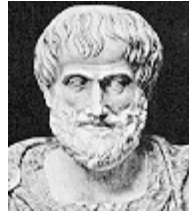


ADAMEC JIŘÍ  
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ  
KATEDRA TEORIE

---



# PSYCHOLOGIE A PORODNÍ ASISTENCE

PREVENTIVNÍ PŘÍSTUPY V PRENATÁLNÍM,  
NATÁLNÍM A POSTNATÁLNÍM STÁDIU

*Jiří Adamec*



**Brno 2023**

**PSYCHOLOGIE  
A PORODNÍ ASISTENCE**  
**PREVENTIVNÍ PŘÍSTUPY V PRENATÁLNÍM,  
NATÁLNÍM A POSTNATÁLNÍM STÁDIU**

*Jiří Adamec*

Brno 2023

2

© Jiří Adamec  
Filosofický seminář – katedra teorie  
IČ 105-48-629/149

Předkládaný text nemá redakční úpravu a korekturní zpracování. Tímto se omlouváme za případné tiskové nedostatky, které mohly uniknout naší pozornosti.

*Všem ženám...*

*Každé dítě je přínosem  
k sebepoznání...*

## **OBSAH**

Úvod

§1. Vývoj embrya a plodu

§2. Neurologický vývoj dítěte

§3. Zdravotní komplikace matky + *kazuistika*

§4. Filosofie dítěte

§5. Přehled výzkumných studií a pramenů

§6. Porodní a poporodní bolesti + *kazuistika*

Závěr

Doporučená literatura

*Knížka, kterou otevíráte, nechce být ničím víc než základním náhledem ponoukajícím k dalšímu individuálnímu studiu z doporučených pramenů, uváděných zde, vždy na konci každého paragrafu zvlášť. Pokud by přeci jen z jejího obsahu, pro některého čtenáře představovala posunutí směrem k zájmu o universitní studium, byl by to, zajiště výrazný počín k němuž lze vždy přihlédnou s radostí, že se vypracovaný text stal tedy zajímavou inspirací ke klinickému a vědeckému bádání.*

## Ú V O D

Jednou z nejcitlivějších oblastí lidské existence je narození dítěte a péče o jeho duševní a tělesné zdraví. Vývojová psychologie má snahu, co nejpřesněji definovat jednotlivá věková stádia, aby bylo možné vždy z pohledu vědomostí, zahrnujících znalost konkrétně dosaženého stupně mentality jedince, predikovat jeho zdraví nebo patologii.

Základními tématy psychologie v porodní asistenci jsou: **1) prenatální vývoj** jedince a jeho vliv na utváření psychických funkcí; dále: žena/matka v těhotenství a její psychická zpětná vazba na plod dítěte, **2) natální fáze** – její průběh a dopad na nervovou soustavu dítěte a matky, ve smyslu zátěže spojené s šestineděním a **3) raná (neonatální) péče** o dítě z pohledu dnešní neuropsychologie a psychologicko – psychiatrických postupů a souvislostí.

V celém nastavení základního přístupu k dané problematice je rovněž otázka kompetencí. Kdo z odborníků s jakým vzděláním, praxí a následnou specializační atestací, jakož i další, například - školení dobrovolníci, (kým) – jsou zde povoláni, tuto práci následně vykonávat s důvěrou v jejich vědomosti a zejména, pro kontaktní činnost s klienty, uplatňovanou v rané péči?

Detailnější pohled na jednotlivé obory tedy zahrnují *gynekologii, porodnictví, dětskou neurologii a pediatrii obecně, a k nim řazené specialisované přístupy v rehabilitačních výkonech jakými jsou například dětská fyzioterapie, pak dětská rehabilitace motorických funkcí, ale i dětská onkologie, dětská psychiatrie či psychoterapie, nebo v celkovém nastavení takové péče