

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**



## **Diplomová práce**

Michaela Kolumpková

**Působení raného kontaktu mezi matkou a dítětem po porodu na  
subjektivní vnímání jejich vztahu**

**The relation between the early mother-child contact after birth  
and the subjective perception of their relationship**

Praha 2015

Vedoucí práce: PhDr. Simona Horáková Hoskovicová, Ph.D.

## Poděkování

V první řadě děkuji PhDr. Simoně Horákové Hoskovcové, Ph.D. za její trpělivé vedení práce, cenné rady a připomínky a za celkovou pomoc, podporu a motivaci.

Děkuji RNDr. Petrovi Boschovi, CSc. a Mgr. Markovi Vrankovi za jejich pomoc s výzkumnou částí práce.

Dále děkuji svým posuzovatelům Mgr. Tereze Havránkové, Bohuši Kolumpkovi a Ing. Michaele Vintrové za jejich precizní spolupráci na výzkumu.

V neposlední řadě patří velké poděkování všem respondentkám za jejich ochotu a otevřenost při poskytnutí rozhovorů.

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 28. 7. 2015*

.....  
*Michaela Kolumpková*

**Abstrakt:**

Tato práce sleduje působení raného kontaktu mezi matkou a dítětem bezprostředně po porodu na emoční naladění matky ve vztahu k dítěti. Teoretická část se zabývá problematikou situace porodu, dalším vývojem po porodu s důrazem na samotný raný kontakt a cestami navázání vztahu mezi matkou a dítětem. Závěr teoretické části se týká kvality vztahu mezi matkou a dítětem a interakcí mezi nimi. Empirická část zjišťuje, zda raný kontakt bezprostředně po porodu, případně celkový kontakt mezi matkou a dítětem v porodnici a další faktory na straně matky nebo dítěte, působí na emoční naladění matky na její dítě. Výzkum byl postaven na výpovědích matek, které se vyjadřovaly o svém dítěti. Předpokládalo se, že naladění matky souvisí s volbou adjektiv popisující dítě nebo celou situaci. Výzkum však neprokázal významné působení výskytu raného kontaktu na další emoční naladění matky na dítě. Na základě výsledků výzkumu lze tedy vyvodit závěr, že bezprostřední raný kontakt po porodu nemá významný vliv na kvalitu vztahu mezi matkou a dítětem a i bez raného kontaktu je možné být pozitivně naladěn na dítě. Tento výzkum tedy podporuje fakt, že nelze jasně dokázat, že je to právě raný kontakt, který napomáhá vzniku vazby mezi matkou.

**Klíčová slova:**

porod, raný kontakt, bonding, kontakt v porodnici, interakce mezi matkou a dítětem

**Abstract:**

Presented is a study of the correlation between mother-child contact immediately after birth and the emotional connection of mothers in relation to their child. The theoretical section deals with the conditions of labor and further development after birth, with an emphasis on very early contact and ways to establish the relationship between mothers and their child. Furthermore the quality of the relationship between a mother and a child and the interactions between them is also described. The empirical section examines if either early contact immediately after birth or general contact between mothers and babies in the hospital, influence the emotional response of a mother to her child. The research was based on interviews with mothers who were describing their child. It was assumed that the emotional connection of mothers is associated with the choice of adjectives describing either their child or the situation as a whole. The results presented here do not suggest a significant correlation between early contact and emotional connection of a mother to her child. Based on these results we propose that the immediate early contact after birth does not have a significant effect on the quality of the relationship between a mother and her child.

**Keywords:**

labor, early contact, bonding, contact in a hospital, the interaction between a mother and a child

## Obsah

Seznam použitých zkratk:	8
Úvod	9
1. Teoretická část	11
1.1. Porod	11
1.1.1 Psychologické otázky porodu	11
1.1.2 Návrat k přirozenosti při porodu	16
1.1.3 Současná situace v českém porodnictví	18
1.2. Po porodu	20
1.2.1 Raný kontakt a vytváření citové vazby	22
1.2.2 Raná interakce	39
1.3. Kvalita interakce mezi matkou a dítětem	42
1.3.1 Interakce mezi matkou a dítětem	42
1.3.2 Intuitivní rodičovství	44
1.4. Shrnutí působení raného kontaktu na vytvoření specifického vztahu	48
2. Empirická část	50
2.1. Metody	50
2.1.1 Dotazník	51
2.1.2 Rozhovor	52
2.2. Výzkumný vzorek	53
2.2.1 Popis vzorku respondentek	54
2.3. Hypotézy	58
2.4. Zpracování dat	61
2.5. Výsledky	68
2.5.1 Popis proměnných	68
2.5.2 Ověřování hypotéz a dalších výzkumných otázek	69
2.6. Diskuse	77

Závěr .....	82
Seznam použité literatury .....	85
Seznam tabulek a grafů.....	93
Přílohy.....	94

### **Seznam použitých zkratk:**

BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative
IBQ	Dotazník: Infant Behavior Questionnaire
KLI-P	Dotazník: Kvalita péče v českých porodnicích očima rodiček
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
OSF	Nadace Open Society Fund
PCERA	Parent-Child Early Relational Assessment
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
UNICEF	United Nations Children's Fund
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	World Health Organization

**Motto:** „Rodina se zrodí na porodním sále“ John Lind, Professor of Pediatrics at the Karolinska Institutet, Stockholm (Klaus, Kennell & Klaus (2004, s. 41)

## Úvod

Tato práce se zabývá otázkou raného kontaktu bezprostředně po porodu a jeho důležitostí při vytváření pouta mezi matkou a dítětem, potažmo mezi celou rodinou. Četní autoři jsou zastánci toho, aby matky, případně společně s otci dětí, měly možnost zažít tento neopakovatelný zážitek, kdy jim dítě ještě neomyté bude položeno nahé na jejich nahé tělo a ony poprvé pocítí jeho teplo, mohou se vzájemně zahřívat a začít se poznávat. Jsou matky, které o tento kontakt nestojí a jsou matky, které na tomto kontaktu trvají a pokud ho z nějakého důvodu není možné uskutečnit, zažívají značné pocity zklamání a selhání a strach, zda vůbec budou schopné vytvořit se svým dítětem ono hluboké pouto, které se jim slibuje po prožití raného kontaktu skin-to-skin<sup>1</sup>.

Kladu si tedy otázky, jestli je tento raný kontakt opravdu nezbytný a co může matkám přinést? Jak jim může na cestě vzájemného poznávání a sladování se pomoci? Jak onu cestu vytváření vztahu mezi nimi zjednoduší? Jak může jejich vztah obohatit a co mohou prostřednictvím tohoto zážitku získat? Zajímá mě však také, jestli je možné tento kontakt něčím nahradit, jestli v případě, že z nějakého důvodu nebude možné tuto praxi provést, ať už z důvodů zdravotních, nebo z důvodu prostého rozhodnutí matky, která má právo cítit, že o kontakt nemá zájem, ačkoli se o něm všude mluví jako o nezbytné příležitosti pro navázání vztahu s dítětem. Matky pak často souhlasí jen proto, aby před ostatními nevypadaly jako špatné matky, které své dítě nechtějí, vnitřně s tím však ztotožněné nejsou. Je pak otázka, zda to může přinést tytéž benefity, jako pro matky, které o daný kontakt naopak velmi stojí od začátku. A co se pak stane s matkami, které mají od kontaktu velká očekávání, která však nebudou ani po tomto zážitku naplněna a sladování s dítětem bude i přes to z nějakého důvodu komplikované?

Práce se pokusí shrnout a porovnat jednotlivé názory a závěry plynoucí ze zkoumání tohoto tématu. Nejprve se detailněji zaměří na porod a jeho vliv jak na ženu, tak na dítě a dále na další průběh prvního setkání matky s dítětem po porodu a jejich vzájemnou interakci. Zaměří se na problematiku vzniku bondingu u rodičů a attachmentu u dětí právě v návaznosti na okolnosti porodu a raného kontaktu. Ve výzkumné části se bude zjišťovat, zda raný kontakt bezprostředně po porodu nějak působí na subjektivní vnímání matky jejího vztahu k dítěti. A

---

<sup>1</sup> kontakt kůže na kůži

pokud takové působení existuje, zda je pozitivním směrem. Práce se kromě detailního zaměření na raný kontakt po porodu zabývá celkovým kontaktem matky s dítětem v porodnici a snaží se zmapovat, k jakému kontaktu mezi nimi došlo v následných dnech, kdy byli oba hospitalizováni v nemocnici, za jakých okolností kontakt probíhal a jaké další vlivy na ně působily. Cílem práce je zjistit případnou souvislost mezi následným kontaktem v porodnici a emočním naladěním matky na dítě. Celý výzkum stojí na výpovědích matek, a tak má práce za cíl zjistit, jaké je subjektivní vnímání matky.

# 1. Teoretická část

## 1.1. Porod

### 1.1.1 Psychologické otázky porodu

#### Vnímání porodu ze strany ženy

Někteří lidé považují porod pouze za jeden okamžik v životě, jiní za významný vývojový moment. Nicméně je známo, že ženy si i roky po svém porodu vzpomínají na jeho průběh, na pocity a zejména, zda měly pocit kontroly nad situací, nebo ne. Pamatují si také, zda byly od dítěte odděleny nebo zda ho mohly držet hned po porodu. Emocionální i fyzická podpora při porodu má vliv na to, jak pak matka vnímá jak samu sebe i jak se bude cítit, když začne pečovat o své dítě. Je pro ni důležité vytvořit „podporující“ prostředí, ve kterém bude emocionálně i fyzicky přijímána. Emocionální podpora může mít i terapeutický efekt, jelikož při porodu se matka často cítí v regresi, závislá a zranitelná. V případě, že ona sama zažila neadekvátní péči od své matky, pak při adekvátní podpoře během porodu, může pocítit zážitek tzv. korektivní zkušenosti a může si zažít ten pocit „opečovávání“ (Klaus, Kennell & Klaus, 1995).

#### *Působení duly*

Matka v tuto chvíli nepotřebuje pouze otce dítěte, ale i zkušenou osobu, která ví, co dělat, je kompetentní a je jí průvodcem. Takovou osobou může být zdravotní sestra, porodní asistentka nebo *dula*. Péče o matku při porodu má pak následný vliv na její mateřské postoje, pocity a odpovědnost vůči její rodině, vůči ní samotné a především vůči jejímu vlastnímu dítěti. Ve studii Wolmana (1991) dle: Klaus, Kennell & Klaus (2004), která zkoumala rozdíly mezi matkami, které měly při porodu k dispozici dula a matkami, které ji neměly, se ukázalo, že matky, které rodily s *dulou* vykazovaly zvýšený pocit vlastní sebehodnoty, věřily, že zvládly dobře vlastní porod a vnímaly porod jako jednodušší, než si představovaly. Tyto matky byly také méně úzkostné 24 hodin po porodu, než matky bez této podpory, dále byly méně depresivní i 6 týdnů po porodu. Kromě toho matky podporované *dulou* byly významně více schopné kojení a kojily delší dobu (Wolman, 1991 dle: Klaus, Kennell & Klaus, 2004). Hans, Thullen & Henson et al. (2013) také souhlasí s myšlenkou, že *dula* hraje významnou roli při podpoře ženy v průběhu porodu a jejím hlavním cílem je podpora vztahu mezi matkou a dítětem. Autoři provedli výzkum působení *duly* při porodu na mladé matky s nižším příjmem. Matky rozdělili do dvou skupin, z nichž jedna využívala služeb *duly* a druhá dostala

standardní zdravotní a sociální servis. *Dula* navštěvovala matky doma už v období před porodem, dále jim poskytla podporu v průběhu porodu a navštěvovala je doma ještě 3 měsíce po porodu. V rámci výzkumu bylo poté posuzováno rodičovské chování prostřednictvím sledování interakce mezi matkou a dítětem ve 4, 12 a 24 měsících věku dítěte a dále rodičovské postoje a vnímání stresu. Tato analýza prokázala, že matky, které využívaly služeb *duly*, vykazovaly rodičovské chování více orientované na dítě, více pozitivní angažovanost ve vztahu k dítěti a více reagovaly na distres svého dítěte ve věku 4 měsíců. U jejich dětí byl zaspatelný menší neklid v průběhu pozorovaných interakcí. Služby *duly* tedy prokazatelně podporují rodičovské chování a interakci mezi rodičem a dítětem. Klaus, Kennell & Klaus (2004) také vyzdvihují důležitost podpory matky při porodu, a to konkrétně za pomoci *duly*, která je schopná poskytnout tzv. „*emotional holding*“, dokáže matku podržet a povzbuzovat. Matka si při porodu potřebuje být jistá, že může být sama sebou, potřebuje se zbavit emocionálních i fyzických zábran a oprostít se od jakýchkoli očekávání. S *dulou* se žena může cítit uvolněně, je to pro ni svoboda, *dula* se snaží posílit její sebepojetí. Klaus, Kennell & Klaus (2004, s. 33): „*Přesto že je žena závislá, stále potřebuje svobodnou možnost ponořit se do sebe, a tak na instinktivní úrovni pochopit, co chce její tělo činit*“. Potřebuje takovou podporu, aby se mohla uvolnit a poddat se svému tělu a reagovat na jeho potřeby. Potřebuje být zároveň závislá i nezávislá. Podle autorů budoucí matka díky *dule* pociťuje méně strachu a obav, což jí umožňuje prožít porod s menšími bolestmi a větší produktivitou.

Klaus, P. H. & Klaus, M. H. na základě studie Crenshaw (2004) doporučují každé matce nabídnout *dulu*. Matka a otec se mohou více přiblížit dítěti, cítí-li fyzickou i emocionální podporu zkušené ženy v průběhu porodu. *Dula* je o všem informuje. Díky *dule* je provedeno méně císařských řezů, užito méně léků a porody jsou kratší. Přítomnost *duly* při porodu snižuje bolest, strach, úzkost a pocit osamělosti. *Dula* nabízí masáže, vizualizace, doteky (Crenshaw, 2004).

#### *Působení hormonu oxytocinu*

Právě takové působení *duly* může zvyšovat hladinu *oxytocinu* v těle ženy. To pomáhá vyvarovat se traumatickému porodu. Když se matka cítí ponížena nebo zraněná v průběhu porodu, má to neblahý vliv na vnímání dítěte. Bez epidurální anestezie, která ochromuje děložní čípek, produkuje matka *oxytocin*, který posiluje kontrakce, snižuje bolest a navozuje pocity klidu a uvolnění (Crenshaw, 2004). V nemocnici může mít personál tendenci porod urychlovat právě podáváním hormonu *oxytocinu*, což pak často vyvolá potřebu tišit bolest, vést porod více instrumentálně nebo dokonce císařským řezem. Porod většinou postupuje

rychleji ve známém prostředí. V tu chvíli je velmi důležitá atmosféra kolem rodičky, která velmi citlivě vnímá prostředí kolem sebe všemi smysly. Důležitý je v tu chvíli také pocit soukromí. Pokud má žena pocit, že ji někdo pozoruje nebo ji někdo při porodu vyrušuje, porod se pravděpodobně zpomalí. Vždy je důležité snižovat obavy a úzkost rodičky, pokud matka neví, co se s ní děje, pociťuje pak obvykle ještě větší bolest a může se stahovat. Nápomocný je v tu chvíli jakýkoli dotyk, který pomáhá přirozené produkci *oxytocinu*, což pak zvyšuje schopnost snášet bolest a zároveň to ženu uklidňuje. *Oxytocin* má na matku uklidňující účinky, ona pak cítí větší odpovědnost a lze říci, že tento hormon stimuluje mateřské chování. *Oxytocin* je uvolňován právě při skin-to-skin kontaktu mezi matkou a dítětem (Uvnäs-Moberg, 1998). *Přirozený oxytocin* má čtverý účinek: 1. Zvyšuje odolnost vůči bolesti, 2. Vede celý proces k otupělosti, 3. Navozuje uvolnění a 4. Matka se po porodu cítí svému dítěti bližší. *Syntetický oxytocin*, který se do těla rodičky dodává uměle (pitocin) má povzbudit porod, nicméně nemůže vniknout do mozkové části, aby poskytl úlevu od bolesti, protože hematoencefalická bariéra brání vniknutí těchto látek z krve do mozku a následně to vede k zesílení kontrakcí, přičemž bolest se nezmírní a rodička vyžaduje epidurální anestezii (Klaus, Kennell & Klaus, 2004). Konkrétně hormon *oxytocin* způsobuje vyšší sugestibilitu a senzitivitu rodičky, což ovlivňuje její vnímání zdravotnického personálu. Žena je v náročné porodní situaci působením *oxytocinu* ještě více citlivá na přístup zdravotníků a vnímání jejich opory. Pokud cítí pocit ohrožení, vlivem *oxytocinu* může být tento pocit ještě prohlouben a tím může způsobit vnímání větší nespokojenosti s celým procesem porodu, s čímž může souviset i horší spolupráce rodičky a také fyziologická reakce snížení kontrakcí dělohy. Pocit bezpečí a citlivý přístup zdravotníku je tedy v této situaci klíčový.

#### *Působení zdravotnického personálu*

Kodyšová (2012) se pokusila ve svém výzkumu ukázat, jak může interakce mezi rodičkou a zdravotnickým personálem při porodu, který může být rodičkou vnímán jako poměrně náročná situace na zvládnutí, negativně ovlivnit emoční prožívání rodičky a ovlivnit tak i její přístup a schopnost reagovat na potřeby dítěte. Tato otázka souvisí s rodičovským „*self-efficacy*“<sup>2</sup>, které je u ženy podporováno, pokud má možnost mít u sebe po celou dobu porodu provázející osobu, nejčastěji otce dítěte a také pokud cítí oporu personálu a naopak snižováno v případech těžce utišitelných dětí. Kodyšová (2014) to doplňuje zjištěním, že to jak rodička vnímá a jak je spokojena s interakcí s personálem při porodu, souvisí jak s její předchozí

---

<sup>2</sup> Self-efficacy: vnímaná osobní účinnost, rodičovské sebevědomí

zkušeností s péčí, tak i fyziologickými specifiky porodního procesu. Kodyšová (2014) doporučuje zdravotníkům možnosti supervize, zvýšení jejich psychosociálních dovedností a kontinuální péči o ženy jak v těhotenství, tak pak i při porodu. Mezi nejdůležitější prvky péče o rodičku patří chování, přístup a pozornost ošetřujících. Z toho plyne, že i role *duly* může být významná právě v pokročilé fázi porodu. Žena se může cítit traumatizována, jestliže nemá nad událostmi kontrolu, nemůže plánovat ani věcem předcházet. Pokud nerozumí, co se s ní děje, má pocit, že ji nikdo neslyší, může se cítit až oklamaná, ponížená nebo nějakým způsobem poškozená. K ženě je však třeba přistupovat individuálně, některá žena vyžaduje izolaci, jiná ji nese těžce. Obecně lze říci, že za přítomnosti velkého počtu lidí se porod většinou zastaví. Na počátku 30. let 19. století se porod přesunul z domova do nemocnice, aby ženy mohly родit bezbolestně za pomoci léků, nicméně ukázalo se, že miminka se pak rodí méně aktivní. „*Většina laktačních konzultantek je přesvědčena, že epidurální analgezie zpomaluje schopnost dítěte začít sát mateřské mléko.*“ (Klaus, Kennell & Klaus, 2004, s. 65). Windström, Ransjö-Arvidson, Christensson et al. (1987) ve svém výzkumu zjistili, že když se nechá dítě klidně položené na břicho matky, začne se automaticky plazit k jejímu prsu a začne sát. I pozdější výzkum Varendi, Porter, & Winberg (1994) potvrzuje, že pokud matka při porodu nepoužije žádné léky tišící bolest a její dítě bude osušené položeno na břicho, bude zahříváno tělem matky pod ručníkem a pokud nebude od matky odejmuto v následujících 70 minutách, začne se automaticky plazit k prsu matky a přisaje se k bradavce díky vůni, kterou z bradavky cítí.

### **Porod z hlediska vnímání dítěte**

Šulová (2005) uvádí několik možných alternativ porodu – porod v porodnici, porod v porodnici připomínající domácí prostředí, porod doma, do vody, ve zšeřelé místnosti za poslechu hudby, za užití farmak nebo bez, s pomocí lékaře nebo porodní asistentky, za přítomnosti otce apod. Standardní způsob zacházení s dítětem po porodu tkví v bezprostředním oddělení dítěte od matky po porodu přestřížením pupečníku, dále je dítě omyto, vyšetřeno, zabaleno a poté na chvíli přineseno matce. Poté si mohou matky zvolit, zda chtějí být s dítětem v přímém kontaktu pouze při kojení, nebo zda bude dítě nošeno matce vždy na několik hodin a ponecháno po tuto dobu v její péči nebo zda bude matka s dítětem v nepřetržitém kontaktu po porodu a bude se o dítě starat jen za občasných výpomocí personálu. Crenshaw (2004) provedla výzkumnou studii o potřebách matek a dětí po porodu. Z historického hlediska byly děti po porodu vždy s matkou, byly v bezpečí v teple, kdykoliv mohly sát a matka a dítě se od sebe mohly učit navzájem. Až ve 20. století, kdy se porod

přesunul do nemocnice, se začaly děti od matky separovat. Lékaři věřili, že jsou děti ve větším bezpečí a matky si lépe odpočinou. Ukázalo se však, že separace má negativní vliv na kojení a vztah mezi matkou a dítětem (Anderson, Moore, Hepworth et al., 2003). Při vzájemném kontaktu děti méně pláčou, lépe sají, vzájemně se od sebe učí, matky umí rozpoznat potřeby dítěte a reagují láskyplně (Crenshaw, 2004).

Podle Matějčka & Langmeiera (1986) je porod první prodlouženou emocí a fyzickým šokem, který dítě zažívá a který nikdy nezapomene. Dokud je uvnitř matky, zažívá v podstatě smyslové blaho, je zaplaveno mateřskou tekutinou, masírováno mateřskými svaly, po porodu však najednou přichází pocity bolesti a strachu. Dříve dokonce dítě bývalo uchopeno za hlavu, ocitlo se ve studeném, hlučném a osvětleném prostředí mezi samými cizími lidmi. Poté přichází Leboyer (1995) se svým inovativním přístupem k porodu, kdy se snaží přeměnit porod z traumatizujícího zážitku, kdy dítě trpí, na láskyplnou situaci. Dle něj je pláč dítěte po porodu výrazem utrpení. Dítě po porodu vnímá okolí všemi svými smysly velmi intenzivně a citlivě, což způsobuje, že například ostré světlo zářivek na porodním sále mu způsobuje bolest, všechny zvuky jsou pro něj extrémně hlasité, jelikož přišlo na svět z tlumeného prostředí a také kůže dítěte je citlivá na jakýkoliv dotyk a hrubý ručník pro něj může být též značně bolestivý. Leboyer (1995) mluví také o tom, že samotné dýchání dítěte pálí. Dříve se dítě dokonce hned po porodu drželo hlavou vzhůru, což mu způsobovalo závratě a najednou ztrácelo oporu, záda nic nepodpíralo jako před porodem, kdy bylo schoulené a obklopující svou matkou. Leboyer (1995) se snaží porod připodobnit situaci, kterou zažívá milenecká dvojice, když se vzájemně dotýká, objímá, vyhledává ticho, teplo a ústraní od ostatních. Dále upozorňuje na nevhodnost použití světla hned od začátku, zastává názor, že matka by měla dítě nejprve cítit a až pak ho vidět ve chvíli, kdy nebude pokříváno bolestí. S dítětem by se mělo zacházet klidně a pomalu, být k němu pozorný a naslouchat mu. Zmiňuje také důležitost dotepávání pupeční šňůry na těle matky. Okamžité přestřižení je pro dítě těžkým oddělením od matky, najednou pocítí problémy s dýcháním, protože musí dýchat už jenom samo. Je doporučeno nechat dítě nejprve dýchat ze dvou zdrojů a až poté přestříhnout, ve chvíli, kdy už dítě dýchá samo, předejde se tak i výraznému pálení při dýchání. Dále nedoporučuje pokládat dítě na záda, ale nechat polohu dítěte více na něm, čehož se dosáhne položením na břicho s rukama i nohama složenýma pod něj, ono si pak vybere, co mu vyhovuje, některé dítě se raději schoulí do klubíčka, jiné se natahuje. Obecně lze říci, že je pro dítě nejvhodnější mu co nejvíce připomínat stav, kdy bylo ještě v děloze. Je třeba mít na paměti, že je dítě velmi vnímavé a matka na něj přes svůj dotyk a působení přenáší i svůj strach a úzkost. Leboyer (1995, s. 37): „*Jak je důležitý tento první kontakt, toto první setkání matky a dítěte!*“ Po

prvním kontaktu přichází odloučení a začíná tak cesta dítěte k samostatnosti. Dítě silně vnímá teplo a měkkost, nejlepším prostředím pro něj je pak voda. Podle Odenta (1995) ani porod do vody není nebezpečný. Dítě v tomto případě začne vdechovat vzduch do plic až po vynoření a až pak pocítí rozdíl v atmosféře a teplotě. Leboyer (1995) zmiňuje, že platí, že se dítě cítí nejlépe a nejjistěji v prostředí připomínající mu období před narozením, což voda nabízí. Dítě se ve vodě cítí jistě a bezpečně, začíná pak lépe samo prozkoumávat okolí, otáčí se, hýbe končetinami, je aktivní. Po vyjmutí z vody opět pocítí gravitaci jako po porodu a až poté je osamoceno. Před narozením se s ním neustále něco dělo, bylo v podstatě v pohybu, proto i po narození je rádo v pohybu, houpáno. Také Odent (1995) zdůrazňuje potřebu dětí konejšivé přítomnosti matky, potřebu vřelosti, doteků, jejího hlasu, vůně, potřebu kolébání. Vestibulární systém reguluje rovnováhu a další motorickou koordinaci. Leboyer (1995) zdůrazňuje potřebu zahrnout dítě láskou a pozorností, která pak vede k pocitu důvěry a radosti u dítěte. Leboyer (1995, s. 55): *„Liší se tyto děti narozené v tichosti a s láskou od těch ostatních? „Těžko říci. Musíte je napřed vidět. Pamatujete se, jak jsme říkali, že když se dítě narodí, skrývá se pod maskou, která je hyzdí - tragickou maskou utrpení, se svráštělým čelem, koutky úst staženy dolů. Ale pak se objeví jiná maska – maska veselí a radosti. Ústa jsou uvolněná a koutky úst pozdviženy k úsměvu. Obočí je také uvolněné a oči rozesmáté radostí. Podívejte se na ně!“*

Woodson (1983) vnímá matku jako jedinou a hlavní pečovatelku, která by měla dítěti tento přechod usnadnit a snížit tak co nejvíce tento počáteční porodní šok. Dítě musí po porodu zvládat množství fyziologických procesů, které ho drží na živu. Kromě toho je však dítě hned po porodu schopno seberegulace, což je první podmínka pro přežití, první podmínka komunikace s okolním světem a první podmínka postupné socializace. Organismus dítěte musí být schopný regulovat stavy spánku a bdění. Dítě musí být dostatečně bdělé, aby mohlo vnímat své okolí odlišovat, co je významné a co ne. Některé děti jsou v prvních 3 měsících života více dráždivé, plačtivé, hůře utěšitelné a ukázalo se, že tato dráždivost závisí také na tom, jak matka na dítě reaguje. Matějček & Langmeier (1986, s. 167): *„Dítě nejen slyší v době před narozením, ale rozlišeně, diferencovaně vnímá zvukové podněty, které k němu pronikají a tuto schopnost si přenáší přes kritický životní mezník porodu do dalšího svého života jako jeden ze základních předpokladů komunikace s lidským světem.“*

### **1.1.2 Návrat k přirozenosti při porodu**

Šulová (2002) popisuje dvě tendence přístupu k porodům ve 20. století. Zastánci prvního přístupu, klasického, prosazují využití všech dostupných technických vymožeností, farmakoterapie, polohu rodičky na zádech nebo na boku kvůli ochraně před poraněními apod.

Druhá tendence volá po „návratu k přirozenosti“ a objevuje se u nás zhruba od poloviny 20. století. Tato druhá tendence se distancuje od přetechnizování a odosobnění porodní situace a kloní se k hlubším emocionálním prožitkům při porodu a klade důraz na mezilidské vztahy.

Přístup k porodu souvisí zejména s otázkou týkající se vnímání bolesti při porodu. Velvovskij přišel v roce 1949 jako první s metodou nazvanou „psychoprofylaktická příprava žen k porodu“ (Šulová, 2005). Metoda se zabývala tím, jak psychologicky působit na ženu a pomoci jí, aby porodu rozuměla, spolupracovala, netrpěla při něm, nevnímala pouze bolest, ale aby se cítila odpovědná, cítila kontrolu nad situací a vnímala porod jako tvořivou a radostnou práci. Lamaze poté uvedl tuto metodu v západní Evropě (Matějček & Langmeier, 1986). Na něj navázal Odent (1995), který zjistil, že použití elektronických přístrojů při porodu vede k nárůstu počtu porodů císařským řezem a za pomoci kleští. Zastává názor, že matky při porodu potřebují hlavně soukromí a elektronické monitorování porod ztěžuje. Vhodné prostředí pro porod by mělo být takové jako pro milování. Odent (1995) kritizuje myšlenku, že lékař rodí ženu, v tomto případě je porodník aktivní a žena pasivní. Odent (1995) vrací aktivitu matce. Leboyer (1995) také vnímá ženu jako více pasivní a veškerou práci okolo porodu zastává lékař, více se tak zabývá dítětem a jeho vnímáním porodu a vztah mezi matkou a dítětem je až na druhém místě. Odent (1995) se staví proti masivnímu používání medikace a monitorování pouze z důvodu uvolnění a pocitu bezpečí. Riziko porodu se takto zvyšuje a například použití epidurální anestezie až 5x zvyšuje pravděpodobnost použití kleští. Epidurální anestezie na počátku porodu ženu znehybní, otupí a zamezí tak spolupráci při porodu, což může vést k instrumentálním porodům s použitím kleští nebo vakuového extraktoru (lehké a pozdní epidurální anestezie takové účinky většinou nemají). Rodička má při epidurální anestezii znehybněnou dolní polovinu těla a v podstatě ani necítí, že by rodila, v určité době pak správně nerozpozná, že by měla tlačit. Je tak odtržená od fyzického vnímání porodu a lékaři ji musí více monitorovat (Klaus, Kennell & Klaus, 2004). Bolest sice může porod zpomalit, ale pokud proti ní nejsou podávány léky, tělo si s ní dokáže poradit. Bolest se zmírňuje, když žena nemusí ležet na zádech (Odent, 1995). „Snižené vnímání porodních bolestí závisí na tom, do jaké míry se žena uvolní, jak pracuje v souladu se svým tělem, jak si věří, je klidná a zvládá situaci. Vytváření pozitivnějších obrazů a soustředění na myšlenky, které člověka uklidňují, může přispívat ke snižování strachu a úzkosti“ (Klaus, Kennell & Klaus, 2004, s. 68). Odent (1995) upřednostňuje pro porod polohu v podřepu, jelikož při ležení na zádech dítě sestupuje proti gravitaci a stlačují se vtékající cévy dítěte. Působení gravitace je v poloze v podřepu s oporou v zádech intenzivnější, minimalizuje se tak svalová námaha a spotřeba kyslíku a svalstvo hráze se uvolní. Stejně jako

Leboyer, i Odent je zastáncem porodu při tlumených světlech, hudbě, ve vlažné vodě pro relaxaci. Voda podle něj uvolňuje, připomíná stav beztlíže a teplota vody snižuje uvolňování adrenalinu a uvolňuje svalstvo, může tak dojít k celkovému psychickému uvolnění a urychlení dilatace hrdla matky. Na porodním sále by dle něj mělo být teplo a kontakt matky a dítěte hned po porodu by měl být co nejdelší, zvyšuje to pak pravděpodobnost snadnějšího počátku kojení. Odent (1995) zavádí pojem tzv. „*salle sauvage*“ (*primitivní divošský pokoj*), což je označení pro intimní, domácí pokoj, který je vhodným místem jak pro porod, tak i milování. Podle Odenta (1995) jsou první doba porodní, samotný porod i počátek kojení součástí sexuálního života. Žena by se při porodu měla co nejvíce oddat svému prožitku a zapomenout na všechny kulturní vzorce a role, které zastává. Tím se vymezuje oproti Lamazovi, který zastává názor, že by žena měla cvičit kontrolu dechu, myšlenek i vyjadřování emocí. Uvolňování emocí může pomoci například zpěv, kdy žena procvičuje bránici, učí se soustředit na výdech, což pak pomáhá při uvolnění během porodu, žena se cítí uvolněněji, méně se soustředí sama na sebe a lépe se celému okamžiku poddává (Odent, 1995).

