohlaví zatím důležité nebylo.

Další otázky se týkaly komunikace s nenarozeným dítětem. V první z nich jsem se žen ptala, jakými způsoby komunikují se svým dítětem. Na tuto otázku jsem od všech žen dostávala podobné odpovědi. Všechny ženy s dítětem nejčastěji komunikují prostřednictvím dotyků a mluvením k dítěti. Všechny ženy shodně uvedly, že se často dotýkají svého břicha, a to především v místech, kde pociťují pohyby dítěte. Dotykem takového místa ženy odpovídají na jeho pohyb a dávají tak dítěti najevo, že o něm ví, a že jsou rády, že je s ním všechno v pořádku. Dotyky ženy často doprovázejí mluvením. Jedna z žen uvádí, že dítě velmi bouřlivě reaguje na její nepříjemnou polohu, kterou jí dokáže donutit změnit. V takovém případě žena dítě uklidňuje dotyky a slovy, že je vše v pořádku a že jeho pocitům rozumí. Dvě ženy jako komunikaci s dítětem uvedly také hudbu. Jedna žena záměrně pouští svému dítěti hudbu, která je určena speciálně pro nenarozené děti. Druhé ženě hudbu zprostředkovává manžel, který dítěti zpívá a hraje na kytaru. Žádná z žen neuvedla jako komunikaci s dítětem komunikaci myšlenkou nebo vizualizací. Myslím, že ženy tyto způsoby jako komunikaci s dítětem nepovažují, nebo si tuto komunikaci ani neuvědomují a proto ji neuvádí. Ženy uváděly, že partneři komunikují s dítětem stejnými způsoby jako ony, to znamená, že na dítě mluví nebo se dotýkají břicha partnerky. Jedna z žen uvedla, že od té doby, co na ní je těhotenství vidět, ji partner oslovuje v množném čísle, nebere ji tak jako jednu osobu,

ale jako osoby dvě. Většina žen uvedla, že dítě na komunikaci z jejich strany odpovídá. Jedna z žen uvedla, že si není jistá, zda dítě na komunikaci reaguje, jedna uvedla, že záleží na intenzitě podnětu, který musí být silný, aby vyvolal reakci. Dítě někdy reaguje a někdy ne. Jedna z žen uvádí zklidnění dítěte při mluvení k němu. Dítě se prý vždy zklidní a naslouchá, při pohlázení se pak naopak výrazně pohybuje. Žena, která má již starší dceru, uvádí, že reakce dítěte jsou viditelné, a to především na komunikaci ze strany starší sestry. Při jejích dotycích a slovech se dítě intenzivně hýbe.

Dále jsem se zaměřila na pohyby dítěte a jejich vnímání ženou. Všechny ženy uvedly, že pohyby dítěte jsou pro ně příjemné a jsou úžasným zážitkem. Pouze dvě ženy uvedly, že jsou pro ně pohyby dítěte někdy i bolestivé. Tři ženy uvedly, že pohyb dítěte je pro ně především znamením, že je s dítětem vše v pořádku. Jedna z žen uvedla, že pokud delší dobu necítí pohyby, cítí se neklidná a dítě se k pohybu snaží vyprovokovat. Jedna z žen o pohybech dítěte říká, že při nich dítě vnímá jako „vetřelce“. Pro všechny ženy je pohyb dítěte podnětem k zahájení komunikace s ním. Ženy uvedly, že při pohybu dítěte se dotýkají břicha v místě pohybu, nebo k dítěti mluví a uklidňují je. Jedna žena uvedla, že na pohyb reaguje pouze někdy, není to pro ni pravidlem. Podle pohybů a aktivity dítěte jsou ženy schopné poznat, zda je dítě bdělé či spí. Pouze jedna žena uvádí, že si není jistá v rozpoznávání těchto dvou stavů.

Zjišťovala jsem také, zda si ženy myslí, že jejich dítě vnímá jejich pocity a zda na ně nějak reaguje. Pouze jedna žena projevila nejistotu nad tím, zda se mohou její pocity promítat i na dítě, zda je ono může vůbec vnímat nebo zda na něho mohou mít nějaký vliv. Ostatní ženy byly přesvědčené o tom, že dítě pocity vnímá a že na něho vliv mají. Jedna z žen uvádí, že pokud se na něco těší, dítě to vnímá také a zvýší se intenzita jeho pohybů. Další z žen uvádí, že pokud je rozčilená a například okřikne starší dceru, dítě na to silně reaguje, pohyby dává najevo, že se mu to nelíbí a žena je tak nucena se trochu zklidnit a hovořit na dítě mírnějším tónem. Ženy dodávají, že i dítě svým chováním dokáže ovlivňovat jejich chování. Toto se týká především polohy. Všechny ženy uvedly, že pokud zaujímají polohu, která je pro dítě nepohodlná, donutí je dítě svými pohyby polohu změnit.

Co se týče vzhledu dítěte, většina žen nemá konkrétní představu o tom, jak bude jejich dítě vypadat. Většina žen se svěřila, že o vzhledu dítěte a jeho povaze často přemýšlí. Pouze jedna žena uvedla, že žádnou představu nemá. Ženy mají dnes určitou představu o vzhledu dítěte z vyšetření ultrazvukem. Často od lékaře dostanou i fotografii dítěte z ultrazvuku, kterou mohou ukazovat svému okolí. Jedna z žen uvedla, že dítě jí na ultrazvuku nejvíce připomínalo „ufona“.

Zajímalo mne, jaký mají ženy pohled na změnu v komunikaci s dítětem v těhotenství a po porodu a také jak si ženy myslí, že se změní jejich vztah k dítěti po porodu. Největší rozdíl vidí dotazované ženy především v tom, že komunikace bude zřetelnější. Důležitý pro ně je především oční kontakt, to že dítě uvidí a snadněji tak budou moci rozpoznat pocity a potřeby dítěte na základě například jeho výrazů tváře, mimiky. Všechny ženy také očekávají zřetelnější zpětnou vazbu, která pro ně bude po porodu srozumitelnější než nyní v těhotenství. Jedna z žen například udává, že nyní je jedinou reakcí dítěte pohyb, ale ona pouze na základě tohoto pohybu není schopna poznat, zda se dítě hýbe proto, že se mu něco nelíbí, nebo proto, že si „hraje“. Dvě ženy uvádějí jako důležitou změnu osobní kontakt. Jedna z nich jako rozdíl uvádí, že komunikace po porodu bude vedena k určité osobě, ne pouze k představě. Další ženy zase uvádějí důležitost fyzického kontaktu, který jim nyní chybí. V těhotenství s dítětem komunikují také prostřednictvím dotyků, ale ty jsou od dítěte odděleny břišní stěnou a stěnou dělohy. Po porodu se budou matky dotýkat přímo pokožky dítěte a komunikace tak bude intenzivnější. Od změny vztahu po porodu ženy očekávají zintenzivnění vztahu a jeho prohloubení. Dvě ženy uvedly, že neočekávají, že by se jejich vztah k dítěti po porodu změnil. Jedna s nich připustila, že pro ni vztah k dítěti bude po porodu představitelnější. Druhá uvádí, že s dítětem má již nyní velmi silný vztah, proto neočekává, že by tomu mělo být po porodu jinak.

Během rozhovoru v těhotenství měli ženy problémy při vyjadřování svých pocitů a zodpovídání otázek týkajících se jejich nenarozeného dítěte. Bylo pro ně těžké slovně vyjádřit, jaké mají pocity a jak své dítě vnímají. Podle mého názoru tyto ženy správná slova, která by přesně vyjádřila, co se v nich odehrává, ani po dlouhém přemýšlení nenašla. Ačkoli se snažili vyjádřit svou myšlenku slovy, stále se svou odpovědí nebyly

spokojeny, přišlo jim, že stále nevyjádřily správně vše, co chtěly. Sám profesor Fedor-Freybergh poukázal na nedostatečnost existujících slovních výrazů při hovoru o prenatálním dítěti. Sám do tohoto oboru přivedl nový pojem prenatální dítě, kterým se snažil vyzdvihnout komplexní kapacitu dítěte jako lidské osobnosti (9).

Rozhovory po porodu byly se ženami vedeny v prvních dnech po porodu. Doba po porodu se pohybovala mezi dvěma a šesti dny. Všechny děti byly narozené v termínu porodu. Tři porody probíhaly spontánně, jeden byl indukovaný a jeden operativní – plánovaným císařským řezem. Váha narozených dětí se pohybovala ve fyziologických hodnotách, ženy neudávaly žádné poruchy adaptace.

Na otázku, jak z pohledu žen probíhal jejich porod, se mi dostalo různých odpovědí. Tři ženy byly s průběhem porodu spokojené, udávaly, že porod proběhl bez problémů a jsou s jeho průběhem spokojeny. Jedna z těchto dvou žen uváděla, že byla porodem překvapená, neboť si ho představovala jinak. Překvapil ji především druh bolesti, kterou vnímala a kterou neočekávala. S průběhem porodu byla spokojena i žena rodící císařským řezem. Ačkoli pro ni byl porod, a především doba po něm náročný a bolestivý, chápe, že to jinak nešlo. Dvě ženy měly na svůj porod negativní názor. Jedna si stěžovala na velkou bolest během porodu, druhá udávala, že porod byl dlouhý a vyčerpávající.

Při prvním setkání s dítětem po porodu udávaly všechny ženy pocit radosti. U jedné z žen se k pocitu radosti a štěstí přidával ještě pocit úlevy, že již má porod za sebou a v bezpečí ho s dítětem zvládla. Další z žen prohlásila, že měla v tu chvíli pocit, že to celé stálo za to. Jedna z žen cítila při pohledu na novorozené dítě překvapení a silné zaujetí dítětem. Byla překvapená jeho vzhledem, který daleko předčil její očekávání. Podle svých slov čekala, že dítě bude zmačkané a modré, zatímco ve skutečnosti bylo hladké a růžové.

První kontakt navázaly ženy s dítětem podobnými způsoby. Všechny ženy udávaly kontakt skin-to-skin, pokus o přisátí dítěte, hlazení a mluvení k dítěti. Jedna z žen udávala, že první kontakt s dítětem navázala sluchem, neboť nejdříve ze všeho dítě slyšela plakat. Poté ho viděla a až poté došlo k fyzickému kontaktu. Všechny ženy udávaly, že se dítě projevovalo po porodu aktivně. Pouze žena, rodící císařským řezem

nebyla schopna odpovědět, protože s dítětem byla až dvě hodiny po porodu, tudíž neví, jak se dítě ihned po porodu projevovalo. Když ho viděla poprvé ona, bylo dítě klidné. Čtyři ženy udávaly, že jejich dítě po porodu plakalo. Dvě z nich udávaly silný intenzivní křik, dvě pouze mírný pláč, který brzy ustal. Po kontaktu skin-to-skin se děti všech matek zklidnily a přestaly plakat. Dvě ženy uvádí, že se dítě snažilo navázat s nimi oční kontakt nebo pozorovalo jejich tvář. Jedna žena uvádí, že k očnímu kontaktu došlo až první den po porodu. Čtyři ženy udávají, že dítěti se podařilo přisát k prsu. Pouze jedné se přisátí nezdařilo, dítě pouze olizovalo bradavku.

Čtyři ženy měly u porodu přítomného partnera, pouze jedna nikoli. Ženy uváděly, že partner po porodu nejprve dítě pozoroval během ošetření a prvního kontaktu s matkou. Dva z nich pořizovali fotografie novorozence. Později se partneři všech žen dítěte dotýkali, hladili ho a mluvili na něho. Dva partneři si dítě po porodu chovali v křesle. Jedna z žen o svém partnerovi uvedla: „nejradši by ho nedal z ruky a seděl s ním v tom křesle napořád.“ Žena, která neměla partnera u porodu, byla ta, která rodila císařským řezem. Dítě partner viděl až den po porodu. Při prvním setkání s dítětem byl v rozpacích a dojatý. Dítě jako ostatní otci hladil a mluvil k němu. Pohlaví svého dítěte všechny matky znaly dopředu, proto pro ně pohlaví dítěte nebylo překvapením.

Ptala jsem se žen, jak zvládají péči o novorozence a zda si jsou jisty v péči o něj. Dvě ženy uvedly, že si v péči o dítě jisty jsou a snadno ji zvládají. Tyto ženy již jedno dítě měly, nebo měly zkušenosti v péči o novorozence z dřívější doby, kdy se staraly o mladší sourozence. Dvě ženy uvedly, že v péči o novorozence si jisty nejsou a jedna že si jistá není pouze někdy. Dvě z těchto žen uváděly, že ačkoli si v péči o novorozence nejsou zcela jisty, myslí si, že péči zvládají dobře. Všechny ženy, které uváděly nejistotu v péči o novorozence, udávaly, že pokud si v něčem nejsou jisty, mají se na koho obrátit a na informace se doptat. Nejčastěji se ženy obracely na dětské sestry v nemocnici či zkušenější kamarádky. Jedna z žen uvedla, že si informace hledá na internetu.

Stejně jako v rozhovoru v těhotenství, i po porodu jsem se žen ptala, jak komunikují se svým dítětem. Zjistila jsem, že ženy používají ke komunikaci s novorozencem podobných prostředků jako v těhotenství. Všechny ženy uvedly, že

k dítěti, stejně jako v těhotenství mluví, povídají si s ním, a dále se ho dotýkají, hladí ho. V komunikaci s novorozencem je pro ženy velmi důležitý především fyzický kontakt. Všechny ženy uvedly, že se dítěte často dotýkají, chovají ho, pusinkují nebo hladí. Důležitý je pro ně také oční kontakt. Ženy své dítě téměř neustále pozorují a z jeho projevů a výrazů se snaží vyčíst náladu dítěte, případně jeho potřeby. Dvě ženy uvedly, že svému dítěti zpívají. Jedna z žen svému dítěti zpívá před usnutím ukolébavku. Při zpěvu udávají obě matky zklidnění dítěte a jeho naslouchání hudbě.

Největší rozdíly v komunikaci s dítětem před narozením a po porodu ženy vidí ve zpětné vazbě. Všechny ženy uvedly, že největší rozdíl pro ně je v tom, že nyní okamžitě vidí reakci dítěte, podle které poznají, co se dítěti líbí a co nikoli. Jedna z žen uvedla, že je nyní klidnější, neboť ihned vidí reakci dítěte. V těhotenství prý bývala často neklidná, když dlouho necítila pohyby dítěte. Nyní se může snadno ujistit, že je dítě v pořádku. Další rozdíl vidí ženy v tom, že nyní si dítě mohou představit, vidí, jak vypadá, jak reaguje. V těhotenství si mohly tvář dítěte pouze představovat. Komunikace je podle nich po porodu také mnohem intenzivnější a zřejmější než v těhotenství. Změnu vztahu k dítěti po porodu udávají čtyři ženy. Jedna z žen si nemyslí, že by se její vztah k dítěti změnil, spíše udává jeho vývoj. Nyní je jejich vztah také silnější. Zbylé ženy udávají změnu vztahu také spíše v jeho prohloubení a zintenzivnění. Jedna z žen uvedla, že se po porodu celý její svět točí kolem dítěte. Cítí za něho nyní i větší zodpovědnost.

Poslední otázkou v rozhovoru po porodu bylo, zda je pro ženy jednoduché rozpoznat, co jejich dítě právě potřebuje, například když pláče. Dvě ženy uvedly, že je pro ně jednoduché potřeby rozeznat, vzhledem k dřívějším zkušenostem s dětmi. Jedna z žen uvedla, že je to pro ni jednoduché proto, že nyní po porodu jsou potřeby dítěte malé a omezují se na hlad, fyzické nepohodlí nebo spánek. Očekává, že v budoucnu, až se potřeby dítěte rozšíří a přidá se například bolení břicha a zubů, bude to pro ni složitější. Tři ženy uvedly, že mají problémy s tím, rozeznat co dítě právě potřebuje. Uváděly, že je to pro ně zatím těžké, ale postupně se to snaží naučit.

Pro můj výzkum byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, které jsem se snažila během výzkumu zodpovědět. První výzkumná otázka zněla: Liší se komunikace s prenatálním dítětem a s dítětem po porodu? Z výzkumu vyplývá, že komunikace

s prenatálním dítětem a dítětem po porodu, se v mnoha směrech liší, ačkoli základní prvky jsou velmi podobné. Největší rozdíl spočívá ve vedení konverzace, která je po porodu podle matek vedena ke konkrétní osobě, kterou mohou vidět, pozorovat její reakce. Velmi důležitou roli zde hraje zpětná vazba. V těhotenství ženy udávají, že není tak viditelná a mnohdy nevědí, co zpětná vazba od prenatálního dítěte znamená. Zda se dítě snaží vyjádřit příjemné pocity a radost, nebo se mu něco nelíbí. Komunikace se liší také po fyzické stránce. Po porodu probíhá mezi matkou a dítětem velmi intenzivní komunikace pomocí dotyků a kontaktu skin-to-skin. Druhá výzkumná otázka zněla: „Jaké vidí matky rozdíly v komunikaci s prenatálním dítětem a dítětem po porodu?“ Tuto otázku jsem částečně zodpověděla již u předešlé otázky. Matky viděly největší rozdíly v umožnění zpětné vazby při komunikaci po porodu, možnosti vidět dítě a pozorovat jeho reakce. Třetí otázka zněla: „Je pro ženy jednodušší komunikovat s prenatálním dítětem nebo s dítětem po porodu?“ Na tuto otázku jsem se žen konkrétně ptala. Většina žen odpověděla, že pro ně byla jednodušší komunikace po porodu. Tato komunikace pro ně byla srozumitelnější a bylo pro ně jednodušší na ni reagovat. Pouze jedna žena uvedla, že komunikace s dítětem pro ni byla snadná v těhotenství a stejně tak i po porodu. Přesto že se tyto dvě komunikace podle ní liší, neměla ani s jedním typem komunikace problémy. Poslední výzkumnou otázkou bylo: „Jaké způsoby ženy a jejich okolí používá ke komunikaci s prenatálním dítětem?“ Na tuto otázku jsem od pěti dotazovaných žen dostala podobné odpovědi. Všechny s dítětem komunikovaly prostřednictvím slov a dotyků. U některých se navíc přidával zpěv či masáž. Okolí žen s prenatálním dítětem komunikovalo obdobně. K dítěti mluvili nebo se dotýkali břicha.

Z prováděného výzkumu se mi podařilo zjistit, jaké jsou z pohledu matek rozdíly mezi komunikací s dítětem před narozením a po porodu. Také jsem od matek zjistila, zda je pro ně jednodušší komunikace s dítětem před narozením či po porodu.

Podle mého názoru, se začíná pozornost veřejnosti, a to jak odborné tak laické, obracet k prenatálnímu dítěti a prenatální psychologii obecně. Lidé si začínají uvědomovat, že lidské dítě je vnímavým jedincem již před narozením a je možné ho v tomto období ovlivňovat jak pozitivně, tak negativně. O zvýšení zájmu o prenatální psychologii svědčí nárůst počtu kurzů a přednášek, které se zaměřují na prenatální

psychologii a jsou určeny jak pro veřejnost, tak pro odborníky. Jako příklad bych uvedla celodenní kurz, který se bude konat v červnu tohoto roku, a který nese název *První český den prenatální psychologie* (24). Kurz se bude zabývat tím, co je dítě schopno prenatálně vnímat, interakcí mezi matkou a dítětem a novými vědeckými poznatky z tohoto oboru. Sama mám v plánu se kurzu zúčastnit.

I přes snahy tohoto oboru a jeho představitelů začlenit povědomí o prenatální psychologii do obecného povědomí, se s životem člověka v moderních společnostech stále počítá až od narození. Prenatální období bývá podceňováno, přitom prenatální fáze života je nejdůležitějším a nejvíce rozhodujícím obdobím pro celý další život jedince, a to z pohledu psychologického i fyziologického (7). Na psychický i fyzický vývoj člověka má vliv dědičnost a prostředí. Genetický materiál dítěte, kromě výběru vhodného partnera, ovlivnit nemůžeme. Prostor dítěte, ve kterém bude vyrůstat, však ovlivnit můžeme, a to již prenatálně. Již v prenatálním období se tvoří základy osobnosti dítěte a jeho postojů ke světu, které může matka, ale i otec dítěte ovlivňovat, a to pozitivně i negativně (10). Společnost by se měla více zaměřovat právě na prenatální období, které je vhodné pro primární prevenci. Jak je zmiňováno v teoretické části práce, optimalizováním podmínek prenatálního života každého jedince může dojít k optimalizaci celé společnosti. Díky zajištění vhodných podmínek prenatálnímu dítěti můžeme v budoucnu předcházet vzniku patologií, a to v oblasti fyziologické, psychologické, ale i sociální (9, 19). Porodní asistentky by měly v ženách, ale i celých rodinách zvyšovat odpovědnost za prenatální vývoj dítěte. Měly by se snažit zvýšit jejich povědomí o vlivech, které mohou na nenarozené dítě mít a co vše je dítě schopno vnímat. Zároveň by však porodní asistentky měly k ženám přistupovat citlivě a nevyvolávat v nich pocity viny (9).

6 Závěr

Prenatální období ovlivňuje celý budoucí život jedince, proto je ideálním obdobím pro primární prevenci. Můžeme předcházet psychickým, fyzickým a emočním problémům v budoucím životě. Můžeme přispět ke snížení počtu předčasných porodů, novorozenecké a kojenecké morbidit.

Bakalářská práce měla stanoveny dva cíle. Prvním z nich bylo, zjistit, jak se liší komunikace s prenatálním dítětem a s dítětem po porodu z pohledu matek. Druhým cílem bylo zjistit, zda je pro ženy jednodušší komunikovat s dítětem před narozením nebo po porodu. Jaké vidí matky rozdíly v komunikaci s prenatálním dítětem a dítětem po porodu se mi podařilo zjistit. Matky udávaly, že největší rozdíl vidí ve zpětné vazbě, která je po porodu mnohem zřetelnější. Další rozdíly matky viděly ve fyzickém a očním kontaktu. Jednodušší bylo pro většinu matek komunikovat s dítětem po porodu. Jedna matka udávala, že pro ni komunikace s dítětem byla jednoduchá před narozením stejně jako po porodu.

K výzkumu byla použita metoda rozhovoru, pro který byla připravena osnova otevřených otázek. Otázky se liší v rozhovoru v těhotenství a v rozhovoru po porodu. Výzkum probíhal v Nemocnici České Budějovice a.s., a to na oddělení rizikového těhotenství a oddělení šestinedělí v měsíci dubnu letošního roku. Celkem bylo dotazováno pět žen.

Bakalářská práce může být využita při seminářích či přednáškách pro odbornou i laickou veřejnost. Další možností je publikace v odborném časopise. Práce může dále sloužit studentkám porodní asistence nebo přímo porodním asistentkám, které by chtěly získat nové vědomosti o tomto oboru.

V budoucnu by bylo dobré, rozšířit poznatky o tomto oboru mezi nejen odbornou veřejnost, ale i k veřejnosti laické. Uvítala bych, kdyby byla vydána nová literatura, která by se zabývala pouze tímto oborem a přibližovala toto téma veřejnosti. Vzhledem k tomu, že se tomuto oboru začíná věnovat více pozornosti, očekávám, že se na českém trhu takováto kniha jednou opravdu objeví. Existuje spousta literatury zabývající se

vývojem dětí a jejich správnou výchovou. Většinou se však zaměřuje na dítě po narození, o prenatálním dítěti se objevují jen krátké zmínky.

7 Citovaná literatura

1. ALLEN, Eileen. *Přehled vývoje dítěte - od početí do 8 let*. Praha : Portál, 2005. ISBN 9788073674212.
2. BRISCH, Karl Heinz. *Bezpečná výchova: budování jisté vztahové vazby mezi rodiči a dětmi*. Praha : Portál, 2012. ISBN 978-802-6200-63.
3. CAMPBELL, Stuart. *Podívej, jak rostu!: jedinečný, trojrozměrný pohled na vývoj dítěte v děloze týden po týdnu*. Praha : Mladá fronta dnes, 2004. ISBN 80-204-1120-8.
4. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví*. Praha : Grada, 2007. ISBN 97880247130382010.
5. ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-802-4732-138.
6. FEDOR - FREYBERGH, Peter. *Prenatal and perinatal psychology and medicine: encounter with the unborn*. Carnforth : Parthenon publ., 1988. ISBN 1-85070-181-4.
7. FEDOR-FREYBERGH, Peter. Prenatální a perinatální psychologie: nový interdisciplinární obor v měnícím se světě. *Medicína v praxi*. 2000, 4., s.33-34. ISSN 1212-8759.
8. FEDOR-FREYBERGH, Peter. *Porod z pohledu nenarozeného dítěte*. In: Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět. Praha: Aperio, 2002, s. 39-41.
9. FEDOR-FREYBERGH, Peter. *Psychosomatické charakteristiky prenatálního a perinatálního obdobia ako prostredia dieťaťa*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008. ISBN 978-80-89271-32-0.
10. FEDOR-FREYBERGH, Peter a Jaroslava HOŘANSKÁ. Co nedostanete, nemůžete dávat. *Časopis českých lékařníků*. 2011, č. 6, s. 22-23. ISSN 1211-5134.
11. HOUROVÁ, Martina, Milena KRÁLÍČKOVÁ a Petr UHER. *Vývoj miminka před narozením: od embrya k porodu*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-802-4719-429.
12. CHOPRA, Deepak. *Magické začátky*. Praha : Euromedia Group, 2006. 80-242-1785-6.

13. JANOV, Arthur. *Prvotní otisky a jejich vliv na život člověka*. Praha : Maitrea, 2012. ISBN 978-80-87249-28-4.
14. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
15. KENNEDY, Graham. *Introduction to prenatal psychology. Enhancing the future* [online]. 2008 [cit. 2012-11-14]. Dostupné z: http://www.ippe.info/publications/articles/prenatal_psychology.html. [Online]
16. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
17. MALÍNSKÝ, Jiří a Václav LICHNOVSKÝ. *Přehled embryologie člověka v obrazech*. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0243-2.
18. MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Praha : V. Marek, 2010. ISBN 80-254-9398-9.
19. MATĚJČEK, Zdeňek a Josef LANGMEIER. *Počátky našeho duševního života*. Olomouc : Panorama, 1986.
20. MATĚJČEK, Zdeněk. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0870-1.
21. MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíce potřebují*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-504-2.
22. ODENT, Michel. *Láska jako věda*. Praha : SZ, 2001. ISBN 80-864-8902-7.
23. POUTHAS, Viviane. *Psychologie novorozence*. Praha : Grada, 2000. ISBN 80-716-9960-8.
24. První český den prenatalní psychologie. NEDOKLUBKO. *Prenatalní psychologie* [online]. 2013 [cit. 2013-04-13]. Dostupné z: <http://www.prenatalnipsychologie.cz/>
25. QUISOVÁ, Silvie. *Sociální komunikace v pomáhajících profesích*. Opava : Slezská universita v Opavě, 2009. ISBN 978-80-7248-551-2.
26. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-802-4719-412.
27. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3373-9.
28. ŠKODÁČEK, Igor a Ján ŠUBA. Profesor MUDr. PhDr. Peter G. Fedor-Freybergh, DrSc., Dr. h.c.mult. čestný předseda Sekcie detskej a dorostovej

psychiatrie PS SLS. *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*. [online]. 2009, č. 16, s. 164-165 [cit. 2012-11-14]. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2009/psy3-2009-cla11.pdf>.

29. ŠPAŇHELOVÁ, Illona. *Dítě: Vývoj a výchova od početí do tří let*. Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0552-4.
30. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem*. Praha : Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.
31. ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha : UK v Praze, 2004. ISBN 80-246-0877-4.
32. TEUSEN, Gertrud a Iris GOZE-HÄNEL. *Prenatální komunikace*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-717-8753-1.
33. TYLOVÁ, Vendula. Prenatální učení: jak psychologie pomáhá medicíně. *Medicína v praxi*. 2000, č. 3, s. 40-43. ISSN 1212-8759.
34. VACEK, Zdeněk. *Embryologie: učebnice pro studenty lékařství a oborů všeobecná sestra a porodní asistentka*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1267-9.
35. VERNY, Thomas. *The secret life of the unborn child*. London : Sphere Books Ltd., 1987. ISBN 0-7221-8821-8.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha č. 1: Vývoj plodu

Příloha č. 2: Ultrazvukové snímky plodu

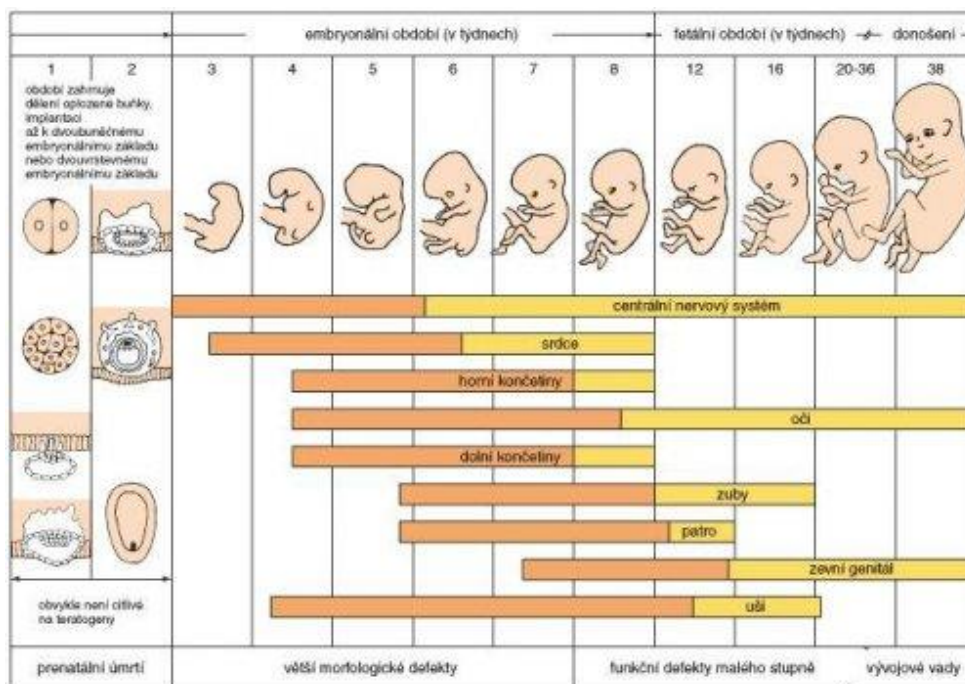
Příloha č. 3: Cvičení vizualizace v těhotenství

Příloha č. 4: Žádost k provádění výzkumu

Příloha č. 5: Seznam otázek k rozhovoru těhotné

Příloha č. 6: Seznam otázek k rozhovoru po porodu

Příloha č. 1: Vývoj plodu



Zdroj: Vývoj plodu. *Mimibaby.webnode.cz: Vše o dětech a rodičích* [online]. 2012 [cit. 2013-04-21]. Dostupné z: <http://mimibaby.webnode.cz/tehotenstvi/vyvoj-plodu/>

Příloha č. 2: Cvičení vizualizace v těhotenství

„Posaďte se pohodlně a zavřete oči. Prociťujte nádech a výdech. Dovolte vědomí vplynout do těla. Při nádechu prociťujte výživu a kyslík, které přinášíte do těla. Všimněte si, jak vám naplňuje tělo, jak obklopuje dítě. Takto dýchejte několik minut. Nyní přeneste vědomí do prostoru kolem břicha. Představte si, že procházíte dělohou a plodovou vodou a cítíte se, jako byste sama plynula lůnem. Představte si, že se noříte hlouběji do plodové vody a vznášíte se uvnitř spolu s vaším dítětem. Vnímejte, jak jemná a hedvábná je tato tekutina, že její teplota je přesně správná pro dítě. Prohlédněte si pološerý prostor. Tyto vjemy prožívá dítě s vámi. Rozhlédněte se po lůně a zjistěte, kde je placenta spojená s dělohou, vnímejte, jak tento orgán vyživuje vaše dítě. Přes pupečník sklouzněte svou pozorností k dítěti, které žije a roste uvnitř vašeho těla. Vnímejte sebe samu vedle něj, prociťujte, jak úžasná bytost to je. Uvědomte si, že jste pro dítě celý vesmír. Prožijte ten pocit, jaké je to být jeho matkou. Všimněte si jeho tělíčka, na chvíli se mu zadívejte do obličeje a představte si, jaké to bude, až se mu poprvé podíváte do očí, až ho budete poprvé držet v náruči. Až budete mít pocit, že tato meditace skončila, obraťte svou pozornost zpátky ke svému dechu. Začněte pomalu pohybovat tělem a pak pomalu otevřete oči.“

Zdroj: CHOPRA, Deepak. *Magické začátky*. Praha : Euromedia Group, 2006. 80-242-1785-6., str. 36-38

Příloha č. 3: Ultrazvukové snímky plodu



Zdroj: Ultrazvuková vyšetření. GYNAP: Gynekologie a porodnictví [online]. 2008 [cit. 2013-04-21]. Dostupné z: http://www.gynap.cz/ultrazvukova_vysetreni.html

Příloha č. 4: Žádost k provádění výzkumu

Bc. Hana Vodičková
Vrchní sestra gynekologicko-porodnického oddělení
Nemocnice České Budějovice, a. s.
B. Němcové 585/54
370 01 České Budějovice

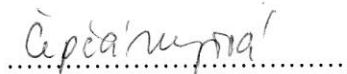
ŽÁDOST

Vážená paní Bc Vodičková,

Jmenuji se Magdalena Čepčányová a jsem studentka 3. ročníku porodní asistence na Jihočeské univerzitě. Dovoluji si Vás tímto požádat o umožnění provádění výzkumu k mé bakalářské práci na gynekologicko-porodnickém oddělení. Práce je na téma Problematika prenatální psychologie, vedoucím práce je MUDr. Velemínský. Výzkum bude prováděn formou rozhovorů s 5-7 ženami a to na oddělení rizikového těhotenství, kde budou rozhovory prováděny s těhotnými, a poté se stejnými ženami po porodu na oddělení šestinedělí. Seznam otázek příkládám. Výsledky výzkumu budou zpracovány anonymně a v případě Vašeho zájmu Vám budou výsledky výzkumu poskytnuty k seznámení.

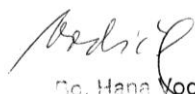
Chtěla bych Vás poprosit o svolení k provedení výzkumného šetření ve výše uvedeném zdravotnickém zařízení.

Děkuji



Magdalena Čepčányová

V Českých Budějovicích, dne 12. 3. 2013



Bc. Hana Vodičková
vrchní sestra ŽO

Příloha č. 5 Seznam otázek k rozhovoru pro těhotné

1. Jaký je Váš věk a nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jste vdaná nebo svobodná?
3. Kolik týdnů jste těhotná?
4. O kolikáté těhotenství se jedná?
5. Jde o plánované těhotenství?
6. Jak jste reagovala, když jste zjistila, že jste těhotná, co jste v tu chvíli cítila?
7. Jak reagoval Váš partner, když jste mu těhotenství oznámila?
8. Znáte pohlaví vašeho dítěte? Pokud ne, tušíte ho?
9. Je pro vás pohlaví dítěte důležité?
10. Jakými způsoby komunikujete se svým děťátkem? Kterým způsobem nejčastěji?
11. Jak s dítětem komunikuje váš partner, starší sourozenci?
12. Reaguje děťátko na vaše signály? Odpovídá vám? Naslouchá?
13. Jak vnímáte pohyby děťátka? Co při nich cítíte?
14. Je pro vás pohyb dítěte podnětem k zahájení komunikace s ním? (pohlazením, slovně, myšlenkou)
15. Poznáte, kdy Vaše děťátko spí a kdy je bdělé?
16. Myslíte si, že vaše nenarozené dítě vnímá vaše pocity, reaguje na ně nějak?
17. Myslíte, že vaše děťátko dokáže ovlivňovat vaše chování?
18. Jak si představujete vaše děťátko? Představujete si jeho tvář? Víte, jak asi vypadá?
19. V čem si myslíte, že bude jiná komunikace s miminkem po porodu oproti komunikaci před narozením?
20. Jak si myslíte, že se změní váš vztah k dítěti po porodu?

Příloha č. 6 Seznam otázek k rozhovoru po porodu

1. Kolik dní jste po porodu?
2. Narodilo se dítě v termínu? Jakou mělo porodní váhu?
3. Jak porod z Vašeho pohledu probíhal?
4. Jak jste se cítila, když jste poprvé uviděla své dítě? Odpovídalo vašim představám?
5. Jakým způsobem jste navázali první kontakt? (skin-to-skin, oční kontakt, pohlazení)
6. Jak se dítě po porodu projevovalo? (Plakalo, bylo klidné, snažilo se navázat oční kontakt, hledalo bradavku, přisálo se k prsu)
7. Byl u porodu přítomen partner? Jak navázal první kontakt s dítětem?
8. Pokud jste neznala pohlaví dítěte před narozením, tušila jste ho správně?
9. Jak zvládáte péči o novorozence? Jste si jistá v péči o něj?
10. Jakými způsoby komunikujete se svým dítětem?
11. Jaké vidíte největší rozdíly v komunikaci s dítětem před narozením a po porodu?
12. Změnila se vaše komunikace s dítětem? (četnost, intenzita)
13. Změnil se váš vztah k dítěti? Jakým způsobem?
14. Bylo podle vás jednodušší komunikovat s dítětem před narozením nebo po porodu?
15. Je pro vás jednoduché rozeznat co vaše dítě právě potřebuje např. když pláče?