### **1.1.3 Současná situace v českém porodnictví**

Hašková (2000) popisuje výsledky výzkumu českého porodnictví, který byl proveden ve spolupráci se střediskem empirických výzkumů STEM a pod záštitou Nadace Open Society Fund Praha (OSF) – programu Zdravé rodičovství. Výzkum zahrnoval 810 standardizovaných rozhovorů s bezdětnými těhotnými ženami, 818 standardizovaných rozhovorů s matkami s alespoň jedním dítětem mladším než 1,5 roku a 234 standardizovaných rozhovorů s lékaři-porodníky. Výzkum vedl ke zjištění, že nejsou výrazné rozdíly mezi porodnicemi, pokud jde o preferované metody vedení porodu nebo přípravy na porod, také z hlediska vybavení pokojů na porodním oddělení i oddělení šestinedělí nebyly shledány rozdíly. Mezi dobře zavedené metody patří například porodní balón nebo teplá voda k tlumení bolesti, naopak celkem nedůvěřivě se rodičky staví k porodům do vody. Byly shledány významné rozdíly v postojích k různým způsobům vedení porodu. Jinou polohu, než tu klasickou volí spíše těhotné ženy, které jsou vzdělanější. Tyto ženy také odmítají holení a klystýr. Porodníci se v názorech na preferovaný způsob porodu rozcházejí. Také Hrešanová (2011) na základě své kvalitativní studie porodní péče a zkušeností českých žen poukazuje na fakt, že nejpalčivějším problémem, který ženy hodnotí po porodní zkušenosti, bylo právě oddělení matky od dítěte, dále nedostatek informací o poskytované zdravotní péči, nespokojenost se způsobem komunikace zdravotníků a nedostatečná podpora při kojení. Další negativní pocity žen pramenily také z nespokojenosti se způsobem, jakým jim byla porodní péče poskytnuta – byl zde patrný rozpor v očekáváních rodiček a ve skutečně obdržené péči. Porod je významnou

událostí v životě ženy, která je v tomto období obzvláště zranitelná a potřebuje tomu odpovídající psychosociální podporu. Nedostatečné fungování systému porodní péče může mít negativní vliv na zdraví ženy, dětí i rodinný život obecně. Takács, Seidlerová, Horáková Hoskovcová et al. (2012) provedly výzkum současné situace v českém porodnictví, kdy vycházely z toho, že za posledních roků došlo k určitým proměnám týkajících se mimo jiného i možnosti raného kontaktu bezprostředně po porodu na porodním sále, dále podpora kontaktu matky a dítěte na oddělení šestinedělí, podpora kojení apod. Je také snahou personálu změnit předrevoluční chování k rodičce a přistupovat k ní s větším respektem, dát jí více odpovědnosti v rozhodování za svůj porod a stát se tak aktivním účastníkem porodu. Nicméně stále se lze setkat se stížnostmi žen, že na jejich potřeby a přání nebyl brán zřetel, neměly dostatek informací, nemohly rozhodovat o porodu, také si stěžují, že jim nebyl umožněn raný kontakt s dítětem bezprostředně po porodu a nebyly spokojeny ani s praktikami na oddělení šestinedělí. Tento výzkum se tedy snažil prozkoumat faktory, které ovlivňují spokojenost žen s péčí v českých porodnicích. Výsledky tohoto celorepublikového výzkumu, kterého se zúčastnilo 1195 žen, ukazují, že české porodnictví sice vykazuje vysokou kvalitu poskytovaných služeb, pokud jde o mateřskou a novorozeneckou morbiditu a mortalitu, avšak stále jsou patrné určité nedostatky. Mezi nejčastěji zmiňované patřil především pocit nedostatku poskytovaných informací a nerespektování přání žen pokud šlo o způsob vedení jejich porodu. Ženy také často necítily dostatek psychické podpory a to jak v průběhu porodu, tak i v období po něm. Tato nespokojenost vycházela z pocitu žen, že přístup některých zdravotních pracovníků byl příliš neosobní a nadřazený přístup. Pro dobrý psychický stav rodičky je vnímané příznivé psychosociální klima porodnice velmi důležité a může ovlivnit průběh porodu i úspěšné zahájení kojení. Psychosociální faktory jsou rozhodující pro vnímání spokojenosti rodiček s porodem a s porodnicí obecně. Lékaři by měli být vybaveni také psychologickými kompetencemi, zejména pokud jde o komunikační dovednosti a prevenci a terapii syndromu vyhoření (Takács & Kodyšová, 2011). Takács (2012) se ve své další práci věnovala také psychosociálním potřebám novorozence. Význam porodu pro dítě se týká především výskytu raného kontaktu s matkou a kojení, dále existují specifické potřeby nedonošených dětí a dětí narozených se zdravotními komplikacemi. Výsledky ukázaly, že uspokojování psychosociálních potřeb novorozence má pozitivní vliv na jeho další psychický vývoj i fyzické zdraví. Podle Takács (2012) by měl být kladen větší důraz na podporu časného kontaktu matky a dítěte a podporu kojení a to také v případech narození nedonošených dětí nebo při porodech císařským řezem. Při porodu by měly být zohledněny potřeby jak rodičky, tak i novorozence. Takács (2012) současnou situaci shrnuje slovy, že

ačkoli je zdravotní péče v porodnicích na vysoké úrovni a také psychologická péče se za poslední roky zlepšuje, což souvisí zejména s umožněním přítomnosti otce u porodu, současným pobytem matky a dítěte na témže pokoji, umožněním návštěv v porodnici nebo s podporou kojení, která je iniciována zejména BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative)<sup>3</sup>. Přesto se však české porodnictví stále potýká s nedostatky vycházejícími zejména z nedostatku empatie a psychické podpory personálu v porodnicích, z neuspokojivého přístupu k rodičce a neumožnění plného rozhodování, z rutinního a necitlivého fyzického zacházení s rodičkou i dítětem, z nedostatečné komunikace a sdělování informací, z neumožnění časného kontaktu po porodu mezi matkou a dítětem, z nedostatečné podpory kojení zejména v případech komplikací vzniklých s kojením, z opožděného kontaktu s dítětem a opožděného začátku kojení u žen rodících císařským řezem, z nedostatečných informací týkajících se fungování porodnice a v neposlední řadě z upřednostňování organizační jednoduchosti práce personálu na úkor uspokojování potřeb rodiček nebo novorozenců. Separace matky a dítěte bezprostředně po porodu se jeví jako nejzávažnější nedostatek současného českého porodnictví. Matka může mít subjektivně pocit, že tato separace může negativně ovlivnit ranou interakci mezi ní a dítětem, dále zkomplikovat zahájení kojení nebo způsobit negativní nastavení matky a tím citové strádání novorozence. Tato separace v budoucnu může přimět některé ženy k volbě domácího porodu, které jsou považovány za vysoce rizikové. I v případě raného kontaktu po porodu je třeba zohlednit přání a potřeby rodičky, ne každá žena má o tento kontakt zájem. Z uvedených nedostatků plynou doporučení týkající se zejména kladení důrazu na psychologické potřeby rodiček a novorozenců, vstřícnosti organizačních pravidel porodnice (především individuální přístup k rodičce), zvláštní podpory žen, které rodily císařským řezem nebo porodily nedonošené dítě a nakonec také sjednocených rad ohledně kojení. Je doporučeno provádět průběžné evaluace péče, zajistit supervize pro pomáhající personál a posilovat jejich psychologické kompetence.

## **1.2. Po porodu**

Po porodu nastává u ženy období šestinedělí, které je charakteristické tím, že se žena postupně začíná vracet z hlediska hormonálního i fyzického do stavu před těhotenstvím. Je to poměrně rizikové období pro vypuknutí některých psychických poruch, jelikož pro toto období mohou být poměrně charakteristické a také zcela normální neurotické projevy nebo příznaky depresivity. Duševní poruchy a poruchy chování spojené se šestinedělím tvoří jednu

---

<sup>3</sup> BFHI: Iniciativa zavedena WHO a UNICEF v roce 1991. Globálním cílem iniciativy je implementovat praktiky na ochranu, propagaci a podporu kojení (World Health Organization (WHO) & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2009).

kategorii v klasifikaci duševních poruch MKN-10 (Havlíková, 2008). Do této kategorie patří pouze duševní poruchy v souvislosti s šestineděním, tedy vzniklé do 6 týdnů po porodu a nelze je zařadit do jiných poruch. Duševní poruchy a poruchy chování spojené se šestineděním se dělí na „*Lehké duševní poruchy a poruchy chování v souvislosti s puerperiem, nezařazené jinde*“, kam patří postnatální deprese nespecifikovaná a poporodní deprese nespecifikovaná, dále na „*Těžké poruchy duševní a poruchy chování v souvislosti s puerperiem, nezařazené jinde*“, kam patří puerperální psychóza nespecifikovaná, „*Jiné duševní poruchy a poruchy chování v souvislosti s puerperiem, nezařazené jinde*“ a nakonec „*Puerperální duševní poruchy nespecifikované*“ (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009., 2008). Lehká poporodní deprese byla dříve nazývána také tzv. „poporodní blues“ a vyskytuje se pouze krátkodobě, přibližně 3-5 dnů po porodu. Mezi nejčastější projevy patří pláč, který je však často bez nějaké zjevné příčiny, pocity smutku, pocity beznaděje, snížené sebevědomí, pocity méněcennosti, pochybnosti o nové roli coby roli matky, na to mohou navázat problémy se spánkem nebo s koncentrací pozornosti, mnohdy doprovázené i somatickými potížemi, jako jsou bolesti hlavy nebo únava. Kromě lehké poporodní deprese, která se vyskytuje u poměrně velkého množství žen, zhruba v 60 - 70%, se může objevit i poporodní deprese s neurotickými stavy, která už může trvat delší dobu, asi 2 týdny až 1 měsíc. Symptomy jsou podobné a nastávají zejména po příchodu ženy domů. Žena se v tu chvíli musí vyrovnávat s nastalou změnou v domácnosti, která je často spojena se spánkovou deprivací. V tomto období nejvíce pomáhá kvalitní rodinné zázemí, zejména podpora manžela. Šestinedělí je tak rizikové období pro vznik nebo zhoršení také psychotických onemocnění. Může se objevit poporodní psychóza, jinak nazývaná také tzv. „laktační psychózou“, která přichází obvykle v prvním poporodním týdnu. Mezi symptomy poporodní psychózy patří poruchy pozornosti, zmatenost, poruchy chování, bludy a halucinace a během několika dnů se objeví symptomy deprese. Ženy často pociťují ambivalentní vztah ke svému dítěti a není výjimkou, když dojde až k poranění nebo usmrcení dítěte. V těchto případech je nutná spolupráce gynekologa s klinickým psychologem, případně psychiatrem (Havlíková, 2008). Sobotková & Štembera (2003) provedli výzkum, který se zabýval problematikou poporodního období z psychologického hlediska a provedli retrospektivní analýzu let 1980 - 2000 v České republice a dospěli tak k doporučením, že je třeba provádět včasný záchyt žen, které vykazují tzv. poporodní či postnatální depresi a dát jim adekvátní psychosociální podporu, jelikož tyto poruchy mohou mít nepříznivý vliv na vytvářející se vztah mezi matkou a dítětem.

Mrowetz, Chrastilová & Antalová (2011) vnímají porod sice jako „*pozitivní vývojový úkol bio-psycho-sociálního a sexuálního zrání jedince, rodiny a společnosti*“, který je spojen s existenciálním prožitkem matky. Existenciální krizi matky, která vychází z přeměny těhotné ženy v matku, z celé poporodní situace, rozvoje pečovatelských dovedností, může být překonána procesem vytvoření rané vazby a následného attachmentu s jejím dítětem, což bude v práci popsáno později. Mrowetz (2013) také poukazuje na to, že kromě tohoto vnímání lze porodní situaci chápat i jako traumatickou událost a u svých klientek nabízí dané problémy diagnostikovat pomocí charakteristických rysů posttraumatické stresové poruchy MKN-10. Identifikuje u svých klientek časté symptomy deprese, žalu, zpřetrhání citových vazeb (separace od dítěte vlivem rutinních vyšetřování novorozence, operativního porodu, porodu předčasně narozeného dítěte), viny (rodičky hledají vinu v sobě, že špatně rodily, špatně se starají, necítí se kompetentní, neschopné kojení, špatné matky), nereálných očekávání, narušeného spánku, strachu, neschopnosti adekvátní důvěry (jak partnerovi, dítěti, sobě, rodině, zdravotnickému personálu). Posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP) po porodu charakterizuje na základě katastrofického zážitku žen spojeným se ztrátou kontroly nad porodem, například v důsledku medikace, epidurální anestezie, nebo vyvolávání porodu syntetickým oxytocinem. Dále se ztrátou kontroly nad narozeným dítětem, která může být způsobena separací matky od dítěte, úmrtím dítěte, záměnou dítěte, také ztrátou kontroly nad nenarozeným dítětem, epiziotomií (chirurgické nastřížení hráze - perinea - při porodu), Kristellerovou expresí (metoda je popisovaná jako non lege artis – skákání, válení, naléhání apod. zdravotníků na břicho ženy), se zamezováním pohybu ženy při porodu, s nepříjemným fyzickým kontaktem se zdravotnickým personálem (negativní smyslové vjemy), s poraněním dítěte při porodu, s komunikací s personálem (agresivní, pasivně-agresivní jednání, manipulace, nejasné informace), s absencí laktace, s nešetným a zraňujícím prvním kontaktem s dítětem (zejména při potížích s počátkem kojení) a nakonec se ztrátou podpory doprovázející osoby. Podle autorky má na tomto prožitku katastrofy podíl institucionalizace porodu, která sice přinesla především minimalizaci novorozenecké a mateřské úmrtnosti, ale také určitá negativa spojená zejména s nezohledňováním psychologické stránky porodu (Mrowetz, 2013).

### **1.2.1 Raný kontakt a vytváření citové vazby**

V tomto důležitém období je raný kontakt mezi matkou a dítětem bezprostředně po porodu pro oba možnou cestou jak navázat vztah, naladit se na sebe, jak usnadnit matce přijmout tuto poměrně zásadní změnu v jejím životě, kterou je změna její role na roli matky, jak jí usnadnit

přijmout nového člověka, který se právě narodil za její dítě a pokusit se tak co nejlépe předejít případně překonat zmíněné negativní pocity a psychické obtíže.

### **Citová vazba**

Harlow (1958) nesouhlasil s myšlenkou, že raný vztah mezi matkou a dítětem je založen pouze na potřebě dítěte uspokojit základní potřeby jako je hlad, žízeň a vyvarování se bolesti, ale také na potřebě intimního fyzického kontaktu, který je spojen právě s matkou. Provedl známý pokus s opicemi-makaky. Separoval asi 60 opiček od matky a krmil je z lahve. Tyto opičky byly zdravější a silnější, než opičky vyrůstající s matkou. V průběhu studie pak zjistil, že opičky vyrůstající bez matky v laboratoři vykazovaly silnou náklonnost k látkové podložce, která se nacházela v jejich klecích. Zjistil také, že opičky vyrůstající na holé podlaze, přežívaly s velkými obtížemi. Tím došel k myšlence, že příjemný kontakt může být velmi důležitou proměnou ve vývoji citové vazby dítěte k matce. Provedl pak další pokus, kdy vytvořil umělou, náhradní matku z látky, která byla měkká, teplá, jemná, s nekonečnou trpělivostí, dostupná 24 hodin denně, která mláděti nikdy nenadávala a nikdy ho neudeřila. Oproti tomu vytvořil jinou matku, drátěnou, více podobnou stroji. Tyto matky byly položeny vedle sebe. Pro čtyři novorozené opičky látková opice produkovala mléko, drátěná nikoliv. Pro jiné čtyři novorozené opičky to bylo obráceně. Výsledky ukázaly, že příjemný kontakt je rozhodující proměnou ve vývoji citové vazby, zatímco krmení je proměnou zanedbatelnou. Opičky v pozdějším věku vykazovaly snižující se reakci na krmící drátěné matky a rostoucí reakci na nekrmicí látkové matky, což podporuje Harlowovu myšlenku o větší potřebě příjemného kontaktu pro dítě, než potřebě ukojit hlad. Funkce opravdové matky, ať už lidské nebo nelidské, je především poskytnout pocit bezpečí a tato reakce v období distresu nebo nebezpečí může být měřítkem vytvořeného citového pouta (Harlow, 1958). Průkopníkem zkoumáním citové vazby byl anglický psychoanalytik John Bowlby. Bowlby (2010) vycházel z popisu vazebného chování mezi zvířaty, od makaka rhesuse až po člověka.

V návaznosti na toto zjištění se vazebné chování u člověka popisuje na základě tzv. „*teorie sekundárního pudu*“, která tvrdí, že „*jedinec pobývá rád s příslušníky vlastního rodu proto, že jej krmí*“ (Bowlby, 2010, s. 187). Lorenzovy pokusy o imprintingu „*teorii sekundárního pudu*“ poměrně zpochybňují. Lorenz (1935) rozdělil vejce hus do dvou skupin – jedna skupina se vylíhla normálně a po vylíhnutí následovala svoji matku; druhá skupina housat po vylíhnutí jako první uviděla Lorenze a od té doby všude následovala jeho. Lorenz to uzavírá tím, že si housata po vylíhnutí vytvoří obraz objektu, který budou následovat. „*Jeho*“ housata ani po čase nerozpoznala svoji skutečnou matku. Lorenzova teorie imprintingu ukazuje, že

u housat lze identifikovat vazebné chování, aniž by matky svá mláďata krmily. Také Bowlby (2010) tuto teorii vyvrací na základě Harlowových pokusů s makaky, kdy osobní příjemný kontakt mezi matkou a dítětem je významným faktorem při vytváření vazby a krmení zde nehraje tak důležitou roli. Ve vazebném chování mezi matkou a dítětem lze pozorovat odlišnosti v interakci dítěte směrem k matce a matky směrem k dítěti, které se navzájem ovlivňují, v jejich vztahu existuje dynamická rovnováha a vzdálenost mezi nimi je udržována v určitých mezích na základě následujících čtyř typů chování, které určují interakci (Bowlby, 2010, s. 208):

- a) vazebné chování dítěte
- b) chování dítěte protikladné k citové vazbě, zejména prozkoumávání a hra
- c) pečující chování matky
- d) chování matky protikladné k rodičovské péči

Na vytvoření citové vazby se tedy podílí jak matka, tak dítě svým přibližujícím i oddalujícím typem chování.

Bowlby (2010) popisuje čtyři fáze ve vývoji citové vazby. *První fáze: Orientace a signály s omezeným rozpoznáváním postavy* trvá od narození do asi 8 až 12 týdnů věku dítěte a dítě rozlišuje lidi především pomocí čichových a sluchových vjemů. Reaguje přátelsky na postavy, jejichž hlas či obraz již rozpozná. *Druhá fáze: Orientace a signály zaměřené k jedné rozeznávané postavě (nebo k několika)* začíná po přibližně 12 ti týdnech a trvá asi do 6 měsíců věku dítěte. V této fázi je přátelské chování výraznější k matce, než k ostatním postavám. *Třetí fáze: Udržování blízkosti k rozeznávané postavě prostřednictvím lokomoce a signálů* začíná okolo 6. a 7. měsíce (u dětí vyrůstajících v rodinách, u dětí vyrůstajících mimo rodinu mohou být všechny fáze opožděné) a trvá až do 3. roku věku dítěte. V této fázi se ještě více objevuje diference chování k lidem a také reakce na různé osoby mohou být různé. Více také mizí přátelské chování k cizím osobám, dítě se stává opatrnější. „V průběhu této fáze se některé ze systémů, jež zprostředkovávají chování dítěte k matce, začínají organizovat jako korigované k cíli. A tehdy je citová vazba k mateřské postavě jasně viditelná“ (Bowlby, 2010, s. 233). *Čtvrtá fáze: Utváření partnerství korigovaného k cíli* začíná přibližně ve 3. roce a dítě je již schopné udržet si blízkost k vazebné postavě právě prostřednictvím organizovaných systémů korigovaných k cíli. Dítě pak postupně začne být schopno chápat pocity a motivy svojí matky a tím se mezi nimi začne budovat složitější vzájemný vztah nazývaný partnerství. Dítě je k matce připoutáno ve všech těchto fázích vývoje citové vazby.

Bowlby (2010) se ve mnoha svých výzkumech zabýval také tím, jak děti reagují na dočasnou ztrátu matky. Na jejich základě podporuje názor, že pro zdravý duševní vývoj dítěte je nezbytné, aby mělo dítě zkušenost intimního, pevného, jistého pouta se svojí pečující osobou. Zabýval se také dopodrobna nepříznivými důsledky toho, když dojde k tzv. „*materšské deprivaci*“, ale nevěnoval se zpočátku tolik tomu, jak tyto nepříznivé důsledky vzniknou. Začal tedy více sledovat pozorování svého kolegy Jamese Robertsona a společně s ním začal v roce 1948 řešit otázku „*jaké důsledky má na rozvoj osobnosti odloučení od matky v raném dětství*“ (Bowlby, 2010, s. 10). Robertson sledoval skupinu dětí ve věku 2 - 3 roky v době před tím, než strávily nějaký čas mimo svůj domov, během tohoto období a také po něm. Děti byly v období mimo domov umístěné buď v nemocnici, nebo v dětském stacionáři, byly tedy separované od matky a měly kontakt pouze s ošetřujícím personálem, který se však střídal. Výsledky ukázaly významné strádání dětí v době mimo domov, ale také vysoký rozsah a délku rozrušení i poté, co se děti vrátily zpět domů. Našli se sice někteří odpůrci tohoto zjištění, avšak Bowlby zůstal zastáncem a společně s Robertsonem se pustili do nových výzkumů a došli k názoru, že ztráta mateřské postavy může vést i k psychopatologickým procesům po návratu - buď intenzivní upnutí na matku, nebo naopak její odmítání. Bowlby tato zjištění dává do souvislosti s výskytem pozdější psychopatologie osobnosti (závislé, hysterické, nebo psychopatické osobnosti), což je podle něj důsledek obranného mechanismu osobnosti, který pomůže překonat zážitek z odloučení (Bowlby, 2010).

### *Výzkumy bondingu*

Specifickým typem citové vazby je *bonding*. Pojem *bonding* znamená v překladu „*lepení*“, což v případě vytváření vztahu mezi matkou a dítětem může znamenat jak biologické, imunologické, tak i psychologické procesy, díky kterým se k sobě matka i dítě vzájemně „*přilepí*“, což jim hned z počátku umožní snáze překonat těžkosti porodu, adaptovat se a začít budovat láskyplný vztah (Mrowetz, 2012). Proces *bondingu* podporuje vznik citové vazby. Pojem *bonding* se týká emocionální investice rodičů do jejich dětí. Je to proces, který se vytváří a narůstá. Pojem *bonding* neobsahuje pouze potřebu rodičů starat se o dítě, ve smyslu naplňovat jeho základní fyzické životní potřeby, nicméně je to pocit sounáležitosti s dítětem, schopnost vnímat a odpovídat na jeho potřeby, ale nejen fyzické, ale i emocionální. Dítě je silně ovlivněno touto emocionální investicí (Klaus, Kennell & Klaus, 1995). Klaus, Kennell & Klaus (2004, s. 123): „*Cesta k vytvoření bezpečné citové vazby začíná v životě dítěte velmi brzy a zahrnuje raný bonding mezi rodiči a novorozencem. Bonding označuje plné citové zapojení rodičů do vztahu s dítětem. Je to proces, který se vyvíjí a sílí spolu s každým*

*opakovaným i novým smysluplným a příjemným zážitkem.*“ Tato vazba je dle autorů silnější než pouhý zájem o kojení a starání se o každodenní naplňování potřeb dítěte, při této vazbě je patrný zájem o blaho dítěte, matka je schopná vcítit se do něj a zachytit jak fyzické potřeby, tak i psychické a následně je schopná je vhodným způsobem uspokojit. Podle autorů může například podpora doly značně podpořit vytvoření tohoto pouta. Kromě toho má podobný vliv také kojení, nepřetržitá podpora během porodu, nošení dítěte do 1 roku na těle, společný sdílený spánek a v neposlední řadě také tzv. „*rooming-in*“<sup>4</sup> (Klaus, Kennell & Klaus, 2004).

Není dán jednoznačný názor o pozitivních účincích časného raného kontaktu po porodu. Někteří autoři doporučují být po porodu trvale spolu, podle některých stačí být spolu jen přes den, někteří mluví jen o několika hodinách a někteří nevidí problém v úplném odloučení (Matějček & Langmeier, 1986). Klaus & Kennell (1976) provedli výzkum s matkami, které byly se svým dítětem celou jednu hodinu bezprostředně po porodu a poté jim bylo dítě přinášeno vždy na 5 hodin po dobu 3 dnů. Tato skupina matek byla srovnávána s kontrolní skupinou matek, kterým se dítě po porodu pouze ukázalo, pak jim bylo přinášeno vždy po 4 hodinách na kojení na 20-30 minut. První pozorování obou skupin bylo provedeno po 30 dnech a ukázalo se, že u první skupiny matek s dětmi byl patrný silnější příklon matek k dítěti. Další pozorování bylo provedeno za rok a stále byly patrné velké rozdíly mezi oběma skupinami. Ve 2 letech děti s časným kontaktem vykazovaly lepší výsledky v testech řeči, v 5 letech vyšší IQ a vyšší skóre v řečových zkouškách. Ve 30. a 40. letech byly děti od matek separovány po porodu, jelikož byly obvykle ospalé po tisících lécích, tato praxe pokračovala až do 80. let a matky věřily, že takto je to normální, nicméně cítily se osamělé, dítě jim chybělo a cítily se vystrašené a zmatené. Vědci se pak začali soustředit na příležitost dopřát matkám možnost zažít blízký kontakt s dítětem v prvních minutách, hodinách a dnech po porodu a zjistit pak vliv na kvalitu vztahu a interakce mezi nimi po čase. Když tyto studie začaly, nebyl ještě žádný *rooming-in* a matky své děti viděly až několik hodin po porodu. Tato pozorování ukázala signifikantně větší mateřské chování v prvních dnech i týdnech, když měly matky možnost zažít raný a rozšířený kontakt se svým dítětem. Tyto matky také kojily své dítě lépe, byly také více a láskyplněji responzivní na pláč svého dítěte. Největší rozdíly byly prokázány právě, pokud šlo o kojení. Matky s raným kontaktem začaly kojit dříve, byly úspěšnější a kojily delší dobu. Studie tak dokazují existenci senzitivní periody, která je významná pro navázání pouta mezi matkou a dítětem - *bonding*. Na druhou stranu zde působí spousta dalších faktorů a vytvoření pouta nelze zajistit pouze působením raného

---

<sup>4</sup> systémové řešení v porodnici, kdy dítě zůstává s matkou na pokoji od porodu po celou dobu jejího pobytu v porodnici

kontaktu (Klaus, Kennell & Klaus, 1995). „*Nicméně pokud umožníme rodičům být společně v soukromí s jejich dítětem první hodinu a dále celý pobyt v nemocnici, s dodatečnou podporující péčí, vytvoříme prostředí nejvíce navozující proces bondingu*“ (Klaus, Kennell & Klaus, 1995, s. 73.).

Mrowetz (2011) provedla výzkum o motivech k plánovanému porodu mimo zdravotnické zařízení, kterého se zúčastnilo 1341 matek rodících jak v porodnici, tak i mimo zdravotnické zařízení. Výzkum sledoval podporu *bondingu* a rozdíly této podpory v České republice, na Slovensku a v ostatních zemích. Mezi výsledky výzkumu patří fakt, že je to právě nízká podpora *bondingu*, která vede některé matky k volbě porodu mimo zdravotnické zařízení. Některé rodičky vnímají separaci od dítěte jako prožitek traumatu. Při porovnání podpory *bondingu* mezi zeměmi se ukázalo, že v ostatních zemích podpora narůstá, nikoliv však v České republice nebo na Slovensku. Dalším silným motivem pro porod mimo zdravotnické zařízení je také zajištění individuálního režimu pro novorozence. Mrowetz (2011) navrhuje humanizovat porodnictví tak, aby byla podpora *bondingu* matkám zajištěna a přijímána jako běžná forma péče o matku a dítě. Mrowetz & Peremská (2013) zastávají názor, že „*Nepřetržitý kontakt matky s dítětem bezprostředně po porodu má zásadní význam pro celou nově vzniklou rodinu a vede ke zdravím reakcím. V časně poporodní době (tzv. 3. a 4. doba porodní) dochází k jedinečným a neopakovatelným hormonálním změnám, které za předpokladu trvajících kontaktu, zakládají psychickou a zdravotní stabilitu.*“

#### *Výzkumy skin-to skin-kontaktu*

Jak je zmíněno výše, k vytvoření specifické vazby mezi matkou a dítětem „*bonding*“ může pozitivně přispět kontakt mezi nimi bezprostředně po porodu, nejlépe přímo kůže na kůži. Mrowetz & Peremská (2013) uvádějí, že *skin-to-skin kontakt* usnadňuje vznik mateřského chování ze strany matky k dítěti, matka se poté lépe adaptuje na nově vzniklou situaci a přijme svoji novou roli matky. Ze strany dítěte tento kontakt podporuje schopnost přisátí k prsu, čímž se u matky snadněji a rychleji nastartuje laktace a kojení pak probíhá bez větších komplikací. „*Podpora raného kontaktu matky (resp. otce či blízké osoby v případě, že se matka nachází v život ohrožující situaci) s dítětem je tedy základem kvalitní porodní péče*“. Whitelaw, Heisterkamp, Sleath et al. (1988) se ve svém výzkumu zaměřili na novorozence s nízkou porodní váhou, konkrétně nižší než 1500 g. 35 matek bylo pobízeno při každé návštěvě dítěte ke *skin-to-skin kontaktu*, 36 matek drželo dítě bez *skin-to-skin kontaktu*. Výsledky studie prokázaly, že matky, které zažily *skin-to-skin kontakt*, kojily své děti v průměru o 4 týdny déle, než matky bez tohoto kontaktu. 6 měsíční děti, které zažily *skin-to-*

*skin kontakt* zase plakaly významně méně než děti bez tohoto kontaktu. Výsledky tedy podporují myšlenku, že i u dětí s nízkou porodní váhou může být *skin-to-skin kontakt* facilitujícím faktorem. Anisfeld, Casper, Nozyce et al. (1990) prokázaly, že vliv fyzického kontaktu (*soft baby carriers – děti nošené v šátku*) oproti používání sedaček, měl nejprve ve 3 a půl měsících dítěte vliv na to, že matky více odpovídaly na hlasové projevy svých dětí a následně ve 13 měsících věku dítěte vykazovaly vyšší výskyt bezpečného attachmentu mezi dítětem a rodiči na základě assessmentu Ainsworthové *Strange Situation*, který bude v práci popsán později. *Skin-to-skin kontakt* lze praktikovat i po narození jako tzv. „klokání péče“. *Skin-to-skin kontakt* je pro dítě to nejlepší na adaptaci mimo tělo matky. Udržuje tak dítě ve správné teplotě a umožňují dítěti čelit normálním bakteriím na těle matky a tím se vyvarovat onemocnění díky škodlivým bakteriím (World Health Organization (WHO), 1998). Mezi další výhody patří méně častý pláč, teplota, snadnější dýchání, vyšší hladina cukru v krvi a přirozený vývoj kojení. Grossmann & Grossmann (1980) dle: Matějček & Langmeier (1986) provedli výzkum dvou skupin matek. První skupina matek zažila intenzivní kontakt s dítětem po porodu po dobu 20 - 40 minut, naopak druhá skupina matek viděla děti jen na chvíli. Zprvu byly rozdíly v chování matek mezi oběma skupinami nápadné, ale během 7-9 dnů se chování vyrovnalo. A dále se ukázalo, že efekt časného kontaktu se projevil pouze u těch matek, které své těhotenství plánovaly a na dítě se těšily. Matějček & Langmeier (1986 s. 170) shrnují tyto závěry slovy: „*Jakýkoli kontakt matky s dítětem co nejdříve po porodu silně usnadňuje vytvoření zcela zvláštního vztahu intimacy jako základny pro další vývoj citové vazby. Nedostatek časného kontaktu však nezabraňuje vytvoření onoho specifického těsného vztahu intimacy, i když snad pro ně připravuje delší cestu. Nelze také říci, že by časný kontakt překonal předchozí postoje, pokud byly vůči dítěti nepříznivé. Je-li dítě radostně očekáváno, pak matka využívá plně časného kontaktu, a to i po nepříjemném těhotenství a po porodu třeba velmi těžkém a bolestivém.*“

Feldman, Eidelman, Sirota et al. (2002) provedli studii na 146 izraelských dětech. Jedné polovině byla poskytnuta rutinní péče bez *skin-to-skin kontaktu* a druhé polovině byla poskytnuta *skin-to-skin péče*. *Skin-to-skin kontakt* byl poskytnut po dobu 2 týdnů 1 hodinu denně. Matky se *skin-to-skin kontaktem* vykazovaly více pozitivních pocitů vůči dítěti a lepší pocit rodičovské role. Fyzické připoutání může snížit mateřskou depresi a rozšířit znalosti o kojenci, může pomoci matce lépe číst a rozumět jeho signálům. *Skin-to-skin kontakt* má na dítě zklidňující účinky. Kojenci strávili více času v klidném spánku, srdeční frekvence je nižší a stabilnější, apnoe byla méně častá nebo zmizela úplně, a tělesná teplota byla také stabilní.

Celkově lze říci, že stabilizace fyziologického systému kojence byla jedním z prvních přínosů *skin-to-skin péče*.

### *Kritické a citlivé období*

Možnost vykompenzování počátečního nedostatku kontaktu mezi matkou a dítětem ukázal také Schaffer (1963) dle Matějček & Langmeier (1986) ve svém výzkumu, ve kterém měl dvě skupiny dětí – děti vyrůstající v dětském domově (9 dětí) a děti, které byly dlouhodobě hospitalizované v nemocnici (11 dětí), ale matky je tam navštěvovaly. Výzkum se zabýval otázkou vytvoření specifického vztahu s matkou. Všech dvacet dětí bylo odloučeno po dobu 10 týdnů nebo více a vrátilo se domů ve věku mezi 30 a 52 týdnů, kdy už se dalo očekávat, že děti budou vykazovat vazebné chování k matce, nebo ne. Cílem výzkumu bylo zjistit, nakolik bude toto vazebné chování opožděné vlivem předchozího odloučení. Děti vyrůstající v dětském domově měly dostatek sociálních podnětů a interakcí ze strany personálu dětského domova, ale matka je nikdy nenavštívila, naopak v nemocnici děti občas matka navštěvovala, ale jinak jim chyběly jiné sociální podněty, měly málo stimulace. Výsledky výzkumu ukázaly, že děti z dětského domova si vytvořily specifický vztah s matkou už za 19 dní, ale děti z nemocnice až za 55 dní. Matějček & Langmeier, (1986, s. 45) to uzavírají slovy: *„Bohaté zásobení sociálními podněty v kritickém období, byť v prostředí mimo domov, zřejmě usnadnilo vytvoření pozdějšího příklonu k osobě matky.“* Matějček & Langmeier (1986, s. 56) komentují Harlowovy pokusy s makaky: *„U jedinců vychovávaných zcela bez matek, nebo i s náhradními matkami, ale bez možnosti kontaktu s druhými mláďaty ve věku, který bychom v lidském vývoji označili asi za dobu školní, dochází k vážným poruchám sexuálního chování, i když samotný sexuální vývoj z organického hlediska je zcela normální.“*... *„Pokud se to podařilo a narodila se jim mláďata, chovaly se k nim buď zcela bez zájmu, nebo je přímo hrubě odstrkovaly, odháněly, bily, a to tím více, čím zoufalejší snahu mláďata vyvíjela, aby se k matkám přiblížila.“* Matky byly označeny jako „*nemateřské*“ – jejich chování šlo sociálním učením zmírnit nebo upravit, avšak výzkum deklaruje význam tzv. školního věku pro utváření sexuální identity a z ní vyplývající utváření rodičovských postojů (Matějček & Langmeier, 1986). To naopak ukazuje, že některé chybějící nedostatky v určitém *kritickém období* života lze sice zmírnit, avšak nikdy ne zcela nahradit.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Kritické období: neschopnost ovlivnit daný stav mozku později, než v tomto období, zatímco v senzitivním období je vývoj umožněn i mimo toto období. V senzitivním období je však maximální šance na ovlivnění dalšího vývoje (Sheridon & Nelson, 2009).

Provedené výzkumy na téma raného kontaktu pozorovaly u žen pokusy o navázání kontaktu s dětmi. Ženy začínaly dotykem špiček prstů na končetině dítěte, poté přecházely k tření a objímání, přičemž u nich bylo evidováno stoupající emoční vzrušení. U žen byl také patrný větší zájem o vzájemný oční kontakt s dítětem (tento zájem byl více patrný u případů porodu doma). Při porodu doma matky také hned po narození nabízely prs, zvedaly dítě a mluvily na ně vysokým hlasem, což má biologický význam pro pečování o dítě (Klaus & Kennell, 1971; Klaus, Transe & Kennell, 1975). Hales, Lozoff, Sosa et al., (1977) zkoumali ve vztahu mezi matkou a dítětem období tzv. *kritické senzitivní periody*, kdy matka musí být vystavena podnětům ze strany dítěte v určité době po porodu, jinak vůči němu může zaujmout negativní nebo lhostejný postoj. Provedl experiment, ve kterém rozdělil matky do 3 skupin. První skupina matek dostala své dítě na prso nahé bezprostředně po porodu na 45 minut, druhá skupina matek zažila se svým dítětem také *skin-to-skin kontakt*, nýbrž až 12 hodin po porodu a třetí skupina matek viděla dítě po porodu jen letmo a po 12 hodinách ho dostala již zabalené. Výsledky ukázaly, že první skupina matek se s dětmi více mazlila, držela je blíže u sebe a více se snažila o oční kontakt s dítětem ve srovnání s oběma dalšími skupinami. Tato studie tak podporuje *teorii senzitivní periody* hned po porodu. Matějček & Langmeier (1986, str. 217): „*Kritický rozbor poznatků získaných četnými studiemi však nesvědčí pro to, že by u lidských matek existovaly tak obecné, neměnné, druhově specifické způsoby chování k novorozencům, ani že by bylo možno prokázat krátkou a určitou senzitivní periodu, která by byla podmíněna biologicky (hormonálně) a jejíž promeškání by znamenalo trvalé zhoršení možnosti navázat kladný vztah matky k dítěti.*“ Lamb (1983) ve své studii zjistil, že těsný kontakt matky s dítětem po porodu pomáhá lepší a citlivější péči v prvních dnech po porodu, nicméně podle něj neexistuje příliš důkazů, že by tento vliv raného kontaktu přetrvával i do pozdější doby.

Bystrova, Ivanova, Edhborg et al. (2009) provedly výzkum mezi skupinou matek se *skin-to-skin kontaktem*, časným počátkem kojení (v prvních 2 hodinách po porodu) nebo obojím v průběhu prvních 2 hodin po narození a skupinou matek, které byly od svých dětí po porodu separované. Výzkum raného kontaktu byl porovnán mezi skupinami se *skin-to-skin kontaktem*, dále děti zabalené do plen a nakonec děti oblečené do běžného oblečení, což se dále zkoumalo v kombinaci s nebo bez časného počátku kojení. Kontrolní skupinou byly nejdřív matky separované od dětí na porodním sále, které pak však zažily praxi *rooming-in* a dále druhá skupina matek, které byly separované od dětí i v průběhu pobytu v porodnici. Poté byl s matkami proveden „*Parent-Child Early Relational Assessment (PCERA)*“, který se skládal ze strukturovaného rozhovoru a volné hry. Sledovalo se 22 proměnných týkajících se

matky ve 3 následujících škálách: mateřské pozitivní a láskyplné přijetí a odpovědi, mateřské negativní reakce a chování a mateřská nekonsistence, úzkost, necitlivost. 20 proměnných ve 3 škálách se týkalo dítěte: pozitivní reakce, komunikace a sociální schopnosti, dysregulace a dráždivost a kvalita hry, zájem a schopnost pozornosti. Hlavním zjištěním této studie bylo, že kontakt mezi matkou a dítětem v průběhu prvních 2 hodin po porodu měl velký význam na citlivost matky, seberegulaci a podrážděnost kojence a na vzájemnost v dyádě matka-dítě v 1 roce věku dítěte. V případě, kdy byly matky separované od dětí, to šlo vykompenzovat časným kojením. Výsledky ukazují, že raný kontakt obecně (jak *skin-to-skin*, tak i děti zabalené do plen) má vliv na vzájemnost matky a dítěte 1 rok po porodu. Tyto děti byly také více schopné seberegulace a méně podrážděné. Při srovnání dětí časně kojených a nekojených, které měly *skin-to-skin kontakt* nebyly nalezeny rozdíly, ale u dětí zabalených do plen byly ty děti, které byly kojeny, lépe schopny seberegulace, byly méně podrážděné a dyadická vzájemnost byla také více optimální, než u dětí, které časně kojeny nebyly. *Skin-to-skin kontakt* má i dlouhodobý efekt a tím je schopnost seberegulace dítěte a menší negativita a podrážděnost i rok po porodu. Zabalování dětí omezuje nejen fyzický kontakt, ale i kontakt psychický, omezuje tak emocionální ranou interakci. Vytvoření raného pouta po porodu lze vysvětlit také na neurobiologické úrovni vlivem hormonu *oxytocinu*, který podporuje mateřské chování. Naopak epidurální anestezie je antagonistou *oxytocinu* a může způsobit potlačení mateřského chování a vytvoření rané vazby. Tato zjištění podporují nutnost přítomnosti tohoto kontaktu v období po porodu (=*citlivé období*), během kterého úzký kontakt mezi matkou a dítětem může vyvolat dlouhodobé pozitivní účinky na interakci mezi matkou a dítětem. Dále výzkum ukázal, že se v důsledku zabalování dítěte do plen snížila reakce matky na dítě, její schopnost pro pozitivní emocionální sblížení s dítětem a také vzájemnost a reciprocita v dyádě matka-dítě. Lze tedy říci, že *skin-to-skin kontakt* od 25 do 120 minut po porodu, včasné kojení, nebo obojí zároveň pozitivně ovlivňují interakci matky a dítěte 1 rok po narození, oproti separaci matky a dítěte.

Autoři formulovali na základě provedeného výzkumu určitá doporučení:

1. Novorozenci by neměli být odděleni od svých matek s výjimkou závažných zdravotních důvodů, ale měli by zažít skin-to-skin kontakt co nejdříve po narození. To jim pomůže lépe se vyrovnat se stresem po porodu a může se lépe vyvíjet jejich schopnost seberegulace. Takový kontakt má sám o sobě pozitivní účinky, bez ohledu na to, zda jsou děti kojeny hned po porodu, nebo ne.
2. V některých případech, kdy skin-to-skin nelze použít, je možno vykompenzovat ho alespoň časným kojením.
3. Matky a otcové by měli být poučeni, že tyto 2 hodiny po porodu jsou citlivým obdobím, kdy příroda poskytuje prostor pro matku a novorozence na vytvoření vzájemné vazby. Nicméně, není to jediný čas formování takového vztahu. Je třeba dbát na ochranu rodičů proti depresím a pocitu viny v případech, kdy časný kontakt není možný. Toto období je "citlivé, ale není kritické" Citlivá období mohou být kompenzována postnatálně s opakovanými epizodami fyzické blízkosti mezi matkou a dítětem. Například nošení dítěte v šátku po narození může tento vztah vytvořit.
4. Tradiční pleny<sup>6</sup> omezují dítěti pohyb, čímž brzdí neverbální vyjádření dítěte a matka se pak hůře učí, jak porozumět dítěti.

K výsledkům této studie se také vyjádřil Klaus ve svém komentáři (Klaus, 2009). Klaus srovnával daný výzkum se svým vlastním výzkumem, který provedl se svými kolegy 37 let před tím. Klaus a jeho kolegové prokázali existenci *citlivého období* na malém vzorku 28 chudých svobodných matek. Experimentální matky měly nahé dítě po dobu od 1 hodiny do 3 hodin po narození a také měly svoje dítě 5 hodin každý den po dobu 3 dnů. Kontrolní matky viděly své dítě jen krátce při narození a poté dítě kojily každé 4 hodiny po dobu 20 až 30 minut. Po 1 měsíci se ukázalo, že experimentální matky byly více uklidňující, více se s dětmi mazlily a držely s dětmi častější oční kontakt ve srovnání s kontrolní skupinou. „*Blahopřeji Bystrové a kolegům za zjištění definitivního důkazu o citlivém období.*“ (Klaus, 2009). Zabalování do plen po dobu 4 - 5 měsíců se hojně užívá v Rusku, Číně a zemích východního bloku. Ukazuje se, že děti jsou pak více podrážděné, má to jistý vliv i na strukturovanou hru, ale hlavně na volnou hru dítěte. Studie to vysvětluje oxytocinem který, když je vylučován uklidňuje, snižuje úzkost. Oxytocin je vylučován při kontaktu skin-to-skin z hypotalamu matky (Klaus, 2009).

---

<sup>6</sup> Tradičními plenami se rozumí pleny, kterými se zabalovalo celé dítě, které pak mělo značně omezený pohyb

Výzkumy důležitosti citového pouta vedly ke zkoumání raného kontaktu. Na význam raného kontaktu pak výrazně poukazoval Odent (1995, s. 85): „*První hodiny bezprostředně po porodu jsou velice důležité období jak pro novorozeně, tak pro matku. Jejich průběh může z části určit, jaký vztah budou mít děti ke svým matkám, což může následně ovlivnit také to, jak budou přistupovat k druhým lidem a ke světu kolem sebe.*“ Toto období dle Odenta ovlivňuje vytvoření osobnostní kapacity dítěte pro lásku a navazování citových vazeb v budoucnu. Odent (1995, s. 88): : „*Prodlužovaný kontakt kůže na kůži a obzvlášť kojení dítěte, spojené se silnými pozitivními city, které matka v tuto chvíli prožívá, u ní skutečně stimuluje vnitřní sekreci ženských hormonů.*“ Tyto hormony poté napomáhají vyloučení placenty po porodu dítěte. Také Odent, stejně jako Leboyer, upřednostňuje zachování pupeční šňůry mezi matkou a dítětem, dokud šňůra tepá. Naopak oproti Leboyerovi Odent doporučuje, aby matka byla aktivní a první koupel provedla ona, zatímco Leboyer dává tuto aktivitu do rukou lékaře. Dítě by se dle Odenta nemělo měřit, jelikož měření způsobuje vypjetí páteře. Další doporučený postup po vykoupání dítěte dle Odenta je předání oblečeného dítěte matce a dítě se poté pokouší sát. Sací reflex se u dítěte objevuje během hodiny. Odent (1995) zmiňuje objevení neurohormonů, které mají vliv na utváření vazby. Endorfíny stimulují pocity radosti a blaha, pomáhají matce od bolesti, objevují se při pocitech přátelství, lásky, sexu a obecně při prožívání láskyplných vztahů. Neurohormony, konkrétně oxytocin, vyvolávají pečovatelské chování a vytvářejí psychické stavy vzájemné závislosti. Hrají tak roli ve všech projevech náklonnosti a oddanosti. Jsou důležité jak při první době porodní kvůli již zmíněnému zmírnění bolesti, tak i po porodu, kdy přispívají právě k vytváření vzájemné závislosti mezi matkou a dítětem, a tím přispívají k procesu utváření vazby mezi nimi. V této souvislosti Odent (1995) kritizuje metodu císařského řezu a užívání tisíců léků, které právě soupeří s přirozenými hormony, mění přirozenou hormonální rovnováhu, působí na to, jak se matka po porodu cítí a tím i na dynamiku utváření psychické vazby mezi matkou a dítětem.

U dítěte po narození lze pozorovat 6 základních stavů: 2 stavy spánku – klidný spánek a aktivní spánek, 3 stavy bdělosti – klidná bdělost, aktivní bdělost a pláč a poslední stav je stav přechodný mezi spánkem a bděním. Prvním stavem po narození je přechod do klidné bdělosti, kdy se dokáže dotýkat matky, dívat se na ní i na otce, oči má otevřené a dokáže už imitovat matčiny pohyby a odpovídat na její hlas. Motorická aktivita je potlačena a dítě především pozoruje, poslouchá a odpovídá. Toto období je nejcennější pro matku i otce, když ho mohou strávit o samotě a pospolu (Klaus, Kennell & Klaus, 1995). Podle Klause, Kennella & Klause (1995) může být mateřský cit po porodu oddálen, jestliže porod byl příliš dlouhý, bolestivý nebo jestliže matky dostaly hojnou dávku léků proti bolesti. Mnoho matek a otců

vykazuje unikátní a silné pocity vůči svému dítěti v případě že měli možnost být s ním v klidu a o samotě bezprostředně po porodu. Odent (1995) uznává, že přesto, jak je raný kontakt mezi matkou a dítětem důležitý, neznamena to bezpodmínečně, že bez něj by se nemohl vytvořit kvalitní vztah mezi nimi a děti bez raného kontaktu by na tom byly v budoucnu hůře, než děti s raným kontaktem. Podle Odenta má kultura, prostředí a sociální podmínky mnohdy větší účinek a mohou kompenzovat, co se dříve zanedbalo. „*Ale proč neudělat začátek tak pozitivní, jak je to jen možné? Proč nezvýšit šance každého člověka?*“ (Odent, 1995, s. 103). Při raném kontaktu je také patrný větší zájem matek o oční kontakt se svým dítětem. Matky v tu chvíli cítí větší lásku ze strany dítěte a vnímají mezi sebou silnější pouto (Klaus, Kennell, Plumb et al., 1970). Klaus, Kennell & Klaus (1995) také řešili dilema, jak velký by měl být kladen důraz na důležitost raného kontaktu po porodu a i kontaktu během pobytu v nemocnici a došli k názoru, že i rodiče, kteří tento kontakt neměli, dokázali s dětmi navázat pouto. Někteří rodiče, kteří o tento kontakt přišli, měli pak zcela nesprávný pocit a strach, že už se jim nikdy nepodaří na dítě navázat. To vedlo někdy k tomu, že někteří skeptici začali tento kontakt podceňovat a vrátili se zpět k separačním technikám. Autoři se však domnívají, že raný i rozšířený kontakt má mnoho výhod a méně než jedna hodina bezprostředně po porodu není dostatečná. Tento kontakt pomůže oběma rodičům lépe se s dítětem seznámit. Pro některé matky může být tento zážitek důležitější, než kterýkoli jiný. Pokud však zdravotní komplikace stojí proti tomuto kontaktu, měly by být matky obeznámeny a podpořeny tím, že se mohou i tak kompletně napojit na své dítě, jen to bude pravděpodobně trvat více času, než se zážitkem raného kontaktu (Kennell & Klaus, 1995). Také Sobotková & Štembera (2003) ve svém výzkumu poporodního období došli k názoru, že na základě posunu v přístupu českého porodnictví ke kontaktu mezi matkou a dítětem zavedením praxe rooming, má rooming-in dle nich vliv na vytvoření pouta mezi nimi a potažmo i na kojení.

Klaus, Kennell & Klaus (1995) sestavili 10 doporučení, které by dle nich měly matky diskutovat se svými lékaři:

1. *První hodina:* Jakmile matka porodí placentu a dítě je osušené, měli by mít oba příležitost strávit společně aspoň 1 hodinu v soukromí.
2. *Soukromí:* Vše by se mělo odehrávat v soukromí.
3. *Rooming-in*
4. *Teplo:* Dítě by mělo být položeno nahé na nahé tělo matky, jelikož matka je schopná svým tělem zahřívát dítě a oba by měli být společně zakryti příkrývkou.
5. *Nechat dítě najít prso*

6. *Brzká odpovědnost*: Rodiče by měli mít od počátku odpovědnost za péči o dítě a se sestrami a personálem možnost vše konzultovat.
7. *Inkubátory a mírná léčba*: Pro děti, které se narodí menší, než jak to odpovídá jejich gestačnímu věku, by měla být možnost „doohřát se“ v inkubátoru. Děti s novorozeneckou žloutenkou by měly být lehce meditovány avšak na pokoji matky.
8. *Načasování rad*: Podávané instrukce a rady by měly být v souladu s individuálními potřebami matky.
9. *Nové skupiny matek*: Informace a diskuse by se měly odehrávat v menších skupinách matek, aby mohly matky klást otázky a cítily se v daném prostředí bezpečně.
10. *Vytištěné instrukce*

## **Attachment**

Attachment je vazba, která se vyvíjí naopak u dětí směrem k jejich rodičům a dalším významným osobám, které o ně pečují. Díky tomuto emocionálnímu spojení se u dětí začíná vytvářet povědomí o tom, kým jsou, z koho se mohou rozvíjet a co si mohou dovolit v budoucnu. Pokud se tato vazba nerozvine jako „jistý attachment“, děti pak svět často vnímají jako nestabilní, nebezpečný a nejsou schopné důvěřovat druhým (Klaus, Kennell & Klaus, 1995). Teorii attachmentu rozpracovala Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters et al., 1978), která tak navázala na práci Bowlbyho a jeho výzkumy citové vazby. Zkoumala, jak matky odpovídají na signály svých dětí a aby dokázala vyvodit, jakou kvalitu attachmentu vykazují, vytvořila známý assessment pro zjišťování typu attachmentu „Ainsworth Strange Situation“, při kterém pozorovala reakce dětí při separaci od matky a znovu navrácení dětí k matce. Popsala tak 3 typy attachmentu: 1. Jistý attachment – po odchodu matky dítě krátce plakalo a po navrácení k ní dítě přišlo s otevřenou náručí a pak si opět hrálo; 2. Vyhýbající attachment – děti se za přítomnosti matky chovaly neurčitě, stejně tak při jejím návratu, naopak při separaci vykazovaly mnohem větší separační distres, než děti s jistým attachmentem; 3. Ambivalentní attachment – děti se bály explarovat po okolí, při separaci byly velmi úzkostné a plačtivé, při návratu matky vyhledávaly její kontakt, ale ve stejný čas často zase ustupovaly (Ainsworth, Blehar, Waters et al., 1978).

Ainsworth & Bell (1970) definují attachment jako spojení mezi jedním člověkem nebo zvířetem s další osobou/zvířetem, které je k sobě zavazuje a přetrvává celý život. Charakteristický znak attachmentového chování je vyhledávání a udržování určitého stupně

blízkosti k objektu attachmentu, který se rozprostírá od blízkého fyzického kontaktu za určitých podmínek, přes interakci nebo komunikaci ke vzdálenějšímu kontaktu. Attachmentové chování podporuje blízkost nebo kontakt. Velmi malé děti vyjadřují attachment pláčem, sáním, úsměvem, který je typicky diskriminující pouze k určité osobě. Intenzita attachmentového chování může být zvyšována nebo snižována situačními podmínkami, ale pokud byl již jednou attachment zformován, nemůže plně vymizet. Attachmentové chování tedy není totéž, co attachment. Attachmentové chování se značně odvíjí od okolních podmínek a i když dítě bude vykazovat známky záchvatů vzteku nebo úplného vyčerpání, vnitřně bude vždy predisponováno k vyhledávání blízkosti s objektem jeho attachmentu. Attachment je tedy vnitřní predispozice, základ pozdějšího chování. Attachmentové chování je zvyšováno v případech, které jsou dítětem vnímány jako ohrožující – může to být jak vnější ohrožení, tak i vnímané ohrožení při separaci od objektu attachmentu. V případě výrazné aktivace tohoto chování, nemůže dítě příliš explarovat. Dítě exploruje za podmínek vytvořeného jistého attachmentu v případě, že necítí ohrožení. Tím pádem i dočasné chybění attachmentového chování neznamena slabý attachment. V kontextu evolučních teorií, attachment mezi matkou a dítětem plní významné biologické funkce, které pomáhají dítěti přežít.

### **Rooming-in**

Systemové řešení péče v porodnici „rooming-in“ bylo zmíněno již dříve, jelikož je považováno za nástroj k usnadnění vytvoření pevného pouta mezi matkou a dítětem. Matějček & Langmeier (1986) popisují rooming-in jako praxi, kdy dítě zůstává s matkou od porodu po celou dobu jejího pobytu v porodnici. Matka může dítě kdykoli vidět, dosáhne na něj, může o něj pečovat. Vývoj tohoto přístupu sahá asi do 50. let, kdy byl v České republice zaveden systém ústavního porodnictví, který vedl ke snížení perinatální morbidity, mateřské mortality i novorozenecké úmrtnosti díky odborné lékařské a ošetrovatelské péči. Systém ústavního porodnictví však přinesl i určité negativum v podobě separace dítěte od matky po porodu. Původní praxe spočívala v tom, že byl ošetřený a vyšetřený novorozenec po porodu zabalen a poprvé ukázán matce, nicméně poté byl uložen do novorozeneckého boxu po dobu 24 hodin a poté na lůžko na novorozeneckém oddělení, kde byl poprvé přiložen k prsu matky. Novorozenec byl matce pravidelně donášen na kojení každé 3 hodiny kromě noci, aby nebyla matka rušena. Po dobu kojení nemohla matka dítě ani rozbalit. Po čase byly patrné značné komplikace při kojení, ne vždy bylo dítě dostatečně bdělé v předepsanou dobu kojení, kojení

se tak nemohlo úspěšně rozvíjet. U matky se pak často hromadilo mléko, docházelo k zadržováním a dalším komplikacím a matka musela často dítě odstavit. Tento systém byl kritizován z důvodu problematictějšího vývoje vztahu mezi matkou a dítětem. Na základě vědeckých poznatků se od tohoto přístupu začalo pozvolna ustupovat a v nejvyspělejších státech (u nás později) začali porodníci podporovat fakt, aby byl novorozenec bezprostředně po porodu přikládán k prsu matky a aby byli oba v kontaktu i po celou následující dobu v porodnici – rooming-in (Šráčková, 2007). U nás tento přístup podpořil již prof. J. Švejcar<sup>7</sup>. Autoři tento přístup doporučují zejména z důvodu nevhodného působení odloučení dítěte od matky, které může v obou vyvolávat pocity frustrace, až deprivace, je to dle nich něco nepřirozeného. Při „rooming-in“ vnímají matky příjemnější prožitky, děti vykazují klidnější chování, rychlejší intelektové dospívání, mezi oběma je pak patrné pevnější utváření citových vztahů a u matek byla zjištěna delší doba kojení. Kojení je důležité pro výživu dítěte. Dítě tak získává přirozeně protilátky proti infekcím, při kojení se nepřekrmuje, předchází se tak ateroskleróze v pozdějším věku. Kojení dále prospívá i matce. Pomáhá jí v rychlejším a dokonalejším stažení děložního svalstva po porodu, prospívá rozvoji mateřských postojů. Kojení je klasickým příkladem interakce matky a dítěte a vede k vytvoření intimity mezi matkou a dítětem a potažmo k vytvoření těsného tělesného i citového vztahu mezi nimi (Matějček & Langmeier, 1986). Sobotková & Štembera (2003) ve své retrospektivní analýze problematiky poporodního období z psychologického hlediska v letech 1980 - 2000 v České republice zjistili, že za daných 20 let došlo k výrazným změnám, které souvisely právě se zavedením systému rooming-in. Rooming-in má dle nich vliv na utváření vazby mezi matkou a dítětem i na kojení a je matkami velmi kladně přijímán. Rooming-in také přispívá sladění rytmu dítěte a matky. Rytmus každého dítěte je individuální a je třeba ho respektovat a přizpůsobit se dítěti. Je dokázáno, že děti, které jsou krmeny, kdy chtějí ony, pak lépe dosáhnou pravidelnosti (Matějček & Langmeier, 1986). Radová (1981) provedla výzkum dvou skupin matek. První skupina byla s dětmi na pokoji po porodu, druhé skupině matek byly děti nošeny pouze na kojení. Výsledky ukázaly, že matky na pokojích s dětmi lépe vystihly individuální rytmus dětí a podle toho je kojily. Matky, které kojily pouze, když jim bylo dítě přineseno, měly výraznější obtíže, jelikož se často stávalo, že dítě muselo jíst, když na to nebylo zrovna nastaveno a matka byla pak následně zklamaná, že jí to nejde. Nicméně po měsíci od propuštění už mezi skupinami takové rozdíly nebyly a i matky, které s dítětem v porodnici na pokoji nebyly, se s ním doma postupně sladily.

---

<sup>7</sup> Prof. Jiří Švejcar je považován za krále české pediatrie. Je známý vybudováním několika dětských klinik a ozdraven, jako první přivezl do Československa vakcínu proti tuberkulóze, je spoluautorem první české učebnice pediatrie a knihy Péče o dítě (Houdek, 2002).

Grossmann, Thane & Grossmann (1981) provedli výzkumné srovnání raného kontaktu a rozšířeného kontaktu po porodu. Výzkum se týkal 54 matek, v jedné skupině byly matky, které neměly s dítětem žádný kontakt, ve druhé skupině byly matky s raným kontaktem v první hodině po porodu a ve třetí skupině matky s tzv. rozšířeným kontaktem, což byl rooming-in 5 hodin každý den. Ve čtvrté skupině pak byly matky, které praktikovaly obojí, jak raný kontakt po porodu, tak i rooming-in. Matky byly poté natáčeny při kojení. Raný kontakt ukázal signifikantně pozitivní důsledky na její mateřské pečující chování. Matky s raným kontaktem se děti více dotýkaly a více je objímaly. Pouze rozšířený kontakt se neprokázal jako dostatečný pro signifikantní působení na pečující chování matky. Jako další významná proměnná se zde však prokázala skutečnost, zda matky plánují těhotenství. Matky, které těhotenství plánovaly, vykazovaly častější doteky se svými dětmi. O 20 let později provedla podobný výzkum s podobnými výsledky Crenshaw (2004) a zmiňuje také důležitost praxe rooming-in. Lékaři by v nemocnici měli o matku a dítě pečovat jako o pár (Christensson, Siles, Moreno et al., 1992; Christensson, Cabrera, Christensson et al., 1996; Johanson, Spencer, Rolfe et al., 1992). Rooming-in usnadňuje kojení, jelikož když jsou oba pohromadě, matka se lépe učí rozpoznat, co jejímu dítěti dělá dobře a co potřebuje. Roomed-in matky kojí dříve a mají lepší zásobu mléka. Proti tomu oponují ostatní z důvodu lepšího spánku pro matku, ale výzkumy nepotvrzují, že by se matky, které nemají dítě u sebe, vyspaly lépe. Naopak se matka vyspí lépe, když ví, že dítě je s ní, jsou pak klidnější. Roomed-in děti také méně pláčou a spí klidněji. Studie také ukazují, že není-li přerušen tento kontakt, méně často se pak vyskytuje zneužívání, zanedbávání nebo opuštění dítěte (Waldenström & Swenson, 1991; Keefe, 1987; Keefe, 1988; Klaus, Jerauld, Kreger et al., 1972; Norr, Roberts & Freese, 1989; O'Connor, Vietze, Sherrod et al., 1980). Pouto mezi matkou a dítětem může být biochemicky modulováno prostřednictvím oxytocinu, který je vylučován při raném skin-to-skin kontaktu, kojení i rooming-in a bylo prokázáno, že se i v důsledku tohoto působení snižuje možnost opuštění dítěte matkou. Uvolňování oxytocinu z těla matky způsobuje u matek mírnou ospalost, euforii, vyšší práh bolesti a zvýšený pocit lásky k dítěti. Tyto zvýšené hladiny můžou zvýšit bonding (Klaus, 1998). Z výzkumů je dokázáno, že rooming-in je vhodný od samého počátku, protože jak je již v detailu uvedeno, rooming-in podporuje vzájemnou interakci mezi matkou a dítětem už od narození dítěte.

Lvoff, Lvoff, & Klaus (2000) zkoumali míru opuštění dítěte po raném kontaktu mezi matkou a dítětem, který obsahoval kojení a rooming-in. Jejich výzkum probíhal v letech 1987 až 1998 a porovnával míru opuštění dítěte před zavedením změn (změny proběhly v roce 1992-1993) týkajících se raného kontaktu a po změnách obsahujících důraz na kojení a rooming-in.

Změny byly iniciovány BFHI. Míra opuštění dítěte matkami, které nezažily raný kontakt, byla 50,3/na 10000 porodů a klesla po zavedení změn na 27,8/na 10000 porodů. Závěrem lze tedy říci, že podporu raného kontaktu s kojením a rooming-in může pomoci redukovat míru opuštění dítěte po porodu. O'Connor, Vietze, Sherrod et al. (1980) měli ve svém výzkumu také dvě skupiny matek – matky s rooming-in a matky, které se o své děti staraly podle běžné rutiny té doby, tj. bez rooming-in praxe a zkoumali, jestli mohou mít tyto rozdíly vliv na rodičovské chování. V 17 měsících věku dítěte bylo u 2 „rooming-in dětí“ a 10 kontrolních zaznamenáno neadekvátní rodičovské chování, 1 „rooming-in dítě“ a 10 kontrolních bylo z těchto důvodů dokonce hospitalizováno, 1 „rooming-in rodina“ a 5 kontrolních rodin bylo nahlášeno „Ochranným službám pro špatné zacházení s dítětem“ a žádné „rooming-in dítě“ a 5 kontrolních dětí bylo v péči jiných osob, než svých rodičů. Výsledky této studie tedy podporují hypotézu, že praxe rooming-in koreluje s nižším počtem následných případů neadekvátního rodičovského zacházení s dítětem. Siegel, Bauman, Schaefer et al. (1980) zkoumaly působení raného a rozšířeného kontaktu po porodu a dále poloprofesionálních návštěv rodin doma na attachment matky, hlášení zneužívání a zanedbávání dětí a využívání zdravotních služeb. Matky byly rozděleny do 4 skupin – matky s raným i rozšířeným kontaktem a domácími návštěvami, dále matky pouze s raným a rozšířeným kontaktem, matky pouze s domácími návštěvami a dále matky s rutinní péčí v porodnici a bez domácích návštěv. Mateřský attachment byl posuzován ve 4 měsících a pak ve 12 měsících věku dítěte. Ukázalo se, že raný a rozšířený kontakt po porodu měl signifikantní vliv na attachment ve 12 měsících věku, návštěvy v rodinách tento signifikantní vliv neprokázaly ani v jednom období. Vliv na zneužívání a zanedbávání a na využívání zdravotních služeb se v této studii neprokázal. Závěrem lze říci, že právě kojení a skin-to-skin kontakt vedly k tomu, že se snížil počet matek, které dítě opustily, také se snížil počet matek, které své děti po narození týraly, a naopak se zvýšila úspěšnost kojení. Kromě toho se zlepšila i interakce mezi rodiči a dítětem v prvních 3 měsících života dítěte (Anisfeld, Casper, Nozyce et al., 1990; Lvoff, Lvoff & Klaus, 2000; O'Connor, Vietze, Sherrod et al., 1980; Siegel, Bauman, Schaefer et al., 1980; Whitelaw, Heisterkamp, Sleath et al., 1988).

### **1.2.2 Raná interakce**

Interakce mezi matkou a dítětem je vzájemná, i novorozenec je v ní aktivní a působí na rodiče. Když je dítě aktivní, radostné a rodiče a dítě jsou na sebe vzájemně naladěni, pak je dítě schopné přenášet svoje radostné emoce na matku a opačně. Matka je v tomto vztahu schopná reagovat na dítě, na jeho aktuální psychický stav, jeho únavu apod. a dítě se pak snadněji učí, že určité jeho chování vyvolá u matky určitou odezvu v chování, jeho matka se

pak pro něj stává víc předvídatelná. Dítě začíná rozumět sledu příčiny a následku v sociální vzájemnosti a tím roste jeho schopnost ovládat věci, mít je pod svoji kontrolou, má tzv. „sociální moc“. Interakce v určitých náznacích začíná už před narozením. Časná interakce je zprvu dyadická, tj. pouze mezi dvěma aktéry interakce. Časná interakce je uskutečněna nejprve bez řeči, pouze na základě doteků, pohledů, jednoduchých hlasových projevů, mimiky, pantomimiky. Pozdější interakce je pak více o komunikaci na verbální i neverbální úrovni – lidé na sebe působí prostřednictvím předávání informací (Matějček & Langmeier, 1986). Matějček & Langmeier (1986, str. 186): „*Vývoj dítěte je optimální, jestliže se v interakci dítěte a jeho rodičů projeví opravdová vzájemnost a srozumitelná posloupnost. Naopak vývoj je ohrožen, jestliže taková nefalšovaná vzájemnost chybí, nebo jestliže je jen zakrývanou fasádou naprostého ideálního souhlasu všech se všemi a se vším.*“ Odchytkami v průběhu interakce může vzniknout tzv. dvojná vazba mezi dítětem a rodiči, kdy dítě dostává od rodičů nekonsistentní, dvojí zprávu (podané informace si vzájemně rozporují). Stejně dvojí zprávu může taky poskytovat dítě rodičům. Zdravou interakci mezi dítětem a rodiči může způsobovat vzájemná nesrozumitelnost interakce, kdy chování jednoho nesplňuje očekávání druhého a člověk je pak pro druhého nepředvídatelný. Ze strany dítěte pak vzájemnou interakci ztěžují faktory jako například vývojový stav při zahájení interakce týkající se zejména dětí nedonošených. Nedonošené děti vyvíjejí nižší aktivity, jsou méně responzivní, zvýšeně dráždivé a delší dobu odloučené od rodičů. Dále můžou vzniknout komplikace v interakci v případě dětí nemocných nebo nějak hendikepovaných a nakonec problematické děti z hlediska sociálního postavení – v tomto případě se jedná o děti osvojené, v pěstounské péči, případy náhlého úmrtí rodiče, časného rozvodu apod. Komplikace v interakci ze strany matky mohou vycházet z jejího zdravotního stavu, zejména pokud jde o psychiatrické onemocnění. Dalšími faktory mohou být například nechtěné těhotenství, nemanželské děti, děti mladých matek nebo vymodlené děti. V těchto případech chovají matky často ochuzené nebo zkomolené postoje k dítěti a interakce mezi nimi je těmito postoji pak značně ovlivněna (Matějček & Langmeier, 1986).

Již novorozenec je od narození dobře vybaven pro začátek sociálního kontaktu. Jeho smysly jsou aktivované, je geneticky způsobeno, že schopnost dítěte vidět, slyšet, reagovat na určité podněty, dotyk, změnu polohy, usnadňuje lidem kolem něj styk s dítětem a vzbuzuje v ostatních zájem o dítě pečovat (Matějček & Langmeier, 1986). Právě k dosažení bondingu je důležité, že je dítě hned od počátku vybaveno všemi smysly, především, že vidí a slyší už na porodním sále. Mezi matkou a dítětem tak proběhne vizuální interakce a ukázalo se, že díky této interakci byly matky i 30 dní po porodu významně více citlivé k vizuálním

i zvukovým podnětům od svých dětí. Interakce face-to-face v novorozeneckém období je stejně rozhodující, jako kojení, chování nebo mazlení. Je také patrné, že dítě preferuje lidský obličej před všemi ostatními předměty, fixuje ho lépe a častěji. Stejně tak děti již od narození preferují ženský vysoký hlas oproti mužskému (Brazelton & Cramer, 1991). Také Fantz (1961) popisuje schopnosti dítěte fixovat delší dobu lidský obličej oproti ostatním předmětům. Dále dítě reaguje živěji na vysoký ženský hlas, úchopový reflex je výbavnější při styku s lidským prstem, reflexní plazivé pohyby jsou také výbavnější při skin-to-skin kontaktu nebo má dítě také schopnost čichem rozlišit matku od ostatních osob. Tímto chováním dítě přitahuje pečující osoby k sobě, vyvolává v nich potřebu o ně pečovat a vytváří se tak snadněji vzájemná vazba mezi nimi. Také vzhled dítěte je takový, aby stimuloval odpovědi pečujících osob na jeho potřeby. Miminka mají měkký, zakulacený obličej, jemné vlasy, citlivou pleť a ručičky natahující se pro pomoc. Všechny tyto znaky lze označit jako „miminkovskost“, která přitahuje pozornost druhých a budí v nich touhu pečovat o dítě (Brazelton & Cramer, 1991). Toto chování lze označit jako „protó-sociální chování“, které pomáhá dítěti budít zájem druhých lidí starat se o něj. Lze říci, že je to „*zvýšená schopnost reagovat na člověka obecně a na matku či jinou stále pečující osobu především*“ (Šulová, 2005, s. 38-39).

Podle Matějčka a Langmeiera (1986) je novorozeně už od počátku svého života vybaveno k tomu, aby mohlo kontrolovat a ovlivňovat svoje životní prostředí. Novorozenecké a kojenecké období dává dítěti základ k výstavbě osobnosti, která probíhá za součinnosti interakce dítěte s lidmi kolem, především s matkou. Tato interakce začíná už před porodem. Matka má podle autorů odpovědnost za postoje svých dětí k jejich budoucím dětem. Rodičovské postoje se začínají formovat už ve vlastní rodině ze zkušeností s vlastními rodiči. Autoři se zmiňují také o tom, že v případě, že děti tuto zkušenost nemají, jsou v tomto ohledu v nevýhodě. Interakce mezi dítětem a rodiči vede k „*vytvoření specifického citového vztahu dítěte k mateřské osobě přibližně v sedmém měsíci jeho života*“ (Matějček & Langmeier, 1986, s. 43). Před tímto specifickým vztahem prochází dítě etapou, kdy se naučí rozpoznávat stálost určitých osob ve svém okolí, kdy matka z těchto osob většinou vyniká. Je to právě matka, kdo zprostředkovává pocit jistoty a bezpečí. Matka není jen osobou, která uspokojuje jeho základní potřeby, ale především mu dává potřebný pocit bezpečí a jistoty. Asi tak v 8: měsíci života, tj. měsíc po vytvoření tohoto specifického pouta se pak u dětí objevuje typický specifický strach z cizích lidí. U dětí se tak plně rozvine vědomí neznámého a nebezpečného.

Tento specificky vztah lze vytvořit i s více lidmi, než pouze s matkou. Nejčastější osobou po matce je otec. V roce a půl dítěte to může být i více než 5 lidí – například sourozenci, prarodiče nebo sousedi. V tomto vývojovém období se vytváří základní důvěra člověka v sebe i v okolí. Toto období koresponduje s Eriksonovým 1. životním obdobím charakterizovaným úkolem dítěte vytvořit si základní důvěru ve svět okolo něj, nazvaným „důvěra vs. nedůvěra“. Tato základní důvěra je obecným předpokladem pro vytvoření důvěrných vztahů mezi lidmi. Umožňuje pak v budoucnosti lidem navazovat blízké vztahy, umět se přiblížit a sblížit s dalším člověkem – je to předpoklad zdravých jak rodičovských vztahů, tak i mileneckých a potažmo manželských (Matějček & Langmeier, 1986).

### **1.3. Kvalita interakce mezi matkou a dítětem**

#### **1.3.1 Interakce mezi matkou a dítětem**

Rozdíly v interakci mezi matkou a dítětem mohou odrážet kvalitu vztahu dítěte s matkou. Interakce mezi rodičem a dítětem umožňuje dítěti odhalovat vzájemný vztah mezi jeho chováním a reakcí rodiče na jeho chování (Gergely & Watson, 1999). To pak pomáhá dítěti uvědomovat si více samo sebe, své vlastní chování a emoční stav (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004). Výzkum Markové & Legerstee (2012) se zabýval otázkou předstírané hry u dětí a její rozdíly ve hře s matkou nebo vrstevníky. Výzkum sledoval 45 patnáctiměsíčních dětí v interakci s matkou a se dvěma stejně starými vrstevníky. Ukázalo se, že ve hře na předstírání nebyly rozdíly, jestliže šlo o matku nebo vrstevníky, ale při koordinované hře byl kontakt s matkou častější. Z výsledků lze tedy vysoudit, že kompetentní sociální partneři jako například matka, jsou důležití pro schopnost dětí hrát si na předstírání. Navíc jsou ale i děti na základě svých socio-kognitivních schopností schopné hrát si jak s matkou, tak se svými vrstevníky bez ohledu na jejich kompetence. Lze se tedy domnívat, že interakce mezi matkou a dítětem je významným faktorem, který odráží jejich vztah a při koordinované hře je tento vztah silnější, než vztah s vrstevníky. Zároveň však záleží i na vývoji socio-kognitivních schopností dětí, ne pouze na kompetencích matky (Marková & Legerstee, 2012).

Interakce mezi matkou a dítětem je nejlépe pozorovatelná za situace hry. Dětská hra je iniciována motivací dítěte seznámit se se svým sociálním i materiálním prostředím, porozumět okolnímu dění, které pro něj bylo doposud neznámé a aktivně se do něj zapojit a řídit tak události v okolí. Hru lze pak definovat jako: „*spontánní učení z vlastní iniciativy a pod vlastní kontrolou; jedincem určenou, bezcílnou exploraci a integraci zkušeností s předměty nebo společenskými partnery*“ (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004, s. 106). Hra a učení se v raném dětském věku jen stěží odliší. Hra se nejčastěji odehrává v sociálním

kontextu. Děti si více i déle hrají, když si hrají s někým, než sami. Rodiče svým působením vyvolávají a udržují pozornost dítěte, povzbuzují pozitivní pocity dětí a pozitivní naladění. Využívají zejména zřetelné mimické, gestikulační, kinetické a hlasové vzorce. Dítě na tyto vzorce poté také vizuálně, mimicky i hlasově reaguje a tím zpětně rodiče povzbuzuje k opakování (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004).

Už kojeneček je schopen využít hlasový projev jako prostředek komunikace. Reakce matky na tyto hlasové projevy je pak důležitá, jestli dítě podpoří nebo naopak utlumí v jeho projevu. Děti se pak naučí, jak mohou vyzvat druhého k opakování hry například pomocí veselého zavýsknutí (Papoušek & Papoušek, 1984). Rodiče dokážou reagovat a rozpoznávat i změny v hlasovém projevu dětí a přizpůsobí tak i výšku a intenzitu svého projevu. Na pohodu dítěte reagují spíše hlasově, naopak na nepohodu více taktálně a vestibulárně (Keller & Schölmerich, 1987). Mezi nejcharakterističtější znaky v řeči rodičů k dětem patří především zvláštní melodická struktura, která je jiná od té běžné monotónní mezi dospělými. Rodiče ve své řeči na dítě používají co nejjednodušší melodii, nedochází téměř ke kolísání výšky a více se v řeči opakuje melodie, než verbální obsah slov. Rodiče mají obvykle za cíl zvyšovat pozornost dítěte a povzbuzovat ho, čímž volí stoupající melodii řeči. Pro uklidnění a utišení volí spíše naopak klesající melodii. Komunikace mezi rodičem a dítětem začíná tváří v tvář. Rodič se snaží v dítěti vzbuzovat oční kontakt a poskytovat mu dostatek podnětů, co do intenzity i množství (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004).

Pokud se pak matka více intenzivně věnuje dítěti i po stránce citové, je pak schopna citlivě zachytávat a reagovat na odezvy dítěte. Je schopna rozpoznat, jaký je jeho aktuální stav, naladění, připravenost reagovat, míra frustrace, uspokojení, splnění očekávání apod. a je schopna i lépe předvídat, co její dítě dokáže zvládnout samo a kdy potřebuje její pomoc. Pokud se rodiče dokážou řídit signály zpětné vazby svých dětí, ve výsledku pak nepřestimulují ani nepodstimulují své dítě, ale jsou schopni reagovat na něj adekvátně podle jeho momentálního stavu. Spolupráce ve hře mezi rodiči a dětmi je velmi patrná u symbolické hry. Jsou-li děti v této fázi hry stimulovány a podporovány matkou, rozvíjejí pak svoje explorační schopnosti, zvyšují svůj zájem, symbolické schopnosti a jsou více motivovány k poznávání okolí. Interakce matky, která je zaměřena na dítě tak podporuje jeho mentální schopnosti. Naopak pokud se matka snaží odvést pozornost dítěte od předmětu jeho zájmu, k rozvoji mentálních schopností nedochází nebo se dokonce utlumí (Bornstein & Tamis-LeMonda, 1989). Společná hra rodičů a dětí přispívá k duševnímu i sociálnímu růstu dítěte a umožňuje rodiči stát se důležitou součástí i vnitřního světa dítěte. Matka je tak začleněna do

zájmů dítěte, oba společně mohou prozkoumávat okolí a vytvářet společný svět. Matka dítěti poskytuje podporu a zpětně od něj jeho pozitivními odpověďmi získává pocit sebedůvěry ve vlastní rodičovské kompetence a intuitivní schopnosti, její rodičovské sebevědomí je tak posilováno (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004).

Dittrichová, Papoušek & Paul (2004, s. 157) si pokládají otázku: „*Jaký význam mají rané etapy vývoje pro další vývoj jedince?*“ Matějček (2002) se vyjadřuje ke vlivu rané zkušenosti na rozumové schopnosti dítěte a podle něj raná zkušenost podporuje intelektový vývoj jednoznačně. Za to podle Lamba, Bornsteina & Teti (2002) pokládání raného kontaktu za určující faktor následného vývoje je značně zjednodušující. Tento koncept se nazývá „*lineární model vývoje*“. Oproti kterému Sameroff & Chandler (1975) zmiňují „*transakční model vývoje*“, kdy dítě i dospělý přináší své charakteristiky, které vychází z vrozených dispozic i získaných zkušeností a které působí společně na další vývoj. Klíčová je zde tedy interakce mezi matkou a dítětem a je třeba sledovat chování dítěte i jejich vzájemnou interakci (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004).

### **1.3.2 Intuitivní rodičovství**

*„Intuitivní rodičovství představuje celou škálu případů, kdy rodiče a pečovatelé při komunikaci s vlastním nebo cizím kojencem modifikují své chování, aniž by si toho byli vědomi nebo tím sledovali nějaký záměr. Pojem označuje vzorce a modifikace chování, o nichž se domníváme, že mají plnit adaptační funkce, a které mají v základě - alespoň částečně - vrozené psychobiologické predispozice“* (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004, s. 77).

Pojem intuitivní rodičovství se začal rodit na základě výzkumů procesu učení Hanuše Papouška v pražském Ústavu pro péči o matku a dítě na přelomu 50. a 60. let. Výzkumníci se vědecky zabývali dětským učením v kontextu interakce rodič-dítě. Takto se postupně začala pozornost soustředit na rodičovské chování a komunikaci rodičů s dětmi, které začaly být zkoumány pomocí behaviorální analýzy videozáznamů. Autoři zjistili, že příznivý vliv na proces učení v kontextu sociální interakce mají určité podmínky, které musí být splněny. Jednak musí být stimulace dítěte jasná a srozumitelná, přizpůsobená tempu dítěte, také jeho emočnímu stavu a chování, úrovni bdělosti a celkově jeho individualitě, momentálnímu zájmu, stupni vývoje a preferencím konkrétního dítěte. Je třeba vzít v úvahu, co je významné a uspokojuje to konkrétní dítě (Papoušek & Papoušek, 1984, Papoušek & Papoušek, 1987). Videoanalýzy chování rodičů k dětem přinesly nové poznatky ohledně chování rodičů, pokud jde o jejich vizuální, mimické, hlasové a taktilní projevy, které doplňují schopnosti kojenců

a napomáhají jim v procesu učení. (Papoušek & Papoušek, 1987). Papoušek & Papoušek (1979) definovali základní adaptivní systém reakcí, který zahrnuje autonomní, motorické a komunikační chování a vede buď k tomu, že dítě dokáže přijímat méně, nebo naopak více informací. Jedná se například o pohyby hlavou, přibližování se, explorování, nebo naopak odtažování se, držení se v bezpečí apod. Kromě toho tento adaptivní systém reakcí zahrnuje také vnitřní operace, které slouží ke zpracování přijatých informací a umožňují adaptivní reakce. Jako příklad je možné zmínit koupání, které je podobně jako hra poměrně významnou situací, pokud jde o interakci rodičů s dětmi. Především první koupání je úplně nová, neznámá událost pro dítě, která v něm vyvolá poměrně intenzivní reakce a aktivuje autonomní nervový systém, motoriku a vyvolá svalové napětí. Kojenec se celkově zaktivuje, aby tuto novou situaci zvládl a nový neznámý podnět integroval do svých vzorců chování. Zejména v nových situacích mají pak kojenci tendenci otáčet se za matkou a hledat její schválení a oporu. Matky pak obvykle dítě povzbuzují, motivují a chválí, čímž mu pomáhají uvolnit se a přizpůsobit se nové situaci. Nová situace se pak stává známou. Z videoanalýz se prokázalo, že rodiče automaticky vědí, jak dítě konejšit, stimulovat, přilákat a udržet jeho pozornost, jak přizpůsobit svoje chování jeho aktuálnímu stavu, tzn. jsou schopni automaticky přizpůsobit řeč, tón hlasu, mimické projevy, dokážou přizpůsobit svoje chování, aby bylo dítěti známé, předvídatelné a srozumitelné. *„Jako příklad harmonicky sladěné usměrňující podpory můžeme uvést, že rodiče používají speciální vzorce taktilního a hlasového jednání, aby modulovali (pomáhali usměrňovat) kojencovo citové vzrušení a jeho pozornost. Aby dítě aktivovali, nasazují stoupavé intonace, a klesavé, když ho chtějí uklidnit; činí tak v každém okamžiku modulující výšku, hlasitost, tempo a rytmus hlasového projevu a formu a intenzitu dotyku“* (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004, s. 86). Mezi nejcharakterističtější formu intuitivního rodičovství patří pozdrav rodiče směrem k dítěti. Tímto pozdravem rodiče dítěti usnadňují oční kontakt a ukázalo se, že dítě je obzvlášť responzivní k obličeji matky. Přehnané mimické projevy rodičů usnadňují dítěti seznámit se s obličejem rodiče. Tento charakteristický pozdrav také reprezentuje emocionální výraz příjemného překvapení, který podporuje reakci dítěte, aby zvládlo opakovat a udržet pozornost k obličeji rodiče. Další charakteristickou formou je imitace hlasových i mimických projevů dítěte. Papoušek, Papoušek (1987) to nazývají tzv. *„biologickým zrcadlem“* nebo *„biologickou ozvěnou“*, což podporuje vzájemnou interakci mezi nimi.

Imitace se rozvíjí během vývoje. Jedná se o formu interakce, ne o individuální akci jednoho účastníka směrem ke druhému. Imitace se provádí v sociálním kontextu, kdy čin jedné osoby slouží jako model. Teoretici se shodují, že imitace je zároveň vrozená i získaná učením

schopnost, která se však moc nevyvíjí. Naopak vývojoví teoretici se zabývají vývojem imitace v rámci obecného psychologického vývoje. Na začátku století docházeli vývojoví teoretici k závěrům, že se imitace u kojenců objeví ve chvíli, kdy se začnou snažit odpovídat svému okolí a chovají se tak, jak po nich okolí chce. Uzgiris (2000) jednotlivé výzkumy shrnuje myšlenkou, že „*nápodoba či imitační aktivita je částí interakcí, na nichž se kojenci účastní od prvních měsíců života.*“ (Uzgiris, 2000, s. 231). Začátek imitace vychází z prvotní schopnosti imitace kojence a zároveň z chování dospělých, kteří se s dětmi podílejí o činnosti a své zkušenosti a podněcují v nich snahu kojence o imitaci jejich chování. Imitace je důležitá, protože přispívá k vývoji vztahu mezi dětmi a dospělými, zvyšuje souměrnost a harmonii jejich vztahu a přitom dospělý díky tomu může dítě stále podněcovat v jeho vývoji, vést ho a učit (Uzgiris, 2000).

### **Psychobiologické predispozice intuitivního rodičovství**

Dittrichová, Papoušek & Paul (2004) nepřímo dokazují biologický původ intuitivního rodičovství na základě univerzálnosti a věkové, kulturní a jiné nezávislosti pozorovaného chování a dále na základě vysoké rychlosti reakcí, jelikož intuitivní chování je z velké části nevědomé a iracionální. Intuitivní chování rodičů přesně koresponduje a zapadá do potřeb dítěte a je začleněno do druhově specifických prostředků adaptace. Je patrná vzájemná komplementarita na straně rodičů i dětí. Intuitivní chování rodičů doplňuje individuální potřeby a schopnosti dětí a umožňuje tak vznik adaptivních funkcí ve vývoji dítěte. Během prvních měsíců to je především preverbální komunikace mezi dítětem a rodiči, tzn. veškeré hlasové a mimické projevy, které dítěti umožňují regulovat fyziologické potřeby jako krmení, spánek, bdění, citové projevy, pozornost. Poté vede tato komunikace k osvojování řeči (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004). Tyto každodenní interakce mezi rodičem a dítětem vedou také k vytvoření emoční vazby mezi nimi i vzniku autonomie (Crockenberg & Leerkes, 2000). Psychobiologickými predispozicemi disponují jak rodiče, tak i dítě. Dítě na rodičovské intuitivní chování reaguje pozitivními signály jako je rozzářený obličej, úsměv, hlasové projevy apod., které zpětně podněcují rodiče k ještě láskyplnějšímu chování a vzájemné reciprocitě. V rodičích tak vzrůstá sebedůvěra ve vlastní rodičovské chování a rodičovské kompetence. Tento stav je nazýván „*andělským kruhem*“, protože je kontrolován a udržován právě onou pozitivní reciprocitou mezi oběma aktéry interakce (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004). Intuitivní rodičovství může však také podléhat nepříznivým vlivům ať už z oblasti biologické, tak i socio-kulturní. Intuitivní rodičovství ze strany matky může být

například utlumení depresí matky. Pokud se u matky objeví deprese a spojí se se slabšími regulačními schopnostmi dítěte, může vzniknout bludný kruh, který je charakteristický negativní reciprocitou, a chyby v interakci poté rostou a rostou. Za příznivých podmínek však může intuitivní rodičovství pomoci překonat a kompenzovat drobné počáteční poruchy a problémy v přizpůsobení se rodičů nebo dětí a k dobré adaptaci může tak i přesto dojít. „*Regulace intuitivního rodičovství záleží ve velké míře na pozitivních nebo negativních signálech zpětné vazby, které mohou buď povzbudit, nebo znejistit důvěru rodičů ve své vlastní kompetence.*“ (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004, s. 97). Například reakce otáčení hlavou je poměrně významná. Jakmile dítě uhýbá hlavou, rodič se může cítit odmítán a jeho intuitivní rodičovství tím může být utlumení a naopak pohyby hlavou směrem k rodiči povzbuzují jeho rodičovské sebevědomí. Děti často odvrací hlavu, když pro ně chování rodičů není srozumitelné, je náročné, nudné, nebo například nepředvídatelné, rodič tomu takto ale nemusí rozumět, vykládá si to jako odmítnutí a buď zvýší intenzitu svého nejasného chování, nebo se stáhne (Papoušek, 2000).

Mezi další nepříznivé vlivy může patřit celkově stresové prostředí, nedostatek času, spánku. Dále autoři zmiňují možný nepříznivý vliv různých knih týkajících se rodičovství, které v rodičích spíše podporují racionální přístup v péči o dítě a zvyšují jeho nejistotu ve vlastní kompetence. Rodiče pak vnímají vnější tlak být perfektním rodičem. Důležitým nepříznivým faktorem může být také dlouhé oddělení rodičů a dětí, například v případech předčasných porodů a následné umístění dětí do inkubátorů, dále pozdní adopce, absence otce, hospitalizace rodičů nebo dětí. Toto odloučení brání oběma ve zvykání si na sebe, ve vzájemném sladování se a přizpůsobování se (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004). Intuitivní rodičovství je také ohroženo v případech nadměrného pláče dětí, který mnohdy označuje jako „*kolika třetího měsíce*“. Tyto děti mají problém reagovat na intuitivní pokusy rodičů o uklidnění, což je následně velmi vyčerpává, cítí se nevyspalí, bezmocní, což přenáší na dítě, které reaguje dalšími negativními signály. Rodič je tím deprimovaný a nevěří svým rodičovským schopnostem. Někteří rodiče mohou vykazovat až averzi a agresivní myšlenky vůči svým dětem (Papoušek, 2000).

Závěrem lze říci, že „*Chování dítěte v nejranějším věku představuje složitou souhru různých relativně nezávislých dílčích systémů, které se samy mění v čase co do obsahu a závažnosti a mezi nimiž dochází k různým interakcím*“ (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004, s. 158). Vývoj chování v raném věku je nelineární, ovlivňují ho různé systémy, které se mění a vzájemně ovlivňují, interagují. Důležitou roli v posuzování interakce hraje také individuální

variabilita chování a rodič by i v rámci svého intuitivního přístupu k dítěti měl respektovat jeho individuální vlastnosti. Péče o dítě by měla vycházet z této jedinečnosti a znalosti chování toho konkrétního dítěte. Intuitivní rodičovství je uzpůsobeno k podpoře dítěte je funkční v případě, že rodiče věří ve své vrozené schopnosti (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004).

#### **1.4. Shrnutí působení raného kontaktu na vytvoření specifického vztahu**

Jako shrnutí teoretické části práce lze uvést, že se autoři shodují, že bezprostřední skin-to-skin kontakt mezi matkou a dítětem po porodu je citlivým obdobím pro vznik specifického pouta mezi nimi, ale v případě, že k tomuto kontaktu nedojde, je možné daný stav ovlivnit a vykompenzovat později. Autoři však značně vyzdvihují důležitost a výhody výskytu raného kontaktu po porodu, avšak na základě výzkumů se přiklánějí k závěru, že tento kontakt je citlivým obdobím pro vznik vazby, což znamená, že dojde-li k němu, může to vznik specifického pouta usnadnit, avšak nejedná se o období kritické a tím pádem, je možné daný stav ovlivnit i v budoucnu působením dalším podnětů a specifický vztah mezi matkou a dítětem přesto vznikne.

Výsledky Bystrové, Ivanové, Edhborga et al. (2009), ukazují, že raný kontakt (nejen skin-to-skin, ale i dětí zabalených) pozitivně působí na vzájemnou interakci mezi matkou a dítětem 1 rok po porodu. Tato zjištění tak podporují přítomnost „*citlivého období*“ po porodu, během kterého úzký kontakt mezi matkou a dítětem může vyvolat dlouhodobé pozitivní účinky na interakci mezi nimi. Stejně výsledky podporuje i výzkum Klause již z roku 1972, který tenkrát prokázal existenci „*citlivého období*“ na malém vzorku chudých svobodných matek (Klaus, 2009). Ke stejnému zjištění se přiklání i Odent (1995), který citlivost daného období vysvětluje na základě působení neurohormonů, ale uznává, že kromě toho hraje důležitou roli kultura, prostředí a sociální podmínky, které mohou kompenzovat, co se dříve zanedbalo. Na druhou stranu podotýká, že lze-li vytvoření onoho pouta nějak usnadnit, proč to neudělat. Podobné výsledky ukazují i výzkumy Schaffera (1963) dle: Matějček & Langmeier (1986), který prokázal, že děti si s matkou dokázaly vytvořit specifický vztah i při dlouhodobém odloučení a to pravděpodobně vykompenzováním působením dalších osob a sociálních interakcí. Dále Hales, Lozoff, Sosa et al. (1977) ve svém výzkumu prokázali existenci „*citlivého období*“ hned po porodu, jelikož výsledky ukázaly, že skupina matek, která zažila s dětmi bezprostřední skin-to-skin kontakt se s dětmi více mazlila, držela je blíže u sebe a více se snažila o oční kontakt s dítětem oproti matkám bez tohoto kontaktu. Jeho výzkum však dále nezkoumá, jestli později tyto rozdíly nevymizely, a tak na jejich základě nelze mluvit o

existenci „*kritického období*“. Nakonec i Lamb (1983) ve své studii prokázal, že těsný kontakt matky s dítětem po porodu usnadňuje péči matky v prvních dnech po porodu a že matka je k dítěti více citlivá a vnímavá. Nicméně i podle něj nelze prokázat, že by tento vliv raného kontaktu přetrvával delší dobu a nebylo by možné ho vykompenzovat působením dalších vlivů.

## **2. Empirická část**

Cílem diplomové práce je zjistit, zda existuje vztah mezi výskytem raného kontaktu a následným subjektivním naladěním matky na dítě a pokud existuje, tak zda výskyt raného kontaktu podporuje pozitivní vnímání matky jejího vztahu s dítětem. Kromě posuzování souvislosti s raným kontaktem byl také zjišťován případný vztah s naladěním matky na dítě a poskytnutou péčí v porodnici (pokud šlo o poskytnutou péči související s dítětem, např. zda mohla dítě vidět kdykoli chtěla, nebo jí byly poskytnuté rady s kojením). Výzkum se také snaží zjistit případnou souvislost s výskytem raného kontaktu a naladěním matky, které bylo operacionalizováno produkcí slov respondentek a následně jeho možný vliv na proměnnou „valence x frekvence“, která byla vytvořena za účelem zohlednění produkce slov při posuzování celkového naladění matky na dítě.

Výzkumná část diplomové práce se zabývá možným působením výskytu raného kontaktu po porodu na subjektivní vnímání matky jejího vztahu s dítětem. Cílem práce bylo zjistit subjektivní vnímání matek, z toho důvodu byl celý výzkum prováděn pouze s matkami, za pomoci jejich odpovědí v dotazníku a výpovědí. Výzkum vychází z předpokladu, že subjektivní naladění matky na dítě souvisí s volbou slov, konkrétně v tomto případě adjektiv, při popisu dítěte. Na základě otázek z dotazníku byl nejprve veden s matkami rozhovor ohledně jejich zkušeností s porodem a následnou péčí v porodnici s důrazem zejména na výskyt raného kontaktu po porodu, který matky detailněji popsaly.

Z analýzy rozhovoru bylo odvozeno celkové naladění matky na dítě v průběhu celého rozhovoru. Naladění matky by bylo možné zkoumat prostřednictvím pozorování její interakce s dítětem, avšak tento postup se jevil jako příliš náročný z důvodu působení více nežádoucích proměnných, které bylo možné lépe kontrolovat při rozhovoru, než při pozorování. Rozhovor byl zvolen z toho důvodu, že se jevil jako nejadekvátnější ke zjišťování subjektivního vnímání. Dotazník se nejevil jako vhodný kvůli jeho náchylnosti k sociální desirabilitě, ale v rozhovoru bylo možné neptat se přímo, ale prostřednictvím hlubšího zkoumání výběru adjektiv, který předpokládá souvislost s emočním naladěním matky na dítě.

### **2.1. Metody**

Výzkum zjišťuje působení raného kontaktu po porodu na subjektivní vnímání vztahu mezi matkou a dítětem. Kromě raného kontaktu byla zjišťována i kvalita následného kontaktu mezi matkou a dítětem v porodnici a její případné působení na vnímání matky. Pro zjištění kvality následného kontaktu mezi matkou a dítětem v porodnici si volím dotazník KLI-P - *Kvalita*

*péče v českých porodnicích očima rodiček* (Takács, Sněhotová & Horáková Hoskovcová, 2012), na jehož vývoji jsem se sama podílela při šetření spokojenosti žen s českým porodnictvím, a na který jsem chtěla dále navázat bližším zkoumáním raného kontaktu po porodu. Z dotazníku byly vybrány klíčové otázky týkající se kontaktu matky s dítětem po porodu, které byly dále zpracovávány. Konkrétně se jednalo o otázky č. 17, 18, 19, 20 a 21 z části „*Oddělení šestinedělí/Jiné oddělení*“ a otázka č. 6 z části „*Osobní informace*“. Průběh raného kontaktu byl kromě odpovědi na otázku č. 6 z dotazníku dále zjišťován pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Subjektivní vnímání matky kvality jejího vztahu s dítětem bylo zjišťováno prostřednictvím naladění matky v průběhu rozhovoru. Naladění matky bylo operacionalizováno produkcí adjektiv respondentek. Provedený rozhovor byl polostrukturovaný, s předem zvolenými 11 okruhy otázek. Rozhovor byl poté zpracován a výsledky jeho zpracování byly dány do souvislosti s odpověďmi z použitého dotazníku.

### **2.1.1 Dotazník**

Dotazník KLI-P (Takács, Sněhotová & Horáková Hoskovcová, 2012) měří psychosociální klima na porodnickém oddělení a oddělení následné péče o rodičku a novorozence. Z dotazníku byly vybrány otázky týkající se průběhu porodu, s důrazem na výskyt raného kontaktu a také otázky týkající kontaktu matky s dítětem. Konkrétně se jednalo o otázky 17. *Své dítě jsem mohla vidět, kdykoli jsem chtěla.*, 18. *Měla jsem přehled o tom, kde mé dítě je.*, 19. *Zdravotníci mě podrobně seznámili se základními zásadami péče o novorozence.*, 20. *Zdravotníci mi aktivně nabízeli radu a pomoc s kojením.*, 21. *Zdravotníci mne rušili při kojení.* Tyto otázky byly poté statisticky testovány s cílem posoudit významný vliv odpovědi na subjektivní vnímání matky jejího vztahu s dítětem. Z odpovědi na tyto otázky poté vznikla nová proměnná „*Kontakt matky s dítětem v porodnici*“, jejíž případný vliv na subjektivní vnímání matky byl pak také statisticky testován. Nakonec otevřená otázka č. 6 „*Popište prosím, jak probíhal Váš kontakt s dítětem po porodu (zda-li jste byla s dítětem po porodu bez přerušování, případně na jak dlouhou dobu a z jakého důvodu jste byla od dítěte odloučena):*“ z části dotazníku KLI-P (Takács, Sněhotová & Horáková Hoskovcová, 2012) „*Osobní informace*“ zjišťovala průběh kontaktu s dítětem po porodu a byla dále hlouběji rozvinuta v rozhovoru. Na základě odpovědi matky byly matky rozděleny do tří skupin podle výskytu raného kontaktu. Vznikla tak další nezávislá proměnná „*Výskyt raného kontaktu*“. Do první skupiny byly zařazeny matky, které měly s dítětem nepřetržitý kontakt bezprostředně po porodu (tzn., že ještě neošetřené a neomyté dítě jim bylo ihned položeno na břicho), poté následovalo ošetření, po kterém bylo dítě opět předáno matce aspoň na 20 minut. Tento raný kontakt je považován za nejkvalitnější. Do druhé skupiny patří matky, které měly kontakt až

se zabaleným a ošetřeným dítětem a do třetí skupiny pak matky, které měly kontakt s dítětem kratší než 10 minut, nebo žádný.

### **2.1.2 Rozhovor**

Následnou metodou navazující na vyplnění dotazníku byl polostrukturovaný poznávací rozhovor, možno říci také narativní rozhovor, jelikož jeho cílem bylo podnítit a motivovat respondentku k vyprávění o dítěti a pokud možno k co největšímu popisu dítěte v různých situacích. Použitím rozhovoru jsem chtěla především docílit toho, aby se matka co nejméně stylizovala a kontrolovala, k čemuž by mohlo dojít při použití jiné kvantitativní metody, jako například dotazníku. Rozhovor mi také umožnil bezprostředně reagovat na výpověď respondentky, být s ní v interakci, motivovat ji, lépe ji vést k tomu, co vlastně výzkumem sleduji a umožnil zvýšit i ochotu respondentky k účasti na mém výzkumu prostřednictvím osobního kontaktu. Rozhovorem jsem chtěla přimět matku, aby ochotně vyprodukovala co nejvíce adjektiv popisujících její dítě. Chtěla jsem eliminovat to, že se většina matek snaží mluvit o dítěti co nejvíce pozitivně, ať už vědomě, nebo nevědomě, jelikož se snaží jevit jako „dobré matky“. Obtížně se sobě i okolí přiznává, že matka není s dítětem v nějakém směru spokojená, něco jí vadí, něco na dítěti nemá ráda apod. Vycházela jsem tedy z toho, že případné horší vnímání matky jejího vztahu s dítětem obtížně zjistím sledováním obsahu její výpovědi, ale že celkové naladění matky na dítě mohu vysledovat pomocí volby adjektiv popisujících její dítě. Tato metoda práce s adjektivy byla vybrána na základě výzkumů analýzy rozhovoru, které budou popsány níže (viz. kapitola 2.4. Zpracování dat). Matky při rozhovoru nevěděly přesně, co sleduji, nemohly se tedy vědomě soustředit, která slova zvolí, mohly se hůře stylizovat do role „dobré matky“. Každý rozhovor trval přibližně jednu hodinu, což je i poměrně dlouhá doba na to, aby se matka dokázala po celou dobu kontrolovat a intenzivně přemýšlet nad volbou slov. Snažila jsem se pomocí rozhovorů docílit co největší přirozenosti a autenticity. Standardní podmínky pro všechny respondentky byly dosaženy pomocí poměrně jasného vedení použitím 11 okruhů otázek, o kterých se měly respondentky rozprávět. Okruhy otázek byly otevřené a měly navodit vlastní aktivitu respondentek s tím, že jsem v průběhu občas vstupovala a reagovala za účelem zvýšení motivace a případné vyšší produkce respondentky. Témata otázek byla inspirována dotazníkem IBQ - *Infant Behavior Questionnaire* (Rothbart, 1981), který slouží jako nástroj pro posouzení temperamentu dítěte na 6 škálách - úroveň aktivity, utěšitelnost, strach, distres z omezování, úsměv a smích a doba trvání orientace. Následná témata měla dát matce prostor, aby co nejvíce popisovala svoje dítě v daných situacích a odpovídala na otázku „Jaké je“. Předpokládala jsem, že otázka „Jaké dítě je v konkrétní situaci“ vyvolá větší produkci adjektiv. Zvolené otázky se týkají jak

negativních, tak pozitivních situací, aby nebyl celý rozhovor veden jen v jednom duchu, ale zahrnoval oba dva póly. Nicméně vždy záleželo na konkrétním postoji matky. Některá otázka například na první pohled vybízí k produkci negativních slov, jako například poslední otázka „Jaké je Vaše dítě, když zlobí“, nicméně některé matky ji pojaly opačně a rozpovídaly se o tom, že jejich dítě je hodné.

### **Instrukce:**

*„Zkuste popsat nejčastější/nejběžnější situaci. Co se Vám vybaví jako první?“*

1. Jaké je Vaše dítě při jídle?
  - Jak to vypadá, když nedostane najíst hned
  - Co dělá, když už nechce dál jíst/nechce něco jíst
2. Jaké je Vaše dítě při usínání?
  - Jak to vypadá, když nemůže usnout
  - Jak se to vypadá, když se v noci probudí
3. Jaké je Vaše dítě při probouzení?
  - Co udělá jako první?
4. Jaké je Vaše dítě při oblékání/přebalování
  - Vybírá si oblečení? (záleží na věku)
5. Jaké je Vaše dítě při koupání
6. Jaké je Vaše dítě při hře doma s Vámi?
  - Jak si nejraději hraje?
  - Jak si nerado hraje?
  - Jak to vypadá, když se mu při hře něco podaří?
  - Jak to vypadá, když se mu při hře něco nedaří?
  - Jak to vypadá, když si musí přestat hrát?
7. Jaké je Vaše dítě při hře venku?
  - Jak se chová, když ho osloví jiné dítě?
  - Jaké je při hře s ostatními dětmi?
  - Jaké je, když mu jiné dítě bere hračku?
8. Jaké je Vaše dítě, když ho necháte v pokoji samotné?
9. Jaké je Vaše dítě, když jste někde na návštěvě?
10. Jaké je Vaše dítě, když je nemocné?
  - Když se necítí ve své kůži?
11. Jaké je Vaše dítě, když zlobí?
  - Zlobí vůbec?

## **2.2. Výzkumný vzorek**

Sběr dat probíhal v období 04/2014 - 08/2014. Matky se samy hlásily na výzvu: „*Provádím výzkum k diplomové práci na téma působení raného kontaktu po porodu na další vnímání vztahu mezi matkou a dítětem a sháním maminky s dětmi do 2 let. Výzkum je založen na*

*krátkém dotazníku o porodu a následujícím maximálně hodinovém rozhovoru. Veškeré poskytnuté informace budou anonymní a budou sloužit pouze k účelům diplomové práce.*“ S respondentkami bylo vždy uskutečněno osobní setkání, při kterém mi buď odevzdaly již předem vyplněný dotazník, na který jsme v rozhovoru navázaly, nebo dotazník vyplnily přímo na místě. Pro daný výzkum byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, kdy byly matkám pokládány pouze otevřené okruhy otázek a bylo už na nich, jak danou otázku uchopí a jak odpoví. Mým cílem bylo matky motivovat k tomu, aby co nejvíce vyprávěly, popisovaly svoje dítě, jaké je, jak se chová, snažila jsem se je přimět k vyšší produkci výroků týkajících se samotného dítěte, zejména adjektiv, jelikož u adjektiv se předpokládá jednodušší zařazování do kategorií při třídění bez ohledu na kontext. Prostředí rozhovoru nebylo striktně standardizováno, avšak snažila jsem se všem poskytnout stejné podmínky. Rozhovory vždy probíhaly při osobním setkání, jednalo se o klidné místo, kde se matky cítily jisté a měly tak možnost mluvit zcela otevřeně. Ve všech případech byla finální volba místa na matkách s ohledem na jejich potřeby. Všechny rozhovory byly se svolením matek nahrávané na diktafon z důvodu následného zpracovávání a práce s textem.

## 2.2.1 Popis vzorku respondentek

### Rok narození respondentek

Rok narození matky	Četnost	Procenta
1974	1	3,13
1975	1	3,13
1976	1	3,13
1979	2	6,25
1980	2	6,25
1981	2	6,25
1982	2	6,25
1983	2	6,25
1984	4	12,50
1985	2	6,25
1986	2	6,25
1987	7	21,88
1988	2	6,25
1989	1	3,13
1990	1	3,13

N=32	Rok narození matky
Průměr	1984
Standardní odchylka od průměru	1
Medián	1984
Modus	1987
Standardní odchylka	4
Rozptyl	17
Rozpětí	16
Minimum	1974
Maximum	1990

Tabulka 1 - Rok narození - popisná statistika

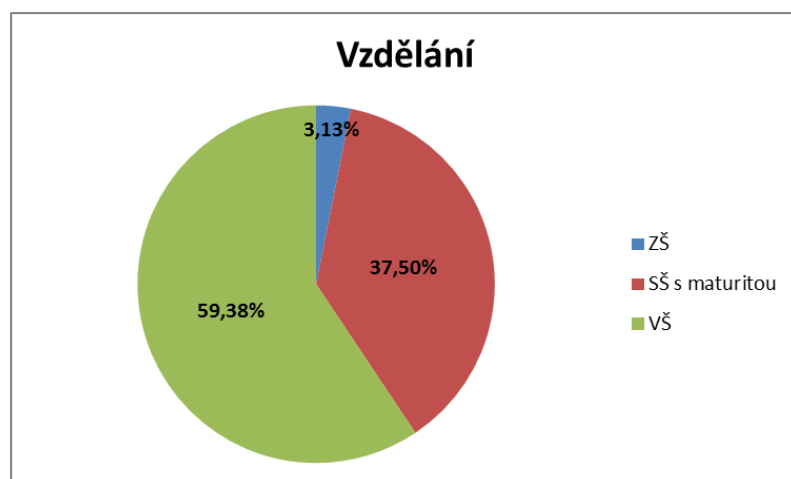
Tabulka 2 - Rok narození - četnosti

Pokud jde o věkové rozložení matek, tak je zastoupeno široké věkové spektrum od roku narození 1974 až po 1990 s tím, že většinou se v jednom roce narodila jedna až dvě matky, pouze roky 1984 a 1987 mají zastoupení vyšší. Největší počet respondentek se narodil v roce 1987, konkrétně 7 matek. Průměr i medián je rok 1984. Podle ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) „Nejvíce narozených připadá na věkovou skupinu rodiček 30–34letých, druhou tvoří skupina 25–29letých“ (ÚZIS, 2015). V mém vzorku je nejvíce matek 28 letých (rodily tedy ve věku 25,5-28 let). Obecně podle věkového rozložení žen v populaci se nejvíce žen nachází ve věku 35-39. Věkový průměr respondentek z mého vzorku je 31 let, takže moje respondentky jsou mladší než věkový průměr žen v populaci České republiky (ÚZIS, 2014).

### Vzdělání respondentek

Vzdělání	Četnost	Procenta
ZŠ	1	3,13
SŠ s maturitou	12	37,50
VŠ	19	59,38

Tabulka 3 - Vzdelání - četnosti



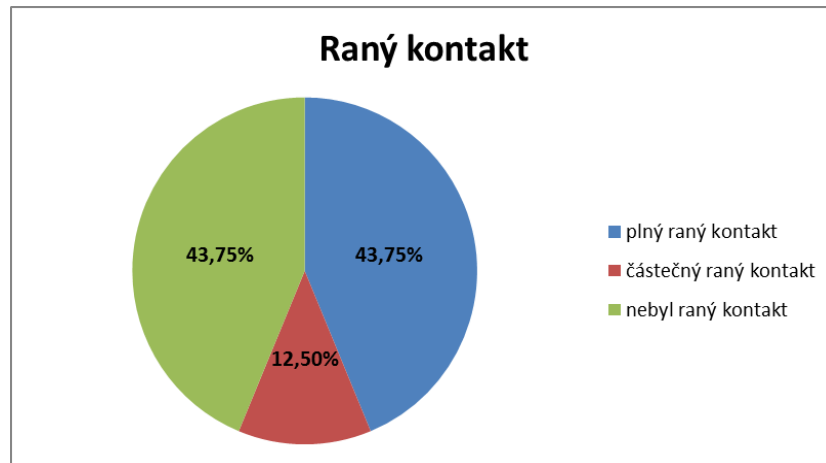
Graf 1 - Vzdelání

Z hlediska vzdělání je ve vzorku nejvyšší zastoupení respondentek s vysokoškolským vzděláním, konkrétně 19. Následně 12 středoškolaček s maturitou a jedna respondentka má základní vzdělání. Podle ÚZIS (2015), nejvíce rodiček má středoškolské vzdělání s maturitou, druhé nejčastější zastoupení mají vysokoškolačky. V mém vzorku převažují vysokoškolačky, ale rozdíl není markantní.

## Informace o porodu

Raný kontakt	Četnost	Procenta
plný raný kontakt	14	43,75
částečný raný kontakt	4	12,50
nebyl raný kontakt	14	43,75

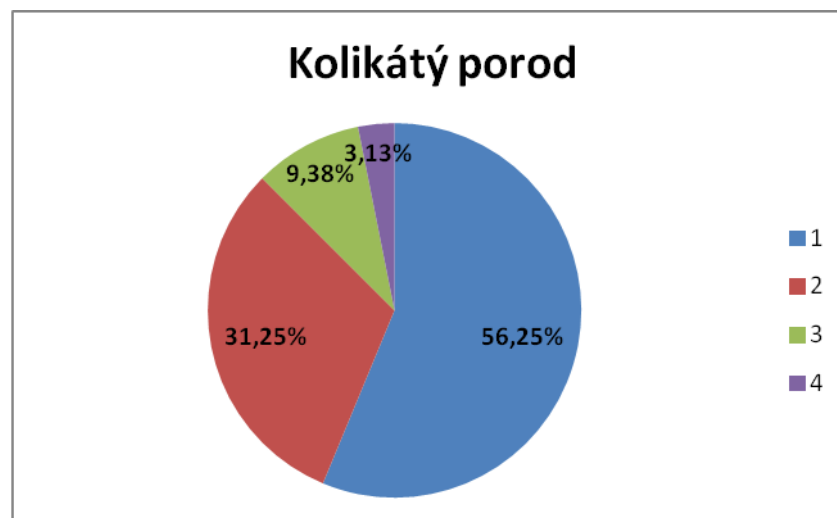
Tabulka 4 - Raný kontakt - četnosti



Graf 2 - Raný kontakt

Kolikátý porod	Četnost	Procenta
1	18	56,25
2	10	31,25
3	3	9,375
4	1	3,125

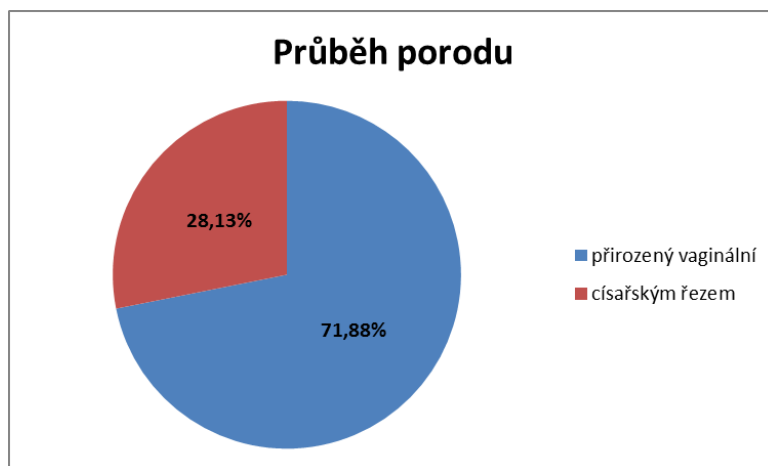
Tabulka 5 - Pořadí porodu - četnosti



Graf 3 - Pořadí porodu

Průběh porodu	Četnost	Procenta
přirozený vaginální	23	71,875
císařským řezem	9	28,125

Tabulka 6 - Průběh porodu



Graf 4 - Průběh porodu

Rozložení respondentek do skupin podle raného kontaktu je půl napůl pokud jde o dosažení plného raného kontaktu, nebo pokud nebyl raný kontakt vůbec. 14 respondentek mělo plný raný kontakt a 14 respondentek nemělo žádný. Nachází se zde pak ještě 4 respondentky, které nelze z hlediska kritérií zařadit ani do jedné ze skupin a jedná se o ženy, které měly částečný raný kontakt. Ve vzorku jasně převažují prvorodičky, kterých je celkem 18 (56,25%). Dále je zastoupeno 10 druhorodiček (31,25%), tři respondentky měly tři děti a jedna respondentka čtyři. Podle ÚZIS (2015) i v roce 2013 bylo nejvíce prvorodiček (48715=46,89%), následně druhorodiček (38065=36,64%). V mém vzorku bylo tedy prvorodiček ještě o něco více. V mém vzorku výrazně převažuje porod přirozený vaginální. Přirozeně rodilo 23 žen (71,88%), císařským řezem pak 9 matek (28,13%). Podle ÚZIS (2015) v České republice v roce 2013 rodilo také více žen vaginálně (77351 rodiček=74,45%), císařským řezem rodilo 26551 žen (25,55%). Celkem bylo rodiček v roce 2013 103902 (ÚZIS, 2015).

## Věk dítěte

Věk dítěte (v měsících)	Četnost	Procenta
1	3	9,38
3	4	12,50
4	2	6,25
5	4	12,50
6	4	12,50
7	2	6,25
8	1	3,13
10	2	6,25
12	1	3,13
14	1	3,13
15	1	3,13
19	1	3,13
20	2	6,25
23	2	6,25
28	1	3,13
30	1	3,13

N=32	Věk dítěte (v měsících)
Průměr	9,78
Standardní odchylka od průměru	1,45
Medián	6,00
Modus	3,00
Standardní odchylka	8,20
Rozptyl	67,21
Rozpětí	29,00
Minimum	1,00
Maximum	30,00

Tabulka 7 - Věk dítěte - popisná statistika

Tabulka 8 - Věk dítěte - četnosti

Ve vzorku respondentek převažují matky, které mají děti mladší jednoho roku. Největší zastoupení mají tříměsíční, pětíměsíční a šestíměsíční děti s počtem 4 dětí v každé z vyjmenovaných věkových skupin a tři děti byly měsíční. V ostatních věkových skupinách byly děti dvě a méně. Celkově byl výzkum proveden s matkami dětí ve věku od 1 do 30 měsíců, průměrný věk je 9,78 měsíců a medián je 6 měsíců.

## 2.3. Hypotézy

### Popis proměnných

#### *Nezávislé proměnné*

- Výskyt raného kontaktu
- Možnost vidět dítě, kdykoli matka chtěla
- Přehled o tom, kde dítě je
- Seznámení zdravotníku se zásadami péče o novorozence
- Aktivní nabízení pomoci zdravotníků s kojením

- **Nerušení při kojení**
- **Kontakt matky s dítětem v porodnici**

Proměnná - kontakt matky s dítětem v porodnici byla spočítána jako výsledný součet hrubých skóru u odpovědí: „Své dítě jsem mohla vidět, kdykoli jsem chtěla.“, „Měla jsem přehled o tom, kde mé dítě je.“, „Zdravotníci mě podrobně seznámili se základními zásadami péče o novorozence.“, „Zdravotníci mi aktivně nabízeli radu a pomoc s kojením.“ a „Zdravotníci mne rušili při kojení.“

### *Závislé proměnné*

- **Celková valence rozhovoru**

Celková valence rozhovoru bude spočítána jako aritmetický průměr posouzení každého slova nezávislymi posuzovateli. Následně bude proveden součet průměrného posouzení všech slov a vydělen počtem slov.

- **Frekvence výpovědí**

Důležitou proměnnou bude počet použitých adjektiv ve vztahu k dítěti.

- **Frekvence x Valence**

### *Nežádoucí proměnné*

Pro eliminaci nežádoucí proměnné na straně výzkumníka bylo použito posuzování valence slov pomocí shody posuzovatelů, nikoli pomocí posouzení samotného výzkumníka. Za pomocí shody posuzovatelů se stanoví reliabilita celé metody. Reliabilita jako shoda posuzovatelů se provádí za využití dvou nebo více osob označených jako hodnotitelé. Hodnotitelé nezávisle na sobě posuzují stejný soubor objektů zkoumání (Gwet, 2014). Mohlo by být výhodou, že jsem byla rozhovoru přítomna a vím například, jaký tón hlasu respondentka použila, což by mi mohlo pomoci v posuzování slov, na druhou stranu by to mohlo být zavádějící, vstupovala by do celého výzkumu moje subjektivita a zainteresovanost na výzkumu. Zvolila jsem tedy metodu posouzení na základě názoru tří nezávislých posuzovatelů, kteří dostali instrukci posuzovat adjektiva bez kontextu, jak si stojí slova sama o sobě. Nežádoucími proměnnými na straně zkoumaných osob mohla být snaha jevit se v lepším světle, konkrétně jako lepší matka, která byla eliminována tím, že respondentky přesně nevěděly, který jev při rozhovoru sleduji, nemohly se tedy soustředit na určitý výběr adjektiv. Dále jsem se je snažila motivovat k rozhovoru, mohly si zvolit prostředí rozhovoru a bylo jim nabídnuté sdělení výsledků výzkumu, což je mělo vést k větší pravdivosti sdělení

a snaze podat co nejpřesnější informace. Nežádoucí proměnné vyplývající z interakce mezi výzkumníkem a zkoumanými osobami byly eliminované především díky skutečnosti, že všechny rozhovory proběhly při osobním setkání, nemohly tam tedy nastat možné rušivé vlivy z důvodu nedostatečného kontaktu, nemožnosti reagování jeden na druhého apod. Také podmínky byly co nejlépe přizpůsobeny respondentkám se snahou vyhnout se hluku, rušivému prostředí a především byl kladem důraz na intimitu a pocit soukromí respondentek.

Na základě zjištění vyplývajících z teoretické části mám za cíl otestovat základní hypotézu, že výskyt raného kontaktu po porodu konkrétně výskyt skin-to-skin kontaktu bezprostředně po porodu a následný prodloužený kontakt s dítětem ještě na porodním sále má významný vliv na následné subjektivní pozitivní vnímání matky jejího vztahu s dítětem. Pozitivní vnímání matky bude posuzováno na základě proměnné „Celková valence rozhovoru“, ale v rámci toho bude zjišťován i případný vliv na „Frekvenci výpovědí“ a následně z toho vyplývající proměnnou kombinující oba fenomény „Frekvence x Valence“. Kromě zjišťování signifikantnosti vlivu výskytu raného kontaktu, bude statisticky testován také vliv faktu, že matka mohla vidět dítě, kdykoli chtěla, zda měla přehled o tom, kde dítě je, byla seznámena se základními zásadami péče o novorozence, byla jí aktivně nabízena pomoc s kojením a při kojení nebyla rušena. Celkově z toho lze vyvodit souvislost mezi kontaktem matky s dítětem v porodnici a jejím celkovým naladěním na dítě, frekvencí jejich výpovědí a valencí x frekvencí.

H1: Celková valence rozhovoru je stejná ve všech třech skupinách matek rozdělených podle výskytu raného kontaktu.

H2: Frekvence x Valence je stejná ve všech třech skupinách matek rozdělených podle výskytu raného kontaktu.

H3: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na to, jaký byl kontakt matky s dítětem v porodnici.

H4: Frekvence x Valence je stejná bez ohledu na kontakt matky s dítětem v porodnici.

H5: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na možnosti matky vidět dítě, kdykoli chtěla.

H6: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na to, jestli měla matka přehled o tom, kde dítě je.

H7: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na to, zda byla matka seznámena se základními zásadami péče o novorozence.

H8: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na to, jestli byla matce aktivně nabízena pomoc s kojením.

H9: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na to, jestli byla matka rušena při kojení.

## **2.4. Zpracování dat**

### **Analýza rozhovoru**

K analýze textu je možné přistoupit mnoha způsoby. Já jsem na začátku věděla svůj záměr, že bych chtěla pomocí analýzy textu zjistit celkové naladění matky na dítě, které předpokládám, že je totožné s celkovým vyzněním rozhovoru – zda bude spíše pozitivní, nebo spíše negativní. Bylo pak třeba zvolit tu nejvhodnější metodu analýzy textu. V následující kapitole popisuji nejrůznější metody a jejich případnou možnost využití či inspiraci pro svůj výzkum. Finální analýza je pak kombinací několika přístupů k analýze textu.

Z česky psané literatury je analýza textu nejvíce rozpracovaná v publikaci Plichtová (2002), a tak představuji její přehled přístupů k analýze, z kterého jsem čerpala pro vlastní práci s texty. Při analýze textu je možné použít tematickou analýzu, která je založena na třídění asociací do kategorií podle jednotlivých témat, která nejsou daná dopředu, ale vynořují se až v průběhu analýzy. K asociacím se pak následně přidávají čísla, která vyjadřují počet opakování, v dalším kroku se asociace seskupují k sobě podle významu, ale mají rozdílnou lexikální jednotku. Pokud je těchto kategorií stále ještě hodně (více, než 15), tak ve třetím kroku výzkumník testuje a hledá důvody pro další seskupování asociací. Dále existuje hierarchická klastrová analýza, která využívá metody indexové podobnosti/blízkosti, která odhaluje vzájemné vztahy mezi jednotkami. Blízkost je definovaná jako přítomnost jednoho nebo více společných znaků, nebo také jako vzájemná závislost, komplementarita, nahraditelnost. Míru blízkosti definuje výzkumník. Klastrová analýza odhaluje shluky položek na základě jejich společných vlastností nebo vnímaných podobností. Jinou metodou může být třídění podle důležitosti, kdy se například z 32 položek vybere 16 nejdůležitějších, z nich 8, pak 4, 2 a nakonec jedna nejdůležitější položka (Plichtová, 2002).

Plichtová (2002) dále popisuje metodu obsahové analýzy textu, kdy výzkumník sleduje frekvenci výskytu klíčových slov a vztahu mezi nimi. Slova s nejvyšší frekvencí použití

poukazují potom na ústřední obsah textu. Jeví se však jako věrohodnější, když klíčová slova vybere samotný autor textu (Plichtova, 2002).

### *Hodnocení polarity slov*

Ve studii Schapkina, Guseva & Kuhla (2000) o kategorizaci emocionálních slov za použití ERP (event-related potential) analýzy se nejprve vybralo vždy šest slov pro každou ze tří hodnotících kategorií. Hodnotící kategorie byly: negativní konotace slov, pozitivní konotace slov a neutrálně afektivní konotace slov. Celkem bylo tříděno 90 slov, která byla posuzovaná na 5 bodové škále od “velmi nepříjemný” po “velmi příjemný”. Slova byla posuzovaná účastníky ze stejné populační skupiny, kteří se neúčastnili experimentu. Tato vybraná slova byla poté promítaná probandům experimentu a sledovala se aktivita jejich mozku pomocí EEG. Úkolem probanda bylo určit, zda pro ně slovo má emocionální význam, nebo ho vnímají neutrálně a v případě, že má emocionální význam, tak zda pozitivní nebo negativní. Probandi pak měli zmáčknout vždy určité tlačítko podle významu, které pro ně dané slovo mělo. Na konci experimentu měli probandi také posoudit daná slova na 5 bodové škále od “velmi nepříjemný” po “velmi příjemný” a to z toho důvodu, aby se předešlo paradoxnímu hodnocení, kdy by proband negativní slovo posoudil jako pozitivní, nebo jako neutrální - žádná paradoxní hodnocení nebyla v tomto experimentu zaznamenána (Schapkin, Gusev & Kuhl, 2000).

V jiné studii zohledňovali vzhledem ke slovům také předchozí a kontextuální polaritu slov, která se mohla lišit. Slovo s pozitivní předchozí polaritou mohlo mít negativní kontextuální polaritu a opačně. Autoři zkrátka zohledňovali celkový kontext textu. Slova mimo kontext mohou vyznívat negativně nebo pozitivně, nicméně při zohlednění kontextu se pak v celkovém textu mohou jevit jako zcela neutrální. To platí také obráceně, slova, která se mimo kontext jeví jako neutrální, získala v rámci celkového kontextu zcela jiný význam a mohou být posuzovaná jako negativní nebo pozitivní (Wilson, Wiebe & Hoffmann, 2009).

Studie Wiebe, Wilson & Cardie (2005) posuzuje slova podle dalších kategorií, jako je intenzita slova, intenzita projevu, cíl projevu a typ přístupu. Typ přístupu je právě hodnocen buď jako negativní, pozitivní nebo neutrální, s tím, že při hodnocení daného výrazu se zohledňuje ještě jeho intenzita a směr. Pro objasnění autoři vysvětlují na příkladu, že intenzita některých slov jako například „řekl, přidal“ je typicky neutrální, intenzita výroku jako „kritizovat“ je střední a intenzita výroku „vehementně zamítnut“ je vysoká nebo extrémní.

Intenzita výroku je vždy posuzovaná dvěma posuzovateli, na základě jejichž posouzení je pak přiřazena finální intenzita (Wiebe, Wilson & Cardie, 2005).

Při analýze textu při potřebě posuzovat jednotlivá slova podle jejich konotace jako negativní, pozitivní a neutrální, jinak také „sentiment analysis“, je možné vyjít i z jejich dostupných seznamů slov. Tento postup byl zvolen i ve výše zmíněné studii Wilson, Wiebe & Hoffmann (2009), která se také zabývala předchozí a kontextuální polaritou slov. Autoři Wilson, Wiebe & Hoffmann (2009) vycházeli ze slovníku General Inquirer (Frisbie & Sudman, 1968), který je často používaný právě při tzv. sentiment analysis.

Například Feldman (2013) ve své práci popisuje techniky a použití analýzy sentimentu. Analýza sentimentu je vlastně hledání názoru autora daného textu, který v textu není vyjádřen přímo, avšak nepřímo použitím slov. Feldman (2013) se tuto analýzu snaží aplikovat na proces nakupování, který je podle něj ovlivněn vyhledáváním recenzí a názorů ostatních lidí. Dělí věty do dvou základních skupin – objektivní věty, které obsahují faktické informace a subjektivní věty, které obsahují názory, přání a pohledy na dané objekty. Při analýze recenze za použití analýzy sentimentu musí být možné spočítat skóre sentimentu celé recenze i jednotlivých aspektů. Analýzu sentimentu je možné rozdělit na dílčí části: 1. analýza na úrovni dokumentu, 2. analýza na úrovni věty, 3. analýza založená na aspektu, 4. komparativní analýza sentimentu a 5. vytvoření lexikonu sentimentu. Analýza na úrovni dokumentu může být buď supervidovaná, která rozděluje dokumenty do dvou skupin – pozitivní a negativní, případně neutrální. Autor zde jako příklad uvádí 5 hvězdičkové hodnocení knih na Amazonu. Nesupervidovaná analýza je založená na určující sémantické orientaci specifických frází – jestliže je průměrná sémantická orientace těchto frází nad předdefinovanou hranicí, dokument je pozitivní, v opačném případě negativní (Feldman, 2013). Turney & Littman (2003) posuzovali sémantickou orientaci slov podle orientace indikující „pochvalu“ – tato slova byla posuzovaná jako pozitivní a naopak „kritiku“, kdy tato slova byla posouzena jako negativní. Kromě směru hodnotili ještě stupeň orientace, který byl buď mírný nebo silný (Turney & Littman, 2003). Analýza na úrovni vět vychází z toho, že každá věta obsahuje jeden názor. Před tím, než je možné určit polaritu věty, je třeba rozhodnout, zda je věta objektivní nebo subjektivní a následně analyzovat pouze věty subjektivní. Poté jsou tyto věty klasifikovány buď jako pozitivní, nebo jako negativní. Tyto dvě předešlé analýzy fungují dobře, když se text vyjadřuje pouze k jedné jednotlivosti, nicméně text je často o vyjadřování se k více aspektům a člověk má často rozdílné názory ke všem aspektům. Proto je možné použití analýzy sentimentu založené na aspektu. Některé aspekty mohou být posouzeny jako negativní, jiné

jako pozitivní. Komparativní analýza sentimentu se používá v případě, že se v textu vyskytují srovnávání sledovaného jevu s jiným. Poslední fází je vytvoření lexikonu sentimentu, který je možné vytvořit buď ručně kódováním slov, nebo přístupem založeným na existujícím slovníku, jako například WordNet, kdy dojde pouze k rozšíření již dostupného slovníku a poslední možností je tzv. „corpus-based“ přístup, kdy je soubor slov rozšířen použitím velkého souboru dokumentu týkajícího se daného tématu (Feldman, 2013).

Mohammad & Turney (2013) vytvořili také lexikon slov podle emočního zabarvení a polarity. Autoři vyšli z již existujících lexikonů. Účastníci výzkumu splňovali jedinou podmínku, a sice že byli rodilými mluvčími plynně mluvícími anglicky právě z toho důvodu, aby dobře identifikovali emoce ve spojení se slovy. Zmiňují i to úskalí, že jednotlivá slova vytržená z kontextu mají pak zcela odlišné významy a člověk, který je posuzuje, do toho vnáší svoji subjektivitu. Nicméně z důvodu obrovského počtu slov toto nebylo možné lépe ošetřit. Účastníci výzkumu měli vždy určit, které emoce se jim asociují s daným slovem. Nejprve jim byla předložena 4 slova a měli z nich vybrat jedno, které je svým významem nejbližší cílovému slovu, čímž se zjistí, jak účastník rozumí danému cílovému slovu. Poté měli účastníci posoudit jak pozitivní je dané slovo na 4 bodové škále, dále jak negativní, jak moc je asociováno s emoci „radost“, jak moc s emoci „smutek“, „strach“, „zlost“, „důvěra“, „znechucení“, „překvapení“, „očekávání“ a nakonec zda je slovo emoci. Účastníci odpovědí, buď že je, nebo že není emoci (Mohammad & Turney, 2013).

Jegadeesh & Wu (2013) se ve své práci zabývají vztahem mezi celkovým vyzněním dokumentu (zda je negativní nebo pozitivní) a reakcemi spotřebitelů na pozitivní, či negativní slova a vyjadřují se k jednotlivým již existujícím lexikonům. Většina autorů lexikonů používá proporcionální váhové schéma, kdy je stupeň vyznění dokumentu měřen poměrem negativních a pozitivních slov k celkovému počtu slov v dokumentu. Toto váhové schéma tak předpokládá, že všechna slova v rámci kategorie jsou stejně důležitá. Jegadeesh & Wu (2013) však objektivně určili váhu daného termínu na základě reakcí trhu. Autoři pak našli signifikantní vztah mezi vyzněním celého dokumentu a reakcemi trhu na pozitivní slova (Jegadeesh & Wu, 2013).

### *Výběr adjektiv*

Možné techniky pro určování polarity slov nebo sémantické orientace jsou popsány v práci Hatzivassiloglou & McKeown (1997), kteří se zaměřili právě na adjektiva. Autoři identifikovali a hodnotili sémantickou orientaci adjektiv na pozitivní nebo negativní.

Sémantická orientace podle nich omezuje a ovlivňuje užití slova v jazyku. Například téměř všechna antonyma mají rozdílnou sémantickou orientaci. Autoři ve své metodě dávají do dvojic slova s opačnou orientací a podle toho je pak třídí do skupin podle stejné sémantické orientace, čímž vytvoří dvě skupiny – pozitivní a negativní adjektiva. Konkrétně to lze ukázat na příkladu slov k sobě opačných „fair - brutal“ a „corrupt - legitimate“, kdy k jednomu slovu přiřadí nálepkou „mínus“ a ke druhému „plus“ a pak ve výsledku fair a legitimate budou v jedné skupině a corrupt a brutal v druhé. Autoři se v tomto výzkumu ptali 4 lidí na nezávislé „nálepkování“ vzorku 500 adjektiv. Těchto skupin se vytvoří několik a jednotlivé průměry výskytu v jednotlivých skupinách se pak porovnávají a slovům s nejvyšší frekvencí je pak přidělena nálepka negativní nebo pozitivní podle jejich výskytů v daných skupinách (Hatzivassiloglou & McKeown (1997). S posuzováním adjektiv se pracuje i při výše zmíněné komparativní analýze sentimentu. V tomto případě si všímáme porovnávajících adjektiv, jako například „méně, více, lépe, hůře“, superlativních adjektiv nebo dodatečných frází, jako například „preferovat, než, číslo jedna“ apod (Feldman, 2013).

### **Shrnutí předností a nevýhod jednotlivých metod**

Analýza sentimentu je pro můj výzkum značně inspirativní a pravděpodobně by došlo k přesnějším výsledkům při postupném posouzení textu, nejprve od jednotlivých slov, poté od jednotlivých vět nebo frází, přes komparativní analýzu sentimentu, která se v tomto případě jeví jako obzvláště vhodná, jelikož zejména matky mají velkou tendenci porovnávat svoje děti ať už se sourozenci, tak i s jinými dětmi. Dále je vhodná i metoda analýzy sentimentu na základě aspektu, jelikož matky mluví o svém dítěti prostřednictvím popisování různých situací, kdy některou situaci hodnotí kladně, jinou záporně. Také obsahová analýza se mi nejeví jako vhodná pro můj výzkum, jelikož není cílem odhalit ústřední obsah textu, nýbrž odhalit celkové naladění, myšleno spíše emocionální, matky na dítě.

A nakonec by bylo vhodné posouzení celkového textu jako celku. Nicméně s ohledem na to, že z důvodu subjektivní zainteresovanosti ve výzkumu a participací na sběru dat tyto analýzy nebudu provádět já, nýbrž posuzovatelé, tak pro zvýšení kvality posouzení jsem pro vyhodnocování dat zvolila jednodušší způsob posouzení, a sice posouzení adjektiv, která mohou být případně spojena s dalšími adverbii. Posuzovaná slova jsou vytržena z kontextu.

Bylo by vhodné využít již existující český lexikon, jelikož celý výzkum je prováděn v českém jazyce, ale dostupný český slovník neexistuje a při překladu slov do jiného jazyka by mohlo dojít k mnoha chybám. Použití jiného lexikonu, než českého tedy nepovažuji za vhodné.

Ze studie Schapkina, Guseva & Kuhla (2000) se mi jeví jako vhodné pro můj výzkum způsob posuzování slov na 5 bodové škále, který se zde projevil jako velmi přesný při porovnání s hodnocením slov v rámci sledování mozkové aktivity na EEG a tudíž lze předpokládat, že i subjektivní posuzování slov by poměrně přesně měřilo konkrétní postoj posuzovatele k jednotlivým slovům s tím, že v případě použití metody shody více posuzovatelů by se tato metoda zobjektivizovala.

V rámci mého výzkumu se mi zohlednění kontextu, které použili Wilson, Wiebe & Hoffmann (2009) jeví jako spíše zavádějící a nepřesné, jelikož celkový dojem z rozhovoru je téměř vždy pozitivní v případě, že matka mluví o svém dítěti, snaží se nějak jevit a vystupovat a působit tak jako „dobrá matka“, a tak jsem zvolila spíše metodu zaměřující se na jednotlivosti a detaily, která může více odhalit možné skryté subjektivní pocity a naladění se, které se mohly promítnout právě do volby slov. Zvolila jsem tedy metodu posuzování slov vytržených z kontextu.

Přidávání dalších kategorií pro posuzování slov, které doporučuje Wiebe, Wilson & Cardie (2005) se mi jeví jako příliš složité pro posuzovatele a s ohledem na důraz na kvalitu posouzení daných slov jsem zvolila metodu posouzení slov na 5 bodové škále třemi posuzovateli.

Rozhovory byly přepsány do souvislého textu, z kterého byla postupně vybrána všechna adjektiva, která byla případně spojená s rozšiřujícími adverbii (např. opravdu hodně milá), která popisují dítě a odpovídají na otázku „Jaké je“. Kromě těchto adjektiv byla vybrána i adjektiva popisující danou situaci a odpovídající na otázku „Jaké to je při..., Jaké to je, když...“. Tyto výroky zvlášť bez ohledu na celkový kontext textu byly předloženy třem posuzovatelům, kteří měli za úkol posoudit každý jednotlivý výrok na 5 bodové škále od rozhodně pozitivní po rozhodně negativní. Posuzovatelé byli proškoleni, jak mají jednotlivé výroky posuzovat pomocí instrukce: *„Vidíš pod sebou několik výroků a nad tím 5 bodovou škálu: velmi pozitivní - spíše pozitivní - neutrální - spíše negativní - velmi negativní. Prosím tě, přečti si důkladně každý ten výrok tak, jak je napsaný, nic si k tomu nedomyšlej, neodhaduj, zkrátka pracuj s výrokem přesně v takové podobě, v jaké ho vidíš, nijak nezapadá do kontextu, není důležité, jakého tématu se týká, nesouvisí s ostatními výroky - posuzuj každý výrok tak jak si stojí sám o sobě. Výroky jsou seřazeny podle abecedy, takže vzájemně spolu nesouvisí. Až si výrok důkladně přečteš, posud' prosím na výše předložené 5 bodové škále, zda ti ten výrok připadá jako: velmi pozitivní - spíše pozitivní - neutrální - spíše negativní - velmi negativní. Neexistuje žádná správná nebo špatná odpověď, jde o to, jak to působí na tebe,*

*jaký se ti ten výrok zdá. Svoji odpověď označ prosím křížkem v každém příslušném okýnku dané škály.*“ Posuzovatelé posuzovali postupně každý rozhovor zvlášť.

Finální stupeň výroků byl poté spočítán jako aritmetický průměr z odpovědí posuzovatelů. Celkové stupně výroků se poté sečetly a vydělily celkovým počtem výroků. Vyjde pak celkový průměr výroků značící celkovou valenci rozhovoru, která je jednou z proměnných.

### **Vyhodnocení dotazníku**

Otázky „Své dítě jsem mohla vidět, kdykoli jsem chtěla.“, „Měla jsem přehled o tom, kde mé dítě je.“, „Zdravotníci mě podrobně seznámili se základními zásadami péče o novorozence.“, „Zdravotníci mi aktivně nabízeli radu a pomoc s kojením.“, „Zdravotníci mne rušili při kojení.“ byly posuzovány na čtyřbodové škále: 4 - rozhodně souhlasím, 3 - spíše souhlasím, 2 - spíše nesouhlasím a 1 - rozhodně nesouhlasím s tím, že poslední otázka „Zdravotníci mne rušili při kojení.“ je reverzní a hodnoty byly tudíž převráceny. Součtem hrubých skóre těchto odpovědí vznikne nová proměnná „Kontakt matky s dítětem v porodnici“. Poté byla provedena statistická analýza významnosti vlivu odpovědí na celkovou valenci rozhovoru, frekvenci výpovědí a celkovou valenci krát frekvenci. Pomocí těchto závislých proměnných mám za cíl popsat celkově subjektivní vnímání matky jejího vztahu s dítětem. Kromě pěti zmíněných vybraných položek byla také použita kvantifikovaná odpověď na otázku č. 6 „*Popište prosím, jak probíhal Váš kontakt s dítětem po porodu (zdali jste byla s dítětem po porodu bez přerušování, případně na jak dlouhou dobu a z jakého důvodu jste byla od dítěte odloučena)*.“ Matky byly rozděleny do tří skupin: 1 - matky, které měli s dítětem nepřetržitý kontakt bezprostředně po porodu (tzn., že ještě neošetřené a neomyté dítě jim bylo ihned položeno na břicho), poté následovalo ošetření, po kterém bylo dítě opět předáno matce aspoň na 20 minut; 2 - matky, které měly kontakt až se zabaleným a ošetřeným dítětem a 3 - matky, které měly kontakt s dítětem kratší, než 10 minut, nebo žádný. Následně byla také provedena statistická analýza možného vlivu na nezávislé proměnné „Celková valence rozhovoru“, „Frekvence výpovědí“ a „Frekvence x Valence“.

### **Statistická analýza**

Pro testování hypotéz byl spočítán Spearmanův korelační koeficient mezi proměnnými, jelikož mezi nimi předpokládám lineární vztah. Spearmanův korelační koeficient mi umožní zjistit i sílu závislosti. Dále bude spočítán index Krippendorfovo alfa pro zjištění reliability metody na základě shody tří posuzovatelů. Testování proběhlo za využití statistického programu SPSS.

## 2.5. Výsledky

### 2.5.1 Popis proměnných

N=32	Valence rozhovoru	Frekvence x valence	Kontakt matky s dítětem v porodnici
Průměr	2,56	157,78	17,88
Standardní odchylka od průměru	0,05	9,40	0,47
Medián	2,56	151,67	18,50
Modus	2,48	78,33	20,00
Standardní odchylka	0,27	53,15	2,65
Rozptyl	0,07	2825,08	7,02
Rozpětí	1,24	239,67	11,00
Minimum	2,01	78,33	9,00
Maximum	3,25	318,00	20,00

Tabulka 9 - Popis proměnných

Hodnoty vzniklé nezávislé proměnné „kontakt matky s dítětem v porodnici“, která byla vytvořena jako součet hrubých skóre odpovědí pěti vybraných otázek z dotazníku, a která zahrnuje celkový kontakt matky s dítětem v porodnici (str. 58-59 – popis proměnných: nezávislé proměnné), se pohybuje v rozmezí od 9 do 20, kdy průměr je 17,88, medián 18,5 a modus 20, což je zároveň nejvyšší možná dosažená hodnota. Většina matek měla tedy z jejich pohledu úplný kontakt s dítětem v porodnici. Konkrétně to znamená, že většina matek mohla vidět dítě, kdykoli chtěla, věděla vždy, kde se její dítě zachází, byla seznámena se základními zásadami péče o novorozence, byly jí aktivně poskytnuty rady s kojením a nebyla u kojení rušena.

Mezi základní závislé proměnné patří „valence rozhovoru“ a „frekvence x valence“ (viz str. 58-59 – popis proměnných: závislé proměnné). Z těchto proměnných se vytvoří hypotézy a další výzkumné otázky, ve kterých se dají tyto proměnné do souvislosti s dalšími proměnnými a ověří se korelace mezi nimi. Hodnoty valence rozhovoru se pohybují v rozmezí od 2,01 do 3,25 - celkové naladění matek je tedy spíše pozitivní až spíše negativní (2=spíše pozitivní, 3=neutrální, 4=spíše negativní). Průměrná valence vyšla 2,56, což je hodnota mezi spíše pozitivní a neutrální. Medián je též 2,56, modus 2,48. Hodnoty proměnné frekvence x valence se nachází v intervalu od 78,33 do 318. Průměrná hodnota je 157,78, medián 151,67 a modus 78,33. Je tedy patrné, že nejnižší hodnota je zároveň nejčastější -

frekvence rozhovoru matek tedy většinou nebyla příliš vysoká. Frekvencí se rozumí počet použitých adjektiv matkami.

## 2.5.2 Ověřování hypotéz a dalších výzkumných otázek

### Test reliability

Vzhledem k posouzení emočního náboje adjektiv bylo využito posouzení několika posuzovatelů a bylo nutno ověřit jejich shodu. Pro testování reliability posuzovatelů jsem vycházela z Krippendorffova typu reliability – opakovatelnost postupu. Krippendorff uvádí tři typy reliability. Prvním typem je stabilita, která uvádí do jaké míry je metoda spolehlivá dlouhodobě a opakovaně. Zjišťuje se opakovaným posuzováním (kódováním) stejného vzorku jedním posuzovatelem (kodérem) po uplynutí určité doby. Krippendorff ji však považuje za nejnižší míru spolehlivosti dat. Druhým typem reliability je opakovatelnost postupu, která se zjišťuje srovnáním posouzení více posuzovatelů v různých podmínkách a na více vzorcích. Tento typ zjišťování reliability jsem pro svůj výzkum zvolila. Třetím typem je pak přesnost, která se měří porovnáním výsledků testovaného nástroje s výsledky jiného (Sedláková, 2015).

Volím tedy Krippendorffovo alpha, které měří spolehlivost posuzovatelů a tím spolehlivost celé metody, která je závislá na posouzení posuzovatelů. Výsledná reliability může nabývat hodnot 0-1: 0 znamená, že není žádná shoda mezi posuzovateli a 1 znamená absolutní shodu. Pomocí Krippendorffovo alpha lze spočítat shodu zvláště mezi jednotlivými třemi posuzovateli, nicméně mě zajímá průměrná reliability posuzovatelů. Krippendorffovo alfa jsem spočítala pro ordinální proměnné.

<b>Krippendorffovo alpha (ordinální proměnné)</b>	<b>0.582</b>
Počet posuzovatelů:	3
Počet položek:	1519
Počet rozhodnutí:	4557

Tabulka 10 - Krippendorffovo alpha

Reliability metody spočítaná pomocí Krippendorffova alpha (Krippendorff, 2011) vyšla **0,582**, což odpovídá zhruba průměrné reliability. Tento postup se tedy ukázal jako relevantní pro daný výzkum.

## Test hypotéz

Hypotézy jsem testovala tím, že jsem korelovala jednotlivé proměnné a spočítala neparametrický Spearmanův korelační koeficient, který lze použít u ordinálních proměnných při jiném, než normálním rozdělení. Test normality jsem provedla pomocí Shapiro-Wilkova testu:

	Shapiro-Wilk	Stupeň volnosti	P-hodnota
Valence rozhovoru	0,975	32	0,633
Frekvence x valence	0,938	32	0,065
Raný kontakt	0,711	32	<0,001
Možnost vidět dítě, kdykoli matka chtěla	0,362	32	<0,001
Přehled o tom, kde dítě je	0,306	32	<0,001
Seznámení zdravotníku se zásadami péče o novorozence	0,545	32	<0,001
Aktivní nabízení pomoci zdravotníkům s kojením	0,758	32	<0,001
Nerušení při kojení	0,636	32	<0,001
Rok narození matky	0,936	32	0,059
Věk dítěte (v měsících)	0,852	32	<0,001
Kolikátý porod	0,736	32	<0,001
Průběh porodu	0,565	32	<0,001
Vzdělání	0,650	32	<0,001
Kontakt matky s dítětem v porodnici	0,789	32	<0,001

Tabulka 11 - Test normality

Výsledky ukazují, že normální rozdělení mají pouze proměnné: valence rozhovoru, frekvence x valence a rok narození matky. Jelikož koreluji proměnné vzájemně, použiji neparametrický korelační koeficient.

Dále jsem vybrala test oboustranné signifikance, jelikož hypotézy jsou položeny oboustranně – zda je, nebo není rozdíl mezi hodnotami proměnných a není přitom dáno, jakým směrem.

## Posouzení hypotéz

N=32		Valence rozhovoru	Frekvence x valence
Raný kontakt	Spearmanův korelační koeficient	-0,250	0,043
	P-hodnota	0,168	0,813
Možnost vidět dítě, kdykoli matka chtěla	Spearmanův korelační koeficient	-0,320	-0,184
	P-hodnota	0,074	0,313
Přehled o tom, kde dítě je	Spearmanův korelační koeficient	-0,285	-0,334
	P-hodnota	0,113	0,062
Seznámení zdravotníku se zásadami péče o novorozence	Spearmanův korelační koeficient	-0,125	-0,164
	P-hodnota	0,496	0,369
Aktivní nabízení pomoci zdravotníkům s kojením	Spearmanův korelační koeficient	-0,299	-0,072
	P-hodnota	0,096	0,695
Nerušení při kojení	Spearmanův korelační koeficient	<b>*-0,407</b>	-0,175
	P-hodnota	0,021	0,337
Kontakt matky s dítětem v porodnici	Spearmanův korelační koeficient	-0,337	-0,205
	P-hodnota	0,060	0,260
* Korelace je signifikantní na 5% hladině významnosti dvoustranného testu.			
** Korelace je signifikantní na 1% hladině významnosti dvoustranného testu.			

Tabulka 12 - Korelace vztahující se k hypotézám

H1: Celková valence rozhovoru je stejná ve všech třech skupinách matek rozdělených podle výskytu raného kontaktu.

Spearmanův korelační koeficient při korelování proměnných „Valence rozhovoru“ a „Raný kontakt“ vyšel -0,250 při P-hodnotě 0,168. Neprokázala se tedy signifikantní závislost. Na základě tohoto výzkumu nelze tedy říci, že by raný kontakt bezprostředně po porodu měl významný vliv na emoční naladění matky na dítě a tím na subjektivní vnímání matky jejich vztahu. Hypotézu H1 nelze zamítnout.

H2: Frekvence x Valence je stejná ve všech třech skupinách matek rozdělených podle výskytu raného kontaktu.

Spearmanův korelační koeficient při korelování proměnných „*Frekvence x valence*“ a „*Raný kontakt*“ vyšel 0,043 při P-hodnotě 0,813. Tím pádem ani při zohlednění frekvence výpovědí, což je počet adjektiv, které matka použila při popisu svého dítěte nebo situacích s ním spojených, se neprokázal významný vliv výskytu raného kontaktu. Nelze tedy říci, že by výskyt raného kontaktu významně souvisel s produkcí výpovědí matky o dítěti a s jejím celkovým emočním naladěním na dítě. Hypotézu H2 nelze zamítnout.

H3: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na to, jaký byl kontakt matky s dítětem v porodnici.

Spearmanův korelační koeficient při korelování proměnných „*Valence rozhovoru*“ a „*Kontakt matky s dítětem v porodnici*“ vyšel -0,337 při P-hodnotě 0,060. Při zohlednění toho, jak matka vnímala, že měla nebo neměla celkově kontakt s dítětem v porodnici, se neprokázal významný vliv tohoto kontaktu matky s dítětem na její emoční naladění na dítě. Hypotézu H3 nelze zamítnout.

H4: Frekvence x Valence je stejná bez ohledu na kontakt matky s dítětem v porodnici.

Spearmanův korelační koeficient při korelování proměnných „*Frekvence x valence*“ a „*Kontakt matky s dítětem v porodnici*“ vyšel -0,205 při P-hodnotě 0,260. Proto i pokud vezmeme kromě emočního naladění matky na dítě také produkci jejích adjektiv o dítěti nebo celé situaci, tak se neprokázal významný vliv vnímaného kontaktu matky s dítětem v porodnici na produkci výpovědí a naladění na dítě. Ani hypotézu H4 nelze zamítnout.

H5: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na možnost matky vidět dítě, kdykoli chtěla.

Spearmanův korelační koeficient při korelování proměnných „*Valence rozhovoru*“ a „*Možnost vidět dítě, kdykoli matka chtěla*“ vyšel -0,320 při P-hodnotě 0,074. Vliv vnímání matky, zda mohla vidět své dítě v porodnici, kdykoli chtěla, na celkové naladění matky na dítě se také neprokázal jako významný. Nelze říci, že to jestli měla matka pocit, že může vidět své dítě v porodnici, kdykoli chce, může vést k lepšímu nebo horšímu naladění matky na dítě. Hypotézu H5 nelze zamítnout.

H6: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na to, jestli měla matka přehled o tom, kde dítě je.

Spearmanův korelační koeficient při korelování proměnných „Valence rozhovoru“ a „Přehled o tom, kde dítě je“ vyšel -0,285 při P-hodnotě 0,113. Tudíž stejně tak se neprokázal významný vliv skutečnosti, zda matka vnímala, že měla nebo neměla přehled o tom, kde se její dítě právě nachází, na její celkové naladění na dítě. Hypotézu H6 nelze zamítnout.

H7: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na to, zda byla matka seznámena se základními zásadami péče o novorozence.

Spearmanův korelační koeficient při korelování proměnných „Valence rozhovoru“ a „Seznámení zdravotníku se zásadami péče o novorozence“ vyšel -0,125 při P-hodnotě 0,496. Neprokázal se signifikantní vliv na vnímání matky jejího vztahu s dítětem, zda měla pocit, že byla dostatečně seznámena se základními zásadami péče o novorozence. Hypotézu H7 nelze zamítnout.

H8: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na to, jestli byla matce aktivně nabízena pomoc s kojením.

Spearmanův korelační koeficient při korelování proměnných „Valence rozhovoru“ a „Aktivní nabízení pomoci zdravotníkům s kojením“ vyšel -0,299 při P-hodnotě 0,096. To jestli měla matka pocit, že jí byla aktivně nabízena pomoc s kojením, se také neprokázalo jako signifikantní ve vztahu k celkovému emočnímu naladění matky na dítě. Hypotézu H8 nelze zamítnout.

**H9: Celková valence rozhovoru je stejná bez ohledu na to, jestli byla matka rušena při kojení**

N=32		Nerušení při kojení
Valence rozhovoru	Spearmanův korelační koeficient	<b>-0,407</b>
	P-hodnota	0,021

Tabulka 13 - Valence rozhovoru a nerušení při kojení

Hypotézu H9 lze zamítnout na hladině významnosti 0,05. Prokázal se významný vliv vnímání matky, že byla rušena při kojení zdravotníky na její celkové emoční naladění na dítě. S rostoucím pocitem rušení při kojení, byla matka významně více pozitivně na dítě naladěna.

To může být dáno například tím, že pokud se matka cítila rušena a vnímala tak určitý dyskomfort, mohla se více upnout na dítě. Případně její naštvání na zdravotníky způsobené pocitem rušení mohlo vést k opačnému efektu a pozitivnějšímu vnímání dítěte. Dalším možným vysvětlením může být, že je matka obecně více pozitivně laděná a jakýkoli zásah pak už vnímá jako rušení.

### Korelace dalších proměnných

Při korelaci proměnných navzájem se prokázaly statisticky významné korelace u následujících proměnných.

<b>N=32</b>		Věk dítěte
Valence rozhovoru	Spearmanův korelační koeficient	<b>0,398</b>
	P-hodnota	0,024

Tabulka 14 - Valence rozhovoru a věk dítěte

Věk dítěte měl signifikantní vliv na celkovou valenci rozhovoru. Čím bylo dítě starší, tím byla valence více negativní. Signifikantní vliv lze potvrdit na hladině významnosti 0,05. Vyplývá z toho tedy fakt, že matky mají tendenci se o mladším dítěti vyjadřovat více pozitivně, jsou na něj pozitivněji naladěné a v popisu dítěte používají více pozitivních adjektiv.

<b>N=32</b>		Průběh porodu
Raný kontakt	Spearmanův korelační koeficient	<b>0,594</b>
	P-hodnota	<0,001

Tabulka 15 - Raný kontakt a průběh porodu

Průběh porodu měl signifikantní vliv na výskyt raného kontaktu. Závěrem lze říci, že po porodu císařským řezem je méně pravděpodobný raný kontakt než po porodu vaginálním. Významný vliv byl prokázán na hladině významnosti 0,05. Vaginální porod tedy s významně větší pravděpodobností vede k částečnému nebo plnému ranému kontaktu.

<b>N=32</b>		Možnost vidět dítě, kdykoli matka chtěla
Raný kontakt	Spearmanův korelační koeficient	<b>-0,403</b>
	P-hodnota	0,022

Tabulka 16 - Raný kontakt a možnost vidět dítě, kdykoli matka chtěla

Dále byl prokázán statisticky významný dopad výskytu raného kontaktu na další možnost matky v porodnici, aby své dítě viděla, kdykoli chtěla. Předpoklad výskytu plného raného kontaktu vede k větší možnosti matky, kdykoli vidět své dítě. Významný vliv byl prokázán na hladině významnosti 0,01.

<b>N=32</b>		Věk dítěte
Možnost vidět dítě, kdykoli matka chtěla	Spearmanův korelační koeficient	<b>-0,454</b>
	P-hodnota	0,009

Tabulka 17 - Možnost vidět dítě, kdykoli matka chtěla a věk dítěte

Signifikantní negativní korelace na hladině významnosti 0,01 vyšla také při korelování proměnných „věk dítěte“ a „možnost vidět dítě, kdykoli matka chtěla“. S rostoucím věkem dítěte matka zpětně hodnotí, že nemohla v porodnici vidět dítě, kdykoli chtěla. To může být dáno faktem, že dochází v porodnicích k vývoji v této oblasti a matky mají nyní větší možnosti být se svým dítětem. Může to být dáno tedy trendem péče v porodnicích. Dalším vysvětlením může být fakt, že kratší dobu po porodu matka porod může hodnotit více pozitivně, ale s odstupem si pak uvědomí, že ne vše jí vlastně vyhovovalo a může pak péči v porodnici posuzovat více negativně, může mít pocit, že jí nebyly poskytnuty všechny možnosti, na které měla právo apod. To může být ovlivněno také diskuzemi s ostatními matkami a vzájemným porovnáváním, získanými zkušenostmi, může na to mít vliv případný další porod, kdy už matka více věděla, do čeho jde, o více věcí si dokázala sama říct, a tak u toho staršího dítěte mohla mít najednou pocit, že neměla takové možnosti, jako nyní.

N=32		Rok narození matky
Aktivní nabízení pomoci zdravotníků s kojením	Spearmanův korelační koeficient	<b>-0,425</b>
	P-hodnota	0,015

**Tabulka 18 - Aktivní nabízení pomoci zdravotníků s kojením a rok narození matky**

S minulým zjištěním může souviset i další výsledek, a sice že na 5% hladině významnosti bylo prokázáno, že zdravotníci více aktivně nabízejí pomoc s kojením starším matkám. U starších matek je větší pravděpodobnost, že je to jejich již několikátý porod a je možné, že s určitými zkušenostmi už více vědí, co od personálu chtějí, umějí si o to i samy říci a pak zpětně to hodnotit, že ten personál jim to vlastně sám aktivně nabízel. S rostoucím věkem a více zkušenostmi i z případných minulých porodů mohou vnímat větší důležitost kojení a mít o to větší zájem.

N=32		Rok narození matky
Kontakt matky s dítětem v porodnici	Spearmanův korelační koeficient	<b>-0,363</b>
	P-hodnota	0,041

**Tabulka 19 - Kontakt matky s dítětem v porodnici a rok narození matky**

Na to navazuje i další zjištění, kdy se na hladině významnosti 0,05 prokázalo, že s rostoucím věkem matky, roste i možnost kontaktu s dítětem v porodnici. Vysvětlení může být stejné jako u předešlého výsledku, že starší, zkušenější matka, která už má pravděpodobně nějaký porod za sebou, ví, jak je důležité být s dítětem v porodnici v kontaktu, může v tom být více aktivní, více kontakt vyhledávat, více komunikovat se zdravotníky a více v porodnici prosazovat svoje přání. Starší matka pravděpodobně více ví, co chce, jakou péči už může očekávat a může se jí více dožadovat.

## 2.6. Diskuse

Základní zjištění celé práce spočívá v tom, že z 9 hypotéz lze zamítnout pouze jednu. Jinak se neprokázala signifikantní korelace ani jedné z nezávislých proměnných: výskyt raného kontaktu, možnost vidět dítě kdykoli chtěla, přehled matky o tom, kde se dítě nachází, seznámení matky se základními zásadami péče o novorozence, vnímání aktivního nabízení zdravotníků s kojením nebo celkový kontakt matky s dítětem v porodnici se závislými proměnnými: „*Valence rozhovoru*“ nebo „*Frekvence x valence*“. Tento výsledek si vysvětluji tím, že raný kontakt nebo následný kontakt v porodnici nemusí být tím faktorem, který by měl zásadní vliv na subjektivní vnímání matky jejího vztahu s dítětem. Zdá se, že do celého procesu naladění na dítě vstupují další významné faktory a vnímání vztahu mezi nimi se stále vyvíjí, že je možné případný nedostatečný počáteční kontakt jinak vyvážit. Toto zjištění podporují výzkumy Matějčka & Langmeier (1986), kteří se na jejich základě též přiklání k názoru, že jakýkoli kontakt matky s dítětem po porodu sice může usnadnit vznik specifické intimní vazby mezi nimi, nicméně naopak nedostatek tohoto kontaktu vytvoření specifického citového pouta nezabraňuje. Může se však stát, že to bude trvat delší dobu. Také výzkum Schaffera (1963) dle: Matějček & Langmeier (1986) prokazuje možnost kompenzace počátečního nedostatku kontaktu pomocí jiných sociálních podnětů a simulace. Naopak Bystrova, Ivanova, Edhborg et al. (2009) ve svém výzkumu existenci „*citlivého období*“ pro vytvoření specifického pouta mezi matkou a dítětem potvrdili, což odpovídá i výsledkům výzkumu Klause z roku 1972 (Klaus, 2009).

Výzkum prokázal, že čím více matka vnímala, že byla rušena při kojení, tím byla větší pravděpodobnost, že bude pozitivněji naladěna na dítě. Tento výsledek lze interpretovat tak, že pokud se matka necítí úplně komfortně při kojení, má pocit, že je rušena, může mít pak tendenci více se emočně na dítě upnout, snažit se to jemu i sobě vynahradiť a může mít pak tendenci vyjadřovat se o něm více pozitivně. Může to také souviset s osobnostním nastavením matky, která je například obecně více pozitivně laděná, více pozitivně se vyjadřuje a cokoli, co nezapadá do tohoto jejího pozitivního obrazu o světě, jako může být rušení zdravotníků při kojení, pak může vnímat jako naopak extrémně negativní.

Proměnné, které mohly vstoupit do výzkumu, jsou charakteristiky na straně matek i na straně dítěte, jejich temperament, osobnostní rysy, způsob vyjadřování, nálada, motivace k rozhovoru apod. Pro budoucí výzkum by bylo možné zmapovat, jak se ještě jednotlivé charakteristiky liší vzhledem ke sledovaným jevům (valence rozhovoru, frekvence x valence). Zda například temperament dítěte má vliv na celkové emoční naladění matky na dítě apod.

Jednalo by se v podstatě o rozšíření daného výzkumu. Tento výzkum tyto charakteristiky záměrně nesledoval.

Nežádoucí proměnnou, která může vstoupit do výzkumu a je těžké ji eliminovat, může být přílišný idealismus žen o celé situaci - a je v tuto chvíli jedno, jestli je to ještě na začátku mateřství, kdy může být žena plná toho, že se stala matkou. Někdy naopak matka na začátku nemusí být plně ztotožněna se svojí novou rolí, ještě ji hledá a ten pocit naplnění a totální spokojenosti získá až později. Nicméně v určitých obdobích nemusí mít ženy úplně reálný náhled na danou situaci a mohou o dítěti mluvit jen v superlativech. To je však právě cílem celého výzkumu, pokusit se zjistit subjektivní vnímání matky. Výzkum nemá za cíl zjistit objektivní skutečnost, jaký je vztah mezi nimi, jestli dítě opravdu zlobí, nebo je hodné, ale jak to reflektuje ta matka.

Další proměnná, která může mít vliv na výsledky výzkumu je slovní zásoba matky. Prostřednictvím jazyka a způsobu užití slov se snažím zjistit celkové naladění matky na dítě. Do toho mohou však vstoupit určité jazykové bariéry na straně matky, které mohou omezit její vyjadřování a tím zkreslit výsledky výzkumu. Je možné, že se matka o dítěti chce vyjádřit nějak, ale neumí to zformulovat, používá stále ta samá slova a její vyjádření může například vyznít více plytce, neutrálně, a ačkoli je její naladění ve skutečnosti nějak citově zabarvené, ve verbálním projevu se to neodrazí (mezi opakované odpovědi na otázku „*Jaké je Vaše dítě při...*“ patřilo například: „*dobrý, v pohodě*“). To je úskalí, které jsem se pokusila snížit tím, že všechny rozhovory byly vedeny v češtině, mateřském jazyce matek. Dále toto mohlo být částečně vylimínováno tím, že posuzovatelé posuzovali jednotlivá slova v rámci každého rozhovoru zvlášť, takže věděli, že mají před sebou jednu matku a její výroky pak porovnávali mezi sebou - ke každé matce tak tedy přistoupili v podstatě individuálně a i plytčí projev mohl v celkovém kontextu jedné matky vyznít jako citově zabarvený. Původní záměr byl, aby posuzovatelé posuzovali jednotlivá slova, jak si stojí sama o sobě, bez dalšího kontextu, aby se oprostili od toho, kdo je autorem slov a aby nezohledňovali téma výzkumu, nicméně z důvodu zvýšení kvality posouzení nebylo možné zahrnout posuzovatele všemi slovy naráz, ale slova jim byla dávkována po rozhovorech a domnívám se, že posuzování jednotlivých rozhovorů zvlášť bylo šťastným řešením právě z toho důvodu, že posuzovatelé i nevědomě porovnávali jednotlivá slova vzhledem k celkovému vyznění rozhovoru a eliminoval se tak vliv různého verbálního vyjádření matek. Když to uvedu na příkladu: U matky, která o dítěti mluví v samých superlativech a poté použije slovo „dobrý“, tak slovo v daný moment vyznívá více neutrálně, než u matky, která se vyjadřuje spíše neutrálně, dítě popisuje jako „normální“,

tak slovo „dobrý“ poté vyzní jako více citově zbarvené, více pozitivní, než v předešlém případě. Do posouzení může vstoupit i to, že posuzovatelé byli informováni o tématu diplomové práce, věděli, že se jedná o výroky, které matka použila při rozhovoru o jejím dítěti, ale byli předem instruováni, aby tento kontext nezohledňovali. Také Mohammad & Turney (2013) ve svém výzkumu narazili na úskalí, že když lidé posuzují slova mimo kontext, mohou vnímat jejich významy značně odlišně a vnášet tam svoji subjektivitu. Je tam pak mnohem větší prostor pro dotváření si vlastních představ a významů. Z toho důvodu je posuzovatelů v mém výzkumu více. Pro další výzkum by se mohlo nechat posuzovatele posoudit jednotlivá adjektiva avšak v rámci četby celého rozhovoru, aby posuzovatelé znali přesně způsob vyjadřování matky. Stejně jako Wilson, Wiebe & Hoffmann (2009), kteří ve svém výzkumu hodnotili i kontextuální polaritu slov. Na straně posuzovatelů do hry vstupuje i vliv jejich aktuální nálady a celkového rozpoložení, kdy v jeden den mohou mít tendenci k pozitivnějšímu posuzování, než jiný den. Vzhledem k celkovému počtu 1519 adjektiv nebylo možné hodnotit je v jeden den. I posuzovatelé jsou ovlivněni tím, co se jim aktuálně v životě děje a při posouzení se také nejedná o zcela objektivní posouzení, ale vstupuje do toho nejen vliv jejich nálady, ale i celkového nastavení osobnosti. Vliv této nežádoucí proměnné byl snížen vyšším počtem posuzovatelů (tři posuzovatelé) a následně byla procentuálně spočítána shoda mezi nimi. Pro budoucí výzkum by bylo možné více zmapovat celkově rozpoložení posuzovatelů ve snaze nechat je posuzovat pouze v době, kdy dosáhnou shodného skóru jako předešlé dny, aby se docílilo toho, že jejich nálada bude v době posuzování stále konstantní.

Možná úskalí výzkumu mohou být spojena s volbou výzkumného designu, který spočívá v propojení kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Pro svůj výzkum jsem zvolila kvantitativní zpracování rozhovoru a to z toho důvodu, že kvalitativní obsahová analýza se mi nejevila jako vhodná, jelikož jsem neměla za cíl sledovat obsahové sdělení matek. Při obsahové analýze výzkumník sleduje výskyt klíčových slov a všímá si vztahů mezi nimi. Na základě slov s nejčastějším použitím v textu se stanoví celkový obsah sdělení (Plichtová, 2002). Vycházela jsem z toho, že matky můžou v rozhovoru inklinovat ke stylizaci, mohou se snažit jevit v lepším světle, nemusí mít ani objektivní náhled na situaci, můžou mít tendenci vnímat a mluvit jen o tom pozitivním, aby neohrozili svou roli matky. Mají potřebu si potvrdit svou mateřskou identitu, vědomí, že jsou dobré matky. Kvantitativní zpracování formou výběru adjektiv popisující dítě nebo danou situaci vnímám jako lepší řešení, jelikož matky předem nevěděly, co v rozhovoru sledují, nemohly se tedy zaměřit na volbu adjektiv a nějak se v rozhovoru stylizovat. Nicméně z toho vyplývajícím možným úskalím může být menší

vzorek pro statistickou analýzu kvantitativních dat. Pro budoucí výzkum by mohlo být doporučením více zapojit kvalitativní posouzení, nicméně ne formou obsahové analýzy, nýbrž posouzením valence kompletně celého rozhovoru. Posuzovatelé by dostali za úkol přečíst si celý rozhovor, případně poslechnout, aby mohli přihlédnout i k melodii a tónu hlasu a poté ho ohodnotit na stejné škále od velmi pozitivní po velmi negativní. V mém výzkumu byla posuzována slova v psané formě, bylo tedy odhlédnuto od tónu hlasu, melodie a dalších neverbálních informací. Když rodiče mluví na dítě, jejich melodie hlasu je poměrně specifická, co nejjednodušší, nedochází téměř výškovým výkyvům a z řeči je více patrná opakující se melodie, než verbální obsah slov (Dittrichová, Papoušek & Paul, 2004). Pro budoucí výzkum navrhuji jako jednu možnou cestu, nechat posuzovat přímo nahrávky jednotlivých slov a posuzovat tak slova i se zohledněním melodie a tónu hlasu, která může být v některých případech klíčová. Pro svůj výzkum jsem však zvolila posouzení pouze psaných výroků, a to z toho důvodu, aby naopak melodie a tón nebyly příliš zavádějící a další vstupující proměnná, která by mohla ovlivnit objektivitu posuzovatelů. Úskalí posuzování slov společně s melodií a tónem hlasu tkví v tom, že by se posuzovatelé mohli snadno nechat unést svými sympatiemi či antipatiemi k autorovi, mohly by jim tam naskakovat vlastní projekce a představy, které by dotvářely obraz o autorovi a zkreslily tak konečné posouzení. Posuzování psaných slov se mi jeví jako čistší a zřetelnější.

Zamýšlím se nad tím, že mohly být výsledky výzkumu zkresleny tím, že vybírání adjektiv je příliš zužující. Pro další výzkum by mohlo být podnětné zahrnout i další slovní druhy, kterými lze popsat nejen dítě, ale například i jeho chování, jako jsou třeba slovesa (zlobí). Při výzkumu jsem narazila na to, že matky například popisovaly dítě v jedné situaci, že je hodné a v jiné, že zlobí, což se dá považovat za popis dítěte opačného významu (hodný x zlobí), nicméně já jsem pro svůj výzkum vybrala pouze adjektivu „hodný“ a naladění matky se pak může jevit jako více pozitivní, i přes to, že často mluví o dítěti, že zlobí a podobně. Na druhou stranu se ale domnívám, že adjektiva více popisují dítěte a odráží naladění matky více, než slovesa, pomocí kterých matka více vyjadřuje objektivní skutečnost, co dítě dělá. Ve slově „zlobí“ je sice jasné zabarvení vyjadřující emocionální nastavení matky k dítěti, není to jen popis chování, avšak abychom mohli zahrnout slovo „zlobí“, museli bychom zahrnout všechna slovesa, a to už by mohlo být zavádějící. Další slovní druhy, které připadají v úvahu ke zvážení, byla i podstatná jména popisující situaci (velká zábava). Já jsem však zahrnovala pouze adjektiva popisující situaci, když matka řekla, že „to bylo skvělé“, ale jakmile řekla „velká zábava“, již jsem to nezahrnula i přes to, že se dá říct, že je to výrok obsahující citové zabarvení matky. Dále adverbia byla zahrnuta, pokud byla ve spojení s adjektivy (hodně

příjemný), ale pokud stála sama o sobě, nebo se vztahovala k jinému slovnímu druhu, tak použita nebyla. K tomuto užšímu výběru slovních druhů, omezených pouze na adjektiva jsem se přiklonila především z toho důvodu, že adjektiva považuji na nejvhodnější slovní druh, který by mohl vyjádřit emoční naladění matky na dítě. Domnívám se, že působení dalších slovních druhů by mohlo být více zkreslující a matoucí, mojí snahou bylo zachovat co největší přesnost výzkumu. Nehledě na to, že z důvodu kvality posouzení bylo třeba nezahltit posuzovatele množstvím slov. Celkový počet adjektiv byl nakonec 1519. V adjektivech vidím větší subjektivitu matky a tím vnímám, že věrohodněji odráží skutečný postoj a naladění matky na dítě.

## **Závěr**

Tato práce se pokusila shrnout problematiku raného kontaktu po porodu mezi matkou a dítětem a pomoci se tak zorientovat v tom, nakolik je tento kontakt důležitý a zásadní pro vytvoření pouta mezi matkou a dítětem, případně dalšími členy rodiny. Teoretická část poukazuje na to, že raný kontakt může usnadnit cestu navázání vztahu, pomůže lépe a rychleji začít rozumět dítěti, jeho potřebám, pomůže oběma stranám snadněji se na sebe navázat a sladit svoje základní biorytmy. Raný kontakt působí na oba pozitivně a může být značným přínosem. Je stále diskutováno, zda existuje bezprostředně po porodu v životě matky a dítěte tato senzitivní perioda, nicméně je dokázáno, že je to doba, která může usnadnit oběma lépe se na sebe napojit, a také všechny biologické mechanismy se spustí dříve, jako například kojení. Při raném skin-to-skin kontaktu se uvolňují hormony, které tomuto napojení napomáhají, které podporují mateřské pečující a láskyplné chování. Na druhou stranu není dokázáno, že bez tohoto kontaktu by toto vše vzniknout nemohlo. Jedná se pouze o citlivé období, kdy jsou oba, matka i dítě, maximálně vnímající a lační po sobě, nicméně i mimo toto období se všechny mechanismy můžou spustit, jedná se pouze o to, že se tak stane pravděpodobně po delší době, oba budou potřebovat delší čas k tomu najít si k sobě cestu. Nicméně ani při raném kontaktu není stoprocentně zaručeno, že se vztah mezi nimi naváže snadno a vše bude fungovat, jak se předpokládá a očekává. Jsou to zejména ona očekávání, která mohou jak pomoci vytváření vztahu, jsou-li naplněna, ale také mohou navázání vztahu ztížit, pokud naplněna nejsou. Matky můžou být často frustrované z toho, že raný kontakt nezažily a nebudou se tak moci na své dítě nikdy napojit. Je pak třeba vést je k tomu, že vše nezávisí pouze na tomto jednom specifickém okamžiku blízkosti, ale významnou roli hrají i další faktory v budoucnu.

Empirická část se pak věnovala otázce, zda se vyskytl raný kontakt mezi matkou a dítětem bezprostředně po porodu a jestli mohl významně působit na další subjektivní vnímání matky jejího vztahu s dítětem. Toto vnímání bylo zjišťováno prostřednictvím zkoumání emočního naladění matky na dítě. Předpokládalo se, že naladění matky souvisí s volbou adjektiv popisujících dítě nebo celou situaci. Výzkum však neprokázal významný vliv raného kontaktu na další emoční naladění matky na dítě. Na základě výsledků výzkumu tedy nelze vytvořit závěr, že by matka, která chce podpořit svoje pozitivní vnímání dítěte, měla usilovat o možnost bezprostředního raného kontaktu po porodu. Výzkum poukazuje na to, že nezáleží na tom, zda matka byla po porodu s dítětem v bezprostředním kontaktu a i bez raného kontaktu je možné být pozitivně naladěna na dítě. Tento výzkum tedy podporuje fakt, že nelze

jasně dokázat, že je to právě raný kontakt, který pomáhá vzniku vazby mezi matkou a dítětem a může tak vlastně podpořit matky, které tento kontakt neměly v tom, že nemusí jít o nijak závažnou ztrátu kontaktu s dítětem, že na celkové naladění matky mají pravděpodobně vliv jiné faktory a raný kontakt po porodu není v tomto případě klíčový. Výzkum tak může pomoci uklidnit matky, které buď neměly možnost raného kontaktu nebo o něj z nějakého důvodu nestály, ale cítily se kvůli tomu špatně, měly pocit, že něco zanedbaly, že něco ztratily a nyní se obávají, jakou vazbu se svým dítětem vytvoří. Domnívám se, že to, že matky raný kontakt se svým dítětem nemají, může mít mnohdy opačný efekt, ve smyslu, že matky mají pocit, že něco ztratily na začátku a mají tendenci to dohánět a můžou se poté svému dítěti a budování vztahu s ním obecně věnovat více a intenzivněji a možný počáteční slabší kontakt tak úspěšně vykompenzují. Také Bystrova, Ivanova, Edhborg et al. (2009) se shodují, že období bezprostředně po porodu je "*citlivé, ale není kritické*", což znamená, že může být kompenzováno při další interakci prostřednictvím fyzické blízkosti mezi matkou a dítětem.

Kromě této základní otázky se výzkum pokusil odhalit jiné možné faktory, které by mohly mít vliv na celkové naladění matky na dítě. Zajímavé bylo, že se jako významný faktor, který má vliv na pozitivnější naladění matky na dítě, ukázala skutečnost, že matka vnímala v porodnici, že byla rušena při kojení. Tento výsledek se zdá být poněkud překvapivý, ale domnívám se, že to lze vysvětlit například hypotézou, že když matka měla pocit, že je více rušena při kojení, tak pak mohla mít větší tendenci to dítěti vynahrazovat a trávit s ním více času, více se k němu tak připoutat. Dalším možným vysvětlením mohl být efekt pocitů naštvání a vzteku na zdravotnický personál z důvodu rušení a tím vzniku naopak pozitivnějších pocitů směrem k dítěti. Nebo to může souviset s celkovou povahou matky, která je obecně více pozitivně laděná, a pak jakýkoli zásah zdravotnického personálu, může vnímat jako narušení. Vliv ostatních proměnných, kterými byla možnost matky vidět dítě, kdykoli chtěla, pocit matky, že je vždy informována o tom, kde dítě právě je, že byla seznámena se základními zásadami péče o novorozence a že jí zdravotníci aktivně nabízeli pomoc s kojením, se neprokázal jako významný ve vztahu k celkovému emočnímu naladění matky na dítě. Ani skutečnost, že měla matka pocit, že byla s dítětem v porodnici v dostatečném kontaktu, neměla významný vliv na její celkové naladění na dítě. Stejně tak při zohlednění produkce adjektiv popisujících dítě nebo situaci, se při výzkumu neprokázaly statisticky významné vlivy proměnných na celkovou valenci rozhovoru.

Kromě těchto výsledků však výzkum ukázal, že existují jiné faktory týkající se porodu, raného kontaktu a celkového naladění matky na dítě, které spolu významně souvisí. Věk

dítěte významně ovlivnil celkové emoční naladění matky na dítě a to tak, že o mladších dětech se matky vyjadřovaly s více pozitivním nábojem, než o dětech starších. Průběh porodu významně souvisel s výskytem raného kontaktu. Vaginální porod zvyšuje pravděpodobnost částečného nebo plného raného kontaktu. Při výskytu raného kontaktu se pak významně zvýšila možnost matky, aby své dítě viděla v porodnici, kdykoli chtěla. Dále s rostoucím věkem dítěte matka zpětně vnímá, že nemohla v porodnici vidět dítě, kdykoli chtěla. To lze vysvětlit tím, že před přibližně 2 - 3 lety nebylo ještě tak běžné, aby matka mohla vidět dítě, kdykoli chtěla. Dalším možným vysvětlením může být, že kratší dobu po porodu matka porod může hodnotit více pozitivně, než po delší době, kdy už získá více kritický náhled na celou situaci, může mít srovnání s jinými ženami a může vnímat, že vlastně vše nebylo úplně podle jejích představ a mohlo to být i lepší. Může to souviset i s tím, že matka staršího dítěte prošla s větší pravděpodobností i dalším porodem a nyní vnímá, že u předešlého porodu neměla takové možnosti, jako měla nyní. Také s rostoucím věkem matky, roste pravděpodobnost, že se nejednalo o její první porod. S tím může souviset i to, že zdravotníci signifikantně více aktivně nabízejí pomoc s kojením starším matkám, u kterých je větší pravděpodobnost, že se nejedná o jejich první porod, a tak je možné, že pro ně situace v porodnici není už tak neznámá, už vědí, co mohou od personálu požadovat a umějí si o to i samy říci a pak zpětně mohou mít pocit, že jí zdravotníci aktivně nabízeli pomoc s kojením. S rostoucím věkem a tím předpokládanými většími zkušenostmi mohou matky také vnímat větší důležitost kojení a více ho tak vyžadovat. S rostoucím věkem matky roste i její vnímání celkového kontaktu s dítětem v porodnici. Stejně jako u minulého zjištění, starší matka může být již více informovaná a může vnímat důležitost kontaktu s dítětem v porodnici jako vyšší a může ho více vyžadovat, než matky mladší, pro které je pravděpodobně vše poprvé, a nejsou si v dané nové situaci tak jisté. Nakonec existuje významný vliv vzdělání na počet porodů matky. Pravděpodobnost menšího počtu porodů je u matek s vyšším vzděláním.

Ačkoli se tedy neprokázal významný vliv raného kontaktu na celkově pozitivnější vnímání vztahu mezi matkou a dítětem, určité signifikantní souvislosti výzkum prokázal. Kromě toho zmiňuje i možné další návrhy na opakování výzkumu. Výzkum tak může sloužit jako příprava pro další výzkumy. Závěrem je důležité zmínit, že bylo prokázáno, že i bez výskytu bezprostředního raného kontaktu po porodu, mohou matky se stejnou pravděpodobností jako při výskytu raného kontaktu, dosáhnout pozitivního naladění na své dítě. Na pozitivní vnímání vztahu mezi matkou a dítětem má větší vliv věk dítěte nebo skutečnost rušení při kojení.

## Seznam použité literatury

- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49-67.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Anderson, G. C., Moore, E., Hepworth, J. & Bergman, N. (2003). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review)*. In The Cochrane Library, 3. Oxford: Update Software.
- Anisfeld, E., Casper, V., Nozyce, W. & Cunningham, N. (1990). Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment. *Child Development*, 61, 1617-1627.
- Bornstein, M. H. & Tamis-LeMonda, C. S. (1989). Maternal responsiveness and cognitive development in children. In: M. H. Bornstein (ed.), *Maternal responsiveness: Characteristics and consequences* (pp. 49-61). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: Teorie raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1991). *The Earliest Relationship: Parents, Infants and the Drama of Early Attachment*. London: Karnac Books.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K. & Widström, A. (2009). Early Contact versus Separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 36(2), 97-109.
- Crenshaw, J. (2004). No Separation of Mother and Baby with Unlimited Opportunity for Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 13(2), 35-41.
- Crockenberg, S. & Leerkes, E. (2000). Infant social and emotional development in family context. In C. H. Zeanah, Jr (ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 60-90). New York: Guilford Press.
- Dittrichová, J., Papoušek, M., & Paul, K. (2004). *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada.  
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rodnov2013.pdf>

Dostupný z: [http://zpravy.idnes.cz/josef-svejcar-kral-ceske-pediatricie-d5b-/zahranicni.aspx?c=A020130\\_135111\\_vedatech\\_zem](http://zpravy.idnes.cz/josef-svejcar-kral-ceske-pediatricie-d5b-/zahranicni.aspx?c=A020130_135111_vedatech_zem)

- Fantz, R. L. (1961). The Origin of Form Perception. *Scientific American*, 204(5), 66-74.
- Feldman R., Eidelman A., Sirota L. & Weller A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and premature infant development. *Pediatrics*, 110(1), 16-26.
- Feldman, R. (2013). Techniques and Applications for Sentiment Analysis. *Communications of the ACM*, 56(4), 82-89.
- Frisbie, B., & Sudman, S. (1968). The Use of Computers in Coding Free Responses. *Public Opinion Quarterly*, 32(2), 216-232.
- Gergely, G. & Watson, J. S. (1999). Early social-emotional development: contingency perception and the social biofeedback model. In: P. Rochat (ed.), *Early social cognition: Understanding others in the first months of life* (pp. 101-136). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (1980). The development of relationship pattern during the two years of life. (Referát na 22. světovém kongresu psychologie). Leipzig. Dle: Matějček, Z. & Langmeier, J. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
- Grossmann, K., Thane, K., & Grossmann, K. E. (1981). Maternal tactual contact of the newborn after various postpartum conditions of mother–infant contact. *Developmental Psychology*, 17(2), 158-169.
- Gwet, K. (2014). *Handbook of Inter-Rater Reliability*. Gaithersburg, MD: Advanced Analytics, LLC.
- Hales, D. J., Lozoff, B., Sosa, R. & Kennell, J. H. (1977). Defining the Limits of the Maternal Sensitive Period. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19(4), 454-461.
- Hans, S. L., Thullen, M., Henson, L. G., Lee, H., Edwards, R. C., & Bernstein, V. J. (2013). Promoting Positive Mother-Infant Relationships: A Randomized Trial of Community Doula Support For Young Mothers. *Infant Mental Health Journal*, 34(5), 446-457.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American psychologist*, 13. 673-685.
- Hašková, H. (2000). Současná porodní a poporodní praxe v ČR. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. 4. 13-15.

- Hatzivassiloglou, V. & McKeown, K. R. (1997). Predicting the Semantic Orientation of Adjectives. In *Proceedings of the 35th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics (ACL-97)* (pp. 174–181), Madrid.
- Havlíková, Š. (2008). Psychologické aspekty těhotenství, porodu a šestinedělí. In A. Roztočil et al, *Moderní porodnictví* (pp. 359-363). Praha: Grada.
- Houdek, F. (2002). Josef Švejcar, král české pediatrie. *MF DNES* [Online], Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/josef-svejcar-kral-ceske-pediatrie-d5b-/zahranicni.aspx?c=A020130\\_135111\\_vedatech\\_zem](http://zpravy.idnes.cz/josef-svejcar-kral-ceske-pediatrie-d5b-/zahranicni.aspx?c=A020130_135111_vedatech_zem)
- Hrešanová, E. (2011). Porodní péče a zkušenosti českých žen: Kvalitativní studie. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. 12(2). 63-74.
- Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnäs-Moberg, K. & Winberg, J. (1996). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 51(2), 86-87.
- Christensson, K., Siles, C., Moreno, L., Belaustequi, A., De La Fuente, P. & Lagererantz, H., Puyol, P. & Winberg, J. (1992). Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica*, 81(6-7), 488-493.
- Jegadeesh, N., & Wu, D. (2013). Word power: A new approach for content analysis. *Journal of Financial Economics*, 110(3), 712-729.
- Johanson, R. B., Spencer, S. A., Rolfe, P., Jones, P. & Malla, D. S. (1992). Effect of post-delivery care on neonatal body temperature. *Acta Paediatrica*, 81(11), 859-863.
- Keefe M. R. (1987). Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing Research*, 36(3), 140-144.
- Keefe, M. R. (1988). The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 17(2), 122-126.
- Keller, H. & Schölmerich, A. (1987). Infant vocalizations and parental reactions during the first four months of life. *Developmental psychology*, 23(1), 62-67.
- Kennell, J., Trause, M., Klaus, M. (1975). Evidence for a sensitive period in the human mother. In: R. Porter (Ed.), *Ciba Foundation Symposium 33: Parent-infant interaction*, (pp. 87 – 94). New York, NY: American Elsevier.
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1971). Mothers separated from their newborn infants. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 26(8), 584-586.

- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-Infant Bonding: The impact of early separation or loss on family development*. St. Louis: Mosby.
- Klaus, M. H. (1998). Mother and Infant: Early Emotional Ties. *Pediatrics*, 102, 1244-1246.
- Klaus, M. H. (2009). Commentary: An early, short, and useful sensitive period in the human infant. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 36(2), 110-112.
- Klaus, M. H., Jerauld, J., Kreger, N. C., McAlpine, W., Steffa, M. & Kennell, J. H. et al. (1972). Maternal attachment: Importance of the first postpartum days. *The New England Journal of Medicine*, 286(9), 460-463.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. H. (2004). *Porod s dulo: rādce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. Praha: One Women Press.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (1995). *Bonding: building the foundations of secure attachment and independence*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., Plumb, N., & Zuehlke, S. (1970). Human maternal behavior at the first contact with her young. *Pediatrics*, 46(2), 187-192.
- Kodyšová, E. (2012). Mateřská péče o matku. *SOFT-Forum* 10(1), 6 [Online], Dostupný z: <http://www.soft-zs.cz/softforum/vsechny-clanky-abecedne/102-elika-kodyova-mateska-pee-o-matku>
- Kodyšová, E. (2014). Proč jsou některé ženy s porodem nespokojené: psychologické a biologické koreláty percepce sociální opory při porodu. *PSYCHOSOM* 12(1) [Online], Dostupný z: [http://www.psychosom.cz/?page\\_id=3183&print=pdf](http://www.psychosom.cz/?page_id=3183&print=pdf)
- Krippendorff, K. (2011). Computing Krippendorff's Alpha-Reliability. Retrieved from [http://repository.upenn.edu/asc\\_papers/43K](http://repository.upenn.edu/asc_papers/43K)
- Lamb, M. E. (1983). Early Mother-Neonate Contact and the Mother-Child Relationship. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24(3), 487-494.
- Lamb, M. E., Bornstein, M. H., & Teti, D. M. (2002). *Development in Infancy : An Introduction*. Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leboyer, F. (1995). *Porod bez násilí*. Praha: Stratos.
- Lorenz, K. (1953). Companionship in bird life. In C. H. Schiller (1957), *Instinctive behavior; the development of a modern concept*. Oxford, England: International University Press.

- Lvoff, N. M., Lvoff, V. & Klaus, M. (2000). Effect of the Baby Friendly Initiative on infant abandonment in a Russian hospital. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 154, 474-477.
- Maastrup, R., & Greisen, G. (2010). Extremely preterm infants tolerate skin-to-skin contact during the first weeks of life. *Acta Paediatrica*, 99(8), 1145-1149.
- Markova, G., & Legerstee, M. (2012). Social pretence with mothers and peers at 15 months. *European Journal Of Developmental Psychology*, 9(6), 711-722.
- Matějček, Z. & Langmeier, J. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
- Matějček, Z. (2002). Mýtus prvních tří let. *Československá psychologie*, 46(4), 347-357.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. (2008). Praha: Bomton Agency.
- Mohammad, S. M., & Turney, P. D. (2013). Crowdsourcing a word-emotion association lexicon. *Computational Intelligence*, 29(3), 436-465.
- Mrowetz, M. & Peremská, M. (2013). Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro Praxi*, 14(3), 201-204.
- Mrowetz, M. (2011). Motivy k plánovanému porodu mimo zdravotnické zařízení. *Zdravotnické noviny* [Online]. Dostupný z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/motivy-k-planovanemu-porodu-mimo-zdravotnicke-zarizeni-457509>
- Mrowetz, M. (2012). Podpora raného kontaktu matek a dětí pomáhá uzdravit společnost jako celek. *Rodiče*, 9 [Online]. Dostupný z: [http://www.evalabusova.cz/rozhovory/m\\_mrowetz3.php](http://www.evalabusova.cz/rozhovory/m_mrowetz3.php)
- Mrowetz, M. (2013). Posttraumatická stresová porucha (PTSD) po porodu – diagnostika a terapie. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 20(1), 59-64.
- Mrowetz, M., Chrástilová, G. & Antalová, I. (2011). *Bonding – porodní radost (Podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?)*. Praha: Dharmagaia.
- Norr, K. F., Roberts, J. E. & Freese, U. (1989). Early postpartum rooming-in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas. *Journal of Nurse-Midwifery*, 34(2), 85-91.

- O'Connor, S., Vietze, P. M. & Sherrod, K. B. et al. (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*, 66(2), 176-182
- Odent, M. (1995). *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1979). The infant's fundamental adaptive response system in social interaction. In: E. B. Thoman (ed.), *Origins of the infant's social responsiveness* (pp. 175-208). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1984). Learning and cognition in everyday life of human infants. In: J. S. Rosenblatt, C. Beer, M. C. Busnel & P. J. B. Slater (eds.), *Advances in the study of behavior*, 14 (pp. 127-163). New York: Academic Press.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In: J. D. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development* (pp. 669-720). New York: Wiley.
- Papoušek, H. (2000). Intuitive parenting. In: H. E. Fitzgerald & J. D Osofsky (eds.), *WAIMH Handbook of infant mental health* (pp. 310-324): Vol. 3. New York: Wiley.
- Plichtová, J. (2002). *Metódy sociálnej psychológie zblízka: kvalitatívne a kvantitatívne skúmanie sociálnych reprezentácií*. Bratislava: Media.
- Radová, M. (1981). *Vývoj vztahu matka-dítě v podmínkách nové péče v porodnicích*. (Diplomová práce). Filosofická fakulta Univerzity Karlovy, Praha.
- Rothbart, M. K. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, 52, 569-578.
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of care taking casualty. In: F. D. Horowitz (ed.), *Review of child development research*, 4 (pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sedláčková, L. (1980). *Raný vývoj vztahu matky k dítěti*. (Diplomová práce). Filosofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Praha.
- Sedláková, R. (2015). *Výzkum médií: Nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada Publishing.
- Sheridan, M. & Nelson, Ch. A. (2009). Neurobiology of fetal and infant development: Implications for infant mental health. In: C. H. Zeanah, Jr. (ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 40-58). New York: Guilford Press.
- Schaffer, H.R. (1963). Some issues for research in the study of attachment behaviour. In: B. Foss (ed), *Determinants of Infant Behaviour* (pp. 179-196), Vol 3. London:

Methuen. Dle: Matějček, Z. & Langmeier, J. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.

- Schapkin, S. A., Gusev, A. N. & Kuhl J. (2000). Categorization of unilaterally presented emotional words: an ERP analysis. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*. 60, 17-28.
- Siegel, E., Bauman, K. E. & Schaefer, E. S. et al. (1980). Hospital and home support during infancy: Impact on maternal attachment, child abuse, neglect, and health care utilization. *Pediatrics*, 66, 183-190.
- Sobotková, D. & Štembera, Z. (2003). Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: III. poporodní období. *Česká gynekologie*. 68(6). 385-389.
- Šráčková, D. (2007). Rooming in. *Praktická Gynekologie*. 11(1). 26-29.
- Šulová, L. (2002). Psychoprophylaktická péče a porodní alternativy. In: *Sborník X. celostátního kongresu k sexuální výchově v ČR* (pp. 95-98). Pardubice: SPRSV.
- Šulová, L. (2005). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Takács, L. & Kodyšová, E. (2011). Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie*, 76(3), 199-204.
- Takács, L. (2012). Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká gynekologie*, 77(1), 15-21.
- Takács, L., Seidlerová, J., Hoskovcová, S., Šulová, L., Štětovská, I., Zejdová, H., & Kolumpková, M. (2012). *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: Vydavatelství Filozofické fakulty UK v Praze.
- Takács, L., Sněhotová, J., Horáková Hoskovcová, S. (2012) Dotazník psychosociálního klimatu porodnice KLI-P. Příručka. Praha: *Testcentrum – Hogrefe*.
- Turney, P. D. & Littman, M. L. (2003). Measuring Praise and Criticism: Inference of Semantic Orientation from Association. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 21(4):315–346.
- Uvnäs-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819-835.
- Uzgiris, I. C. (2000). Napodobování v raných interakcích. In: V. Pouthas & F. Jouen, *Psychologie novorozence: Chování nejmenšího dítěte a jeho poznávání* (pp. 223-231). Praha: Grada.

- UZIS (2014). *Zdravotnická ročenka České republiky 2013*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. [Online], Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdroccz2013.pdf>
- UZIS (2015). *Rodička a novorozenec 2013*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. [Online], Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/rodnov2013.pdf>
- Varendi, H., Porter, R. H. & Winberg, J. (1994). Does the newborn find the nipple by smell? *Lancet*, 344, 989-990.
- Waldenström, U. & Swenson, A., (1991). Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery*, 7(2), 82-89.
- Whitelaw, A. Heisterkamp, E. G., Sleath, K., Acolet, D. & Richards, M. (1988). Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Archives of Diseases of Childhood*, 63, 1377-1381.
- Wiebe, J., Wilson, T. & Cardie, C. (2005). Annotating Expressions of Opinions and Emotions in Language. *Language Resources and Evaluation*, 39, 165-209.
- Wilson, T., Wiebe, J. & Hoffmann, P. (2009). Recognizing Contextual Polarity: An exploration of Features for Phrase-Level Sentiment Analysis. *Computational Linguistics*. 35(3), 399-443.
- Windström, A. M., Ransjö-Arvidson, A. B., Christensson, K., Matthiesen, A. S., Winberg, J. & Uvnäs-Moberg, K. (1987). Gastric suction in healthy newborn infants: effects on circulation and developing feeding behavior. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 76, 566-572.
- Wolman, W. L. (1991). *Social support during childbirth: Psychological and physiological outcomes*. (Master's thesis). University of Witwatersrand, Johannesburg. Dle: Klaus, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. H. (2004). *Porod s důlou: rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. Praha: One Women Press.
- Woodson, R. H. (1983). Newborn behavior and the transition to extrauterine life. *Infant Behavior and Development*, 6(1), 139-144.
- World Health Organization (WHO) & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2009). *Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1. Background and Implementation*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (1998). *Evidence for the 10 steps to successful breastfeeding* (rev. Ed., WHO/CHD/98.9). Geneva: WHO.

## Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 - Rok narození - popisná statistika.....	54
Tabulka 2 - Rok narození - četnosti.....	54
Tabulka 3 - Vzdělání - četnosti .....	55
Tabulka 4 - Raný kontakt - četnosti.....	56
Tabulka 5 - Pořadí porodu - četnosti.....	56
Tabulka 6 - Průběh porodu .....	57
Tabulka 7 - Věk dítěte - popisná statistika .....	58
Tabulka 8 - Věk dítěte - četnosti .....	58
Tabulka 9 - Popis proměnných.....	68
Tabulka 10 - Krippendorffovo alpha .....	69
Tabulka 11 - Test normality.....	70
Tabulka 12 - Korelace vztahující se k hypotézám.....	71
Tabulka 13 - Valence rozhovoru a nerušení při kojení.....	73
Tabulka 14 - Valence rozhovoru a věk dítěte.....	74
Tabulka 15 - Raný kontakt a průběh porodu .....	74
Tabulka 16 - Raný kontakt a možnost vidět dítě, kdykoli matka chtěla .....	75
Tabulka 17 - Možnost vidět dítě, kdykoli matka chtěla a věk dítěte .....	75
Tabulka 18 - Aktivní nabízení pomoci zdravotníků s kojením a rok narození matky .....	76
Tabulka 19 - Kontakt matky s dítětem v porodnici a rok narození matky .....	76
Graf 1 - Vzdělání.....	55
Graf 2 - Raný kontakt .....	56
Graf 3 - Pořadí porodu .....	56
Graf 4 - Průběh porodu .....	57

## **Přílohy**

Příloha č. 1: Ukázka přepisu rozhovoru

**Jestli můžeš více popsat ten první kontakt, když se malý narodil, když přišel na svět, jak to proběhlo?**

Tak v první chvíli mi ho dali na břicho, že tam to dělají, pak vlastně ...

**Takže hned jak vyšel, tak ti ho dali na břicho...**

Tak mi ho dali na břicho, že ten kontakt dělají, aby se děti zklidnily. Pak si ho tedy vzali, to bylo fakt jenom pár vteřin, protože mu byla zima, byl úplně modřej. Pak si ho odnesli do toho, do těch, do těch místností, kde ho umejvají, kde je teplo, kde ho oblíkají, čistí jim oči a tak.

**Takže to byla jiná místnost, než kde jsi byla.**

To bylo jinde, než jsem byla a mě vlastně mezitím se porodila placenta nebo odešla placenta a zašili mě, tři normálně malé trhlíčky. Prý to nebude bolet, hm [smích], bylo to horší než celý porod. No a potom to, potom mi ho vlastně přinesli už zabalenýho a ještě se mnou byl dvě hodiny na tom porodním sále. No my, vlastně jsme zkoušeli, aby se přisál a oni říkali, že je to dobrý na tu dělohu jak pro matku, tak pro to dítě, to tělo se začne rychleji stahovat. No a to, já jsem tam vlastně manžela neměla, protože jsme byli trošku neplánovaně, malinko o tři týdny dřív, on byl na služební cestě, takže tak. Takže jsem tam byla vlastně jenom sama s Lukášem a ještě jedna ta paní doktorka, která tam byla zrovna na stáži, tak ta nás tam fotila [smích]. Ta byla taková sympatická holka mladá. No a potom...

**A jak to dopadlo to přísátí? Jestli povedlo se?**

Jo povedlo se to, ale musela mi pomoci potom ta asistentka porodní, sami jsme to nezvládali. Ona věděla jak s tím, já žádný zkušenosti, tak on to nakonec zvládnul, po tý hodině a půl. Snažil se, ale nešlo nám to.

**A byl zabalenej, víš tak nějak v čem?**

Jo, jo, měl takovou oranžovou čepičku a strašně jako byl úplně nehybnej [smích], byl zašněrovanej, měl určitě hodně vrstev na sobě a na závěr nějakou modrou deku přes sebe, přes zavinovačku...

### **Jako že chlapeček...**

Jo, jako že chlapeček. Jestli chceš, mám někde fotku, můžu ti to ukázat. Měl strašně rudý rty, měl úplně, jako když je namaluje Lada týjo, měl úplně červeňounký, to si pamatuju. Jsou opravdu zabalený dobře, aby jim nebyla zimina. No po těch dvou hodinách mi ho vlastně vzali a já jsem jela na pokoj, kde jsme dostali tu svíčkovou [smích] tam jsme leželi a oni nám řekli, že až se budeme cítit, máme si říct a že máme nejdřív zkoušet, jo že s náma, že s náma sestra půjde na záchod, abysme si došly vyčůrat, ale že nesmíme vstát z postele samy, že to, že to, že musí s náma. Takže tak jsme tak poobědvali a asi pak tak ty dvě hodiny, no míň, tak hodinu. Jsem vlastně porodila v jedenáct, do tý jedny jsme tak byli na tom sále a v pět už jsem ho zase měla u sebe, takže možná, že to trošku trvalo. No, takže pak s námi sestra došla na záchod, no do sprchy, to nejdeš na záchod a to, a potom nám řekla, že nám ho můžou přinést, že se cítíme dobře, ale i...

### **Od té doby jsi ho měla pořád?**

Pak už se ode mě nehnul na dalších devět měsíců [smích], trošku ztráta soukromí, no [smích], ale zase se hezky směje. No to už jsme se vlastně od něj nehnuli. Víím, že tam bylo ten den plno, že jsme měli kliku, že jsme se dostali na pokoje, že fakt tam byly potom, co musely spát na gynekologii a ty děti měly vlastně na tom novorozeneckém oddělení a z důvodu místa mi jich bylo trošku líto, ale on si těch dětí potom člověk užije ještě dost [smích], takže teď už bych na to koukala trošku jinak, tak to tam byli někteří. Pak ty, co byly po těch těžkých porodech a císařích, tak ty tam taky docházely.

### **A ještě teda úplně k tomu, když jsi ho měla na tom bříše. Jak dlouho to tak zhruba trvalo?**

Pár vteřin, tak pět, šest.

### **A nevíš, jestli ještě ta pupeční šňůra dotepávala nebo jestli to nějak přestřihli?**

To si nepamatuju, ale myslím si, že měl už přestřihnutej ten pupečník.

### **Jo, že to jakoby hned ...**

No ona opravdu ta příroda je mocná, opravdu zapomeneš, mám jako mlhavě tydlencty všechny věci.

### **To právě jsem si všimla, že většina maminek to neví, jak to vlastně bylo...**

No protože jinak v životě většina nerodila [smích]. Já si nepamatuju tu bolest, ale pamatuju si, co mě u toho napadalo jako [smích]. Jsem normálně přemýšlela nad tím, jak omdlít, jako jak to mám udělat. Já se jako snažím vždycky připravit na to nejhorší, já tě nechci děsit. Připravit na to nejhorší, říkám si pak člověk může být jenom mile překvapenej, ale na tohle se připravit nedá a to mě to šlo fakt krásně. Mě v půl šestý ráno praskla plodová voda a v jedenáct byl venku, vid'. Teď jsou holky, který rodí dva dny, to nechápu. Vůbec nechápu, jak jsou schopny to přežít. Jako je pravda, že ty nejhorší bolesti jsou až nakonec, ale ono i tak ti to už nedovolí usnout potom určitě. To jako epidural asi. Jinak já jsem rodila bez všeho. Bez epiduralu, ten už by se ani nestihnul, naštěstí. Z toho jsem měla docela jako radost, že jsem přešla vlastně od prvního vyšetření vlastně všechny ty, jak tomu říkají, hekárný, ale jela jsem rovnou na sál, kde jsem vlastně byla v tý sprše. Akorát potom mi trošku vadilo, že jak rodil vedle současně někdo, tak byli všichni u ní a já jsem tam vlastně byla sama, že to bylo takový blbý, že...

### **A tam se potom dovoláš?**

No, [smích], ne úplně. Musela jsem hodně nahlas volat. Potom ke konci už jsem opravdu...potom tam ke mně přišla ke mně ta stážistka a ta tam se mnou už byla, tak to bylo příjemný, protože pak už ke konci už to opravdu nebylo hezký [smích], to už člověk přemýšlel, jak to urychlit. Ale je pravda, ještě jedna věc, že máš pocit, že to trvá jako mně ty nejhorší bolesti, co mám podle toho, jak jsem koukala na hodiny, byly jako poslední dvě hodiny a přišlo mi, že to byla tak půlhodina. Opravdu, že ta příroda to umí zařídit dobře, že ti to přijde, že ten čas je kratší, než to ve skutečnosti v reálu je.

### **Alespoň že tak, no.**

Že nám říkali, že ty kontrakce trvají vlastně potom po minutě, ty poslední. A já jsem si myslela, že to vždycky bylo jenom pár vteřin, že to není minuta, ale ona to asi celá minuta byla, no.

### **Takže ti to uteklo alespoň na závěr.**

Hm, hm.

### **Tak možná už se těšíš, až to bude ...**

To se teda hodně těšíš [smích]. Jako opravdu, když čekáš, až se otevřeš, a teď už opravdu chceš začít něco dělat, aby už to bylo potom, tak to je pak jako nekonečný.

**Když tady přejdu k těm otázkám, co se týkají teda miminka, tak mohla jsi ho vidět kdykoliv jsi chtěla, byl celý den s tebou. A měla jsi vždycky přehled o tom, kde je? Jestli šel na nějaká vyšetření nebo jestli jsi šla s ním. Jak to tam fungovalo?**

Jo, jo. Chodili jsme na nějaký ty screeningový třeba z patičky a takhle. Tak to my jsme je tam vždycky odvezli. Že oni řekli, až se vám to bude hodit, tak přijďte. Na uši se tam něco měří, takže to taky jsme šli. I když to nebylo potřeba, jestli nejsou hluchý, víš. Při každým tom prasknutí toho výtahu jak nadskočil, tak to jsem si byla jistá, že hluchý není [smích]. Hm, to pak úplně nadsakoval [smích] ve vozících, ale spal, spal dál. To bylo asi naposledy, kdy jsme spali, vid'?

**A pak ještě, jak tam probíhalo to základní seznámení se zásadami péče o novorozence? Různé to koupání, přebalování ...?**

No, vždycky k nám, oni to mají rozdělený, že každé den tě naučí něco. Takže každý den tě naučili něco, takže první den tě, já nevím, já už si to nepamatuju přesně, ale naučili se starat o pupík jeho, pak tě naučili, jak se koupe, pak tě naučili [pauza] no, první den nám ukázali, jak se přebalují vlastně, převlíkají, i když jako jejich umu nedosáhnu nikdy [smích]. To je neuvěřitelný, nechápu, jak to dělaly. Na tři pohyby byli převlečený celý. Takže nejdřív nám ukázali todleto. S tím kojením akorát trošku asi jako jsem na začátku tápala, ale všechno nám řekli. Jak dlouho máme první den, druhý, já už si to přesně nepamatuju.

**Jako že to říkali, nebo jste si to i zkoušely s nima?**

Spíš jenom říkali. Oni to byly všechno takový mladý holky, co tam byly, takže já si myslím, že ony třeba jako samy nikdy nekojily, tak ono je to ...

**Jo, že to jako vědí teoreticky...**

... že teoreticky, ale praxe... to víš, teď už je to taky něco jinýho no. Když člověk furt ze začátku takový ty, víš, ty poučování jak má to dítě ležet, rameno, tohle, takto, všechno v jedný rovině..

**Tak to vám jako říkaly, ale neukazovaly?**

Ale asi...na druhou stranu tam s tím problém nebyl, takže možná jako kdyby byl, tak že by jaksi k tomu přistupovaly jinak.

**A to koupání sis tam nějak zkoušela?**

No, oni, přišla sestra a no, my jak jsme vlastně byly stejně starý, tak jsme to vlastně viděly dvakrát. Tak to, tak nám to vlastně ukázaly a zeptaly se, jestli si to chceme vyzkoušet, tak jsme svorně odpověděly, že ne, že si to zkusíme až doma. Ale u nás koupe manžel většinou teda, od začátku. To jsem hodila na něj [smích].

**Taky něco má.**

No. Je to baví, tak.

**S tím kojením tedy nebyl nějaký problém na začátku. On se teda přísál už na porodním sále a pak od té doby to probíhalo jak?**

No, pak to probíhalo tak, že každý den jsme každý dvě hodiny a pauza mezi dvanáctou a šestou v noci a jinak každý dvě hodiny. To doporučují na Bulovce. Na Motole zase vím, že říkají každé tři hodiny. Což jako myslím si, že každý ty tři hodiny bohatě stačí, protože nevím, jestli jsem ho tak naučila nebo on to tak vyžadoval, ale on potom opravdu každý ty dvě hodiny hodinu a půl chtěl pít, ale celou noc. To nebylo, že to nebylo, že si tam tu pauzičku už vynechal. Ještě v porodnici ji držel krásně, jak byl unavenější z toho porodu. Co jsme přišli domů, tak už jsem měla smůlu. A teď ze začátku to dítě kojíš jako opravdu třeba půl hodiny, nebo alespoň já jsem ho kojila.

**Takže to tam jako i kontrolovali, jestli opravdu po těch dvou hodinách a jestli přibírá?**

Hm, nekontrolovali, jako vážili. Víím, že v Motole váží před každým kojením a po každém kojení, ale to tam jako nedělaj. Tam je vážili jednou denně, protože oni fakt ty váhy jsou takový jako plus mínus jako dítě, takže to moc nemá asi smysl, takže.

**Jo. A jestli tě někdy rušili při tom kojení třeba kvůli té vizitě, jestli se někdy nestalo?**

Ne, nepamatuju se, že by to byl problém.

**Takže ty jsi vlastně jakoby ani nějaké extra rady s tím kojením nepotřebovala.**

Nějak ne, nějak ne.

### **A měla jsi pocit, že jsou ti zdravotníci po ruce?**

To jo, kdykoliv jsi tam mohla zajít, jako někdy, nebyli protivní nebo takhle. Sice se jednou se jedna sestřička divila, když jsem tam během jednoho dne třikrát šla pro nový bodýčko, protože on mi je pokaždý počůral, když jsem ho, že pak jsem ho už svlíkala celého.

**Dobře, tak to bylo teda k tomu dotazníku a pak tady mám další otázky, které se týkají už víc toho, jak je to teď. Je to 11 různých situací. A jestli mi zkusíš popsat nějak to nejčastější a nejběžnější, co tě k tomu napadne. Jak bys ho zkusila popsat, jaký je při jídle, když papá?**

No **hrůza** jako [smích], ještě dopoledne, no...“Dobrá podlaha?“ [mluví na syna] ještě při jídle mám s tím docela problém, že... Jsou fakt dny, kdy do něj někdy narvu tři lžičky za celý den, a jako mám smůlu, víc prostě nechce. Nevím, podle čeho se to jako určuje. Pak jsou dny, kdy papá a je pravda, že on má teď s tím přibíráním jako problém. Že on prakticky podle mě nic nepřibírá, takže. Ale zase vypadá spokojeně.

### **Měl by přibírat?**

Měli by přibírat pravidelně měsíčně já nevím kolik, třeba 300g a to on přibere třeba za dva měsíce. Nebo později. Dokonce za týden by měl přibírat 300g, nevím. No prostě jsme úplně mimo tabulky, ale pravda je, že von jako hrozně vyrostl, rychle. A teď se poslední ty měsíce zastavil, tak si myslím, že je to **možná normální**. Prostě byl **rychlejší**, tak teď se zastavil. Ale s jídlem je to **zajímavý**. Někdy ho nakrmit, to jako člověk musí. On je **hrozně živej** a to, a musí u toho, třeba teďka, jak jsi tady ty, tak se jako měl čím zabavit, tak jedl, měl na koho koukat. Jinak mu u toho tady pouštím videa, cinkám prostě, někdy je to opravdu na půl hodiny, abych do něj dostala půlku přesnídávky.

### **Potřebuje něčím zabavit u toho jídla.**

Prostě je **hrozně zvědavěj** a nebaví ho u toho sedět a jíst. „To je moc nuda, vid?“ [mluví na syna]. Nevím, jsou dny, kdy jí hezky a jsou dny, kdy je to prostě o nervy.

### **Jasně. A co tak teda nejvíc zabírá? Zabírají ty videa různý?**

Ty videa no, ty má rád. On má takový přehrávač a takový dětský ty, takový to znakování, jestli jsi o tom někdy slyšela. To je jenom na principu, že děti rychleji se umí hejbat, než mluvit. A jako nemyslím si, že by to bylo úplně nějak zázračný nebo geniální, ale to ... líbí se

mu to, no. Já si zase myslím, že když se naučí znakovat, že nebudou mít touhu mluvit.  
[smích]

**Potom jak to vypadá, jako když třeba nemůže dostat najíst hned. Když má hlad, ale teď musí počkat?**

Vzteká se. Dělá [napodobuje zvuky dětského křiku].

**A vydrží nakonec nějak?**

Vydrží. Jako on vydrží hodně bez jídla jako dlouho to jako, ale teď se mi podařilo mu udělat nějaký rytmus, že plus minus nějaký máme. Ale fakt do těch osmi měsíců to bylo s ním jako složitý. Jak nespál, jak neměl ty ..., jak bylo hrozně těžký ho uspat s kočárem jsem, v kočárku přes den ležel, třikrát denně ven. Strašně záleželo jak, někdy vstával ve tři ráno, vid', definitivně. To pak jako do něj něco narvat, to bylo těžký. Protože když byl unavený, tak nechtěl jíst, chtěl zase spát. A teď jak byl zvyklej usínat u kojení, tak se toho dožadoval, vyžadoval, pak zase neměl hlad. Je to takový složitější s ním.

**A jak to potom vypadá, když už je najedený, když už nechce dál jíst? Když už mu to stačí?**

Takhle. Zavře pusku, vodu vyplivuje, to do něj dostat nějakou tekutinu je prakticky nemožný. „Nech tu tetu.“ [mluví na syna].

**A pak mám další. Jaký je při usínání?**

Večer to docela jde, večer když usíná, tak už kolikrát ani nebrečí, ale jinak brečí, no. Přes den jako, většinou tak 3 minuty a pak usne, nebo krátce a pak usne. [mluví na syna] „Pust', Lukáši, pust', pust' ty vlásky, to není sranda. Tu druhou taky. Ty náušnice fakt pozor. Lukine!“. Jeho představa o mazlení je takovádle. [mluví na syna] „Pust' to, to není na hraní. Pust' to, Lukine, tohle taky.“ Budeš si ho muset držet od těla. Jak se umí postavit... Já jsem se kvůli tomu ostříhala. [mluví na syna] „Nekousej tetu, nekousej.“ On sice nemá protiskus, ale ty dva zuby stačí.

**Takže u usínání začne brečet.**

Většinou jo jako. Ze začátku, to je princip tý uspávací metody, že prostě necháš. Že maximálně.

### **On jako že chce, abys tam byla s ním nebo jak to?**

Podle mě nechce spát prostě, on je **unavený** a jak je **strašně zvědavý**, všechno ... Tak to bere, že jako se nemůže bavit, že to není zábava pro něj. Nechápe, že si musí odpočinout.

### **Že by si chtěl hrát.**

To je nepřítel, spánek pro něj.

### **A co teda tak nejvíc pomáhá? Že tam k němu chodíš?**

Že tam přijdu, položím ho a odejdu, řeknu dobrou noc a zavřu dveře. Čili on pochopí jako, že opravdu to myslím vážně a většinou potom to, usne, no. Večer říkám no, je to **docela jednodušší**. Někdy se rozbrečí i v noci. Večer většinou usíná i bez brekotu.

[mluví na syna] „Děláš blbosti. Zkusíme tě dát do postýlky, Luki, pojd', pojd' sem.“

### **To ho tady klidně nech.**

[mluví na syna] „Pojd', půjdeš se koukat na obrázky, jo? „

### **No tak jak to vypadá, když se probudí i v noci?**

No, někdy se probudí, tak tam vlastně za ním jdu. Obvykle stojí, takže já ho položím, a řeknu mu, že má spát a odejdu.

### **On tě teda nějak volá? Jo?**

Brečí.

### **Takže je to spíš, že chce nějak ten kontakt a nějak uspat.**

Něco asi jako potřebuje vidět, že tam jsme a pak se uklidní. Někdy mu to jako trvá i dýl, ale je pravda, že teď už většinou ... To ze začátku, když jsme ho učili spát se tak budil častěji, teď už jenom jeden den v týdnu a teď už spí do rána, což je **úžasný**. To je, jako když ti někdo sáhne na spánek, to je **fakt krutý**, [smích] to opravdu ze sebe zdravějšího člověka udělá totálního blázna. [smích]

### **No, tak to je náročný. Ty seš pak unavená, nevyspalá.**

To pak už ani nevnímáš tu únavu, to seš taková apatická, prostě, no

### **Tak to je těžký no, nějak fungovat.**

Člověk vůbec nefunguje jako člověk.

### **Tak ještě, že je to teď dobrý.**

Ani pak z toho dítěte nemáš radost, prostě všechno je to taková rutina. Čím míň spíš, tak tím pak ten spánek to tělo míň vyžaduje. Ale prostě vůbec nevidíš už ten svět jako reálně. Já když jsem se pak třeba vyspala, tak jako je, jsem najednou říkala, hele svítí slunce, to je **hezký**. A teď jak jsem byla nemocná, tak mi píchali dithiaden, protože jsem brala na alergii, měla jsem antibiotika. A to se jako nesmí řídit. To seš jako ospalá, unavená. Jsem si vzpomněla na kamarádku, která když si ho vzala, tak celý víkend prospala. A já tady jsem si ho vzala, když mi ho píchli, jsem čekala, kdy přijde nějaká ta totální únava. A teď jsem si říkala fajn, po třech hodinách jsem zjistila, že v takovýmdle stavu jsem to považovala za lepší den. Že byly i horší. Stejně jsem řídila.

### **Takže dítě je horší, než dithiaden.**

Na spánkovou deprivaci je to výcvik dobrej.

### **To je síla, no. Tak teď už to snad půjde líp, když už spinká.**

Doufám, že jo.

### **A zdá se, že jakoby nemůže usnout. Že už by ...**

On neuměl usnout, on prostě, on k tomu potřeboval nějaký impuls. A to bylo buďto..

### **Že jakoby sám od sebe cítil, že je unavenej ...**

Neuměl, no. On byl **protivnej**, vřískal, brečel, rozčiloval se. Ale prostě neuměl usnout. Jako poprvý, když já jsem byla vlastně kamarádce na rozlučce se svobodou. Jsme tam byli od dvou hodin, takže ho poprvé uspával manžel. Že ho nakrmil večer no a pak se ho pokoušel...jako někdy pomáhalo, že ho uhoupal v autosedačce no. To zkoušel houpat, nosit, všechno, nic nepomáhalo. Tak ho prostě nechal, dal do postýlky. A to vydržel hodinu a čtvrt řvát. Než prostě se opravdu vyčerpal a usnul. A já jsem předtím. Asi usnul třikrát - sám jakoby. To bylo až po hodině, kdy pořád lezl po velké posteli, neustále se přetáčel, převracel, kroutil, to ještě neuměl moc lézt, spíš takový jako. Prostě strašně pro něj jako výkon, jako pro nás, jako kdybysme uběhli maraton. Tak potom usnul. A to se povedlo asi třikrát, že takhle sám, sám,

to, ... prostě to neuměl. Až když jsme ho nechali takhle cíleně vybrečet, tak to najednou zvládnul. Tak se to naučil, že může zapnout...

### **Možná jako pochopil ...**

Jo, určitě to. Já už jsem i cítila, že mu chybí strašně málo k tomu, že on by taky chtěl spát, ale pořád se budil, protože on podle mě jak už se začal přetáčet, tak už ho každý přetočení vzbudilo. Teď už se to naštěstí zlepšilo. To už je úplně jiný svět.

### **Potom jaký je při probouzení?**

**Jak kdy**, se probudí většinou teda, většinou taky brečí. Když se probudí a ještě by chtěl spát, tak prostě brečí, ale podle toho kdy v noci jako se probudí. Když se, před pátou k němu nejdu, takže, nebo jdu, ale zase ho uložím a řeknu „Spi, to je ještě moc brzo.“ Nebo se probudí tak, jak jsi slyšela, že si začne hrát s něčím, co má v postýlce a to je jako známka toho, že se vyspal. Pak druhá varianta je taková ...

### **To je pak takovej pohodovej.**

No, přesně tak.

### **Dokázala bys říct, co tak udělá jako první po tom probuzení?**

No buď se rozbrečí, nebo si jde s něčím hrát, co má u postýlky.

### **A ty pak ho už slyšíš ...**

Nebo si začne povídat, to taky někdy dělá. Někdy i jako, že nás i začne volat, že dělá takový to [napodobuje zvuky, které dělá syn].

### **Potom, jaký je při oblíkání nebo přebalování?**

**Protivnej**. Oblíkání nemá rád. To jako vždycky když po koupání nebo večer, když je **unavenej**, tak to se vždycky začne vztekat. Přebalování začíná být, no musíš mu něco vrazit do ruky, protože on se začne hnedka kroutit už, takže, taky to úplně nemusí.

### **A je to jako zdržování myslíš pro něj?**

No, nuda, nuda, šed', šed'. Musíš mu něco vrazit do ruky, aby se zabavil a držel alespoň chvíli na těch zádech. On je **hrozně aktivní**, on by furt něco lezl, poznával, nespál.

**Všechny tady ty nutnosti jsou pro něj otravný.**

A jako od té doby, co se rozlezl, jak všichni říkají, že to jako končí, že to je **hrozný**. Jakmile začnou lézt, hejbat se, tak pro mě začala havaj, protože on si tady jako leze, s něčím si hraje, já ho jenom kontroluju. Předtím jsem ho musela furt zabavovat něčím. Prostě neustále nový podněty mu dávat, až se za chvíli začal vztekat, že se nudí.

**Má třeba rád ten pocit, kdy je rozbalenej, víš, když mu sundáš tu plínu ...**

Nevidím zatím rozdíl nějak. Na tohle si on moc nestěžuje. Když je **pokakanej**, tak na to si stěžuje, tak to ke mně přilezl, tak to mě začne třeba kousat, ať ho přebalím.

**Už to znáš.**

Taky jak kdy. On má na všechno stejný vyjadřování, těžko poznat, co mu vlastně v tu chvíli je.

**Jaký je při koupání? Jak bys ho popsala při tom koupání?**

Jo, to má rád. To tam blbnou s tátou. Vodu má docela rád, chodíme s ním plavat.

**A jak se to pozná, že ji má rád? Co tak dělá? Jaký je?**

No směje se u toho. Teďka, jak už sedí, tak ho vždycky Tomáš vždycky posadí do toho, do té vany a on plácá rukou do té hladiny a baví se u toho. Pak ho dá, když to vypouští, tak tam má takovou malou vaničku, která už je mu děsně malinkatá ale pořád ji používáme. Tak pak ho dá do velké vany a vypustí a on chytá tu vodu, jak teče z té hadice, tak to ho baví, no. [pauza] Ale potápění, to nemá rád. Hlavu pod vodu v bazéně. Když plave v bazéně tak potápí se celý, to vždycky řve, to se mu nelíbí.

**A jinak ho plavání takhle baví?**

Jo, docela jo.

**A jak dlouho už chodí?**

Od půl roku, od těch šesti měsíců.

**Jaký je při té hře? Jak si nejraději hraje, co ho baví?**

Vyrvat mi všechny vlasy [smích], udělat pár monoklů, vyrazit tři zuby alespoň, to ho baví dost. [smích]

## **S tebou, když si hraje nějak ...**

Jeho baví poznávání, takže kabely, ovladače a mobily a všechno, na co nemůže sahat tak to ho baví nejvíc. Teď se naučil otevírat skřínky, tak čekám, kdy si tam přiskřípne prsty. Ony jsou na to sice takový ty patenty, ale já si zase říkám, že by se mohl naučit, že to nemá otevírat. Jediný, co se chystám zabezpečit je to, kde jsou nože, ale tak na to on zatím nedosáhne. A tak to jako to ho baví. Poznávání vlastně. Baví ho být ve společnosti. Sedět a poslouchat, nejlépe všechny pozorovat, a aby všichni pozorovali jeho. [smích] A teď momentálně házet věci na zem. To je šťastnej, když to dělá co největší kravál hlavně.

## **Jak tak poznáš, že ho něco baví, že je šťastnej?**

Jo, on se u toho směje, tak na něm je to poznat snadno. To on jako je hodně takhle emotivní, že je snadno poznat, že se mu něco líbí nebo nelíbí. Tyhle skřeky jsou radostný [smích], ale od toho vzteku nejsou daleko. On se fakt usmívá u toho.

## **A je naopak něco, co ho nebaví při tý hře?**

Hm...nebaví ho to převlíkání, oblíkání. Ze začátku nesnášel kočárek. Bylo to jediný, v čem spal. Ale jakmile, bylo to jako poslední, co jsem musela udělat, je dát ho do kočáru. Jsem musela být oblečená, pak jeho oblíct a dát ho do kočáru, protože...

## **Nerad se i vozil, jo?**

Ne, to naopak to bylo jediný, kdy usínal přes den, takže v kočáru se spalo. Ale prostě dokud stál, nesměl se zastavit. Jakmile se zastavil, tak byl problém, a to i když spal. To prostě. Všechny maminky si tam krásně četly a já tam furt jako zombie [smích] chodila a jezdila po dlažebních kostkách nejlépe.

## **A jak to vypadá, když už si třeba musí přestat hrát, když ho musíš odtrhnout od nějaké hry, něco je potřeba dělat?**

Jako to je zvláštní, že většinou se nevzteká. To se jako divím, že když mu seberu hračku, tak jako není vzteklej. Ale někdy, když mu seberuš jídlo, tak je vzteklej. Jídlo ale, víš, že třeba dneska mu dal ráno Tomáš kus sušenky, kterou by samozřejmě neměl, která je jako pro dospělé. Tak pak, protože v tom byly ořechy a takhle, tak mu ji chtěl vzít, protože se tím už začal dávit a tak to se vztekal, to se rozbrečí. Nebo když mu vzal kost, kterou ohlodával, žebro, tak to byl k neutěšení, ale jinak většinou jako nebrečí, no. Prostě jako vezme to, že nic

a jde se dělat něco jinýho, to je u něj, právě to nikdy nekončí, že by seděl a nic nedělal a koukal na pár vteřin.

**A už třeba pozoruješ, že si s něčím hraje, něco se mu povede, že reaguje?**

Jo, má z toho hroznou radost, když vždycky udělá něco novýho. Nebo třeba když se naučil vstát. Teďka minulý týden se teď učil ze vstání si sedat zpátky. Ze začátku padal na zadek, že tak jako dopadl, tak měl takovou radost, že se mu to povedlo, a že to opravdu nebolí. A teď se naučil, že to může dělat i přes ty kolena, že si zase může kleknout zpátky. Tak to jako na něm vidíš, že vždycky, když přijde na něco nového, že z toho má děsnou radost, že se mu to jako povedlo.

**A naopak, jaký je, když se mu něco nedaří?**

Hele, on je **docela trpělivej** takže jako, ale je pravda, že někdy se jako zase začne vztekat. Ale většinou jako tak z devadesáti procent to zkouší pořád dál a když mu to opravdu nejde, tak od toho odejde a z deseti procent se začne vztekat, že tudy cesta nevede, že to chce! [smích]

**A jaký je venku? Jak to má rád venku? Ať už v kočárku nebo když si hrajete někde na písku?**

Jo, miluje. To ještě si nehrajeme, jenom v kočárku venku. Vlastně nechodí, takže. Zase pořád funguje to pravidlo, že ten kočárek musí jet. Jako na to zastavování je to. A už mám hlavně ten kočárek, kde sedí, takže nebo může sedět a že vidí. V tom loďáku mu asi vadilo, že nevidí z toho, no. Že přece jenom. Nevím, no, co mu na tom tak bylo **špatný**. Nakonec, nakonec tenhlecten, teď je to jako **dobrý**. Usne, když se probudí ... Předtím, když se probudil, tak jsme museli být už vedle baráku, protože to už jako zase začal vřeštit. To bylo ze začátku, to **fakt** bylo **náročný**.

**Takže teďka už vydrží v kočárku venku, už kouká ...**

Teď už klidně dvě hodiny kouká, co se kolem děje. Baví ho pozorovat ten svět.

**A je rád takhle na vzduchu? Máš pocit, že je rád venku?**

Jo, dělá mu to dobře.

### **A přišel do kontaktu s jinýma dětma.**

Jo, no. Rád si hraje s jinýma dětma. Jo, hry, sama jsi pocítil na vlastní kůži, jak jsou **příjemný**. Snažím se to selektovat, chce si hrát s každým. Ale bohužel zatím neví, no, že to ostatní bolí.

### **No jasně, to zkouší, to nemůže vědět. Je teda spíš, že je sám aktivní v tom kontaktu?**

Jo, je takovej, že on je ten, který k nim jde. Když jsme třeba byli já nevím, někde na prohlídce, tak tam byli takoví malí, stejně starý s ním. Tak on ho začal tahat za vlásky, co měl. A že si s ním chtěl hrát a podobně, že ... Bohužel taky se von se chce opřít stejně jako o tebe, ale ty děti nemají stabilitu, takže ho porazí, no. [smích] Ale jako je takovej, že za nima jde a tu aktivitu, vždycky jako kdyby jde z jeho strany.

### **A jak pak reaguje, když naopak nějaké dítě jde k němu a chce si hrát?**

Stejně, jde proti němu [smích]. „Berany, berany duc, vid?“ Nebojí se jich, že by tak jako reagoval. Je pravda, že odmalička jsem fakt, kdekoliv jsem přišla, tak jsem ho okamžitě vrazila do náruče, ať si jako zvyká, že prostě ...

### **To je vidět, že je asi v tom v pohodě.**

Nemyslím si, prostě to tam v těch dětech je nebo ne. Mě kamarádka, co jsou o deset dní, říkala, že byl taky takovej dle a pak šli do nemocnice kvůli něčemu, vrátili se z té nemocnice a začal se bát úplně všech. Že oni mají takové období separační úzkosti kolem těch osmi měsíců a dřív, později, jak kdo. Buď se to objeví, nebo neobjeví, no. Taky se to ještě u něj ještě podle mě může objevit, že se bude bát všech, ale zatím ne, no. Říkám, to si myslím, že je opravdu v tom dítěti, že to můžeš ovlivnit. Samozřejmě, kdybys s ním byla jenom pořád sama, že. My máma chalupu na Vítovkách, tak tam je holčička, které je rok a půl a ta je opravdu, nebyla zvyklá na nikoho jinýho, než na tu rodinu tak ta se bojí všech jako. Když je někdo cizí, že to je znát.

### **Jaký je, když ho necháš samotného, třeba někde v pokoji?**

No, musíš mu tam takhle pustit ty hry, jinak ... U toho vydrží. Já ho mám teďka v postýlce a mám to na posteli položený, protože on by to jinak shodil nebo si s tím, no jde po tom. No to je jediný způsob, tak to vydrží tak většinou dvacet minut a pak ho to už přestává bavit, no. Někdy i dýl, ale to video je fakt skvělý vynález [smích]. To je fakt jediný, když ... Protože jinak ho **samotnýho** moc nenechávám, protože jak všude běhá, tak potřebuje dozor. Ale nevadí mu být **samotnýmu**. Ale vadí mu být v postýlce. Kdyby byl v ohrádce, tak je to, je to

to **samý**. Já ho ale nenechám. Ale myslím si, že po chvilce by taky mě začal hledat. On sice vyrazí do koupelny, ale pak zase začne hledat, kde kdo je, jestli tady **není sám**. Ale říkám, **samotnýho** ho člověk nenechá, to není dobrý nápad. On vždycky přijde na něco, jak se zabít snadno a rychle.

### **Jaký je, když třeba jdete někam na návštěvu? Do nějakého cizího prostředí?**

Nevadí mu to. Akorát je problém s těma věcma. Že já to tady mám **uzpůsobený** tak, že si tady prostě nemá co vzít do ruky pořádně nebo tak. Když jsme u našich, tak jsme museli polovinu věcí přestěhovat na metr vejš, takže to je pak horší, že ho musím o to víc hlídat, že prostě mu furt něco sbírat z ruky, že jde po zásuvkách a podobně. Ne ne ne ne ne [smích].

### **A jak to zkouší? Objevuje to nové prostředí?**

Jo, jo, to on je **zvědavěj**, takže ho to baví tyhlencty věci.

### **A stejně, jak reaguje na ty cizí lidi?**

Tak jako většinou chlapi ho většinou baví. A když na něj děláš ksichtíky, tak to se směje, to má rád. Když jdeme třeba do velký společnosti, tak třeba kouká nejdřív **jako puk**, a když to potom okouká, tak se začne bavit.

### **Takže to je rád.**

Nejlépe všechny. No, je to **takovej exhibicionista malej**.

### **Jaký je, když mu není úplně dobře, když není úplně ve své kůži, když je třeba nemocný, pokud už byl?**

**Protivnej**. Ale je pravda, že když on je **nemocnej**, tak to na něm fyzicky moc nepoznáš. Že on se moc, teda spíš mentálně moc nemění. Že když má 38, tak vypadá jako pořád stejně, no. A když je **unavenej**, tak je **protivnej**. Vydává skřeky, až to přejde do souvislého brečení.

### **A co takhle pomáhá?**

Dát ho spát. Nějak ho uspat. No, on je **fakt jenom protivnej**, když je **unavenej**. Nebo když má hlad, takhle s tím jídlem je to někdy problém.

### **Ani jako nemocnej, že by mu nebylo dobře, to nebyl?**

Jo, byl, byl. Měl vlastně ve třech měsících rýmu. V půl roce měl šestou dětskou nemoc, takže to bylo takový... Že jsme ze začátku nevěděli co mu je, že měl tři dny horečky, tak jsme byli dvakrát na pohotovosti. Protože pak i začal zvracet a měl průjem. Tak to jsem se trochu vyděsila. No a [pauza] potom, teďka byl vlastně se mnou **nemocnej**. Ale jenom trochu kašlal, tak na štěstí to neschytil.

### **A jak to jako snáší takhle, když mu není dobře?**

Ale jako na něm to nepoznáš. On kašle, smrká, no nesmrká, má ucpaný nos. Možná se někdy navztekne, když mu ty nudle stékají, že mu to vadí. Ale na něm to není moc poznat. Jako když zvracel a měl průjem, tak v noci byl **takovej apatickej**, proto jsme jeli do té nemocnice, ale byl asi **unavenej**. Pak byl **nevyspalej**, takže byl zase **protivnej** z toho nevyspání. Ale není to na něm moc poznat ty nemoci, to je **takový blbý**. Člověk neví, jestli mu něco je nebo ne.

### **Zase to jako dobře snáší, že z toho není nějaký...**

On to spíš jako ty. Že takhle **malý**, že to neumí vnímat, že je to nějaký diskomfort.

### **Nakonec jestli bys řekla, že umí nějak zazlobit? Jak zlobí?**

Jo, tak zlobit... asi jenom když je **unavenej**, tak je **protivnej**. Nebo když se prostě blbě probudí, do blbě nálady, tak je vysloveně že nadává.

### **A jak to tak vypadá?**

Tváří se jako **kakabus**, **takovej nabručenej** a furt dělá [napodobuje zvuky syna], no, tak asi tak.

### **A co pomáhá? Když si s ním víc hraješ nebo ho zabavuješ?**

No, ty hry určitě. A já ho většinou nechám, protože mě fakt štve. Říkám přijď, až budeš mít lepší náladu.

**Dobře, no tak jo, já ti moc děkuju.**

Příloha č. 2: Arch na posouzení adjektiv

	<b>Velmi pozitivní</b>	<b>Spíše pozitivní</b>	<b>Neutrální</b>	<b>Spíše negativní</b>	<b>Velmi negativní</b>
dobrý					
docela jednodušší					
docela trpělivej					
fakt jenom protivnej					
fakt krutý					
fakt náročný					
hezký					
hodně takhle emotivní					
hrozně aktivní					
hrozně těžký					
hrozně zvědavěj					
hrozně živej					
hrozný					
hrůza					
jak kdy					
jako puk					
kakabus					
malý					
možná normální					
ne sám					
nemocnej					
nevyspalej					
ne vzteklej					
pokakanej					
prakticky nemožný					
protivnej					
příjemný					
rychlejší					
samotnýho					
samotnému					
samý					
složitý					
strašně zvědavěj					
špatný					
šťastnej					
takovej apatickej					
takovej exhibicionista malej					
takovej nabručenej					
takový blbý					
takový složitější					
těžký					
unavenej					
uzpůsobený					

úžasný					
vzteklej					
zajímavý					
zvědavej					
zvláštní					
zvyklej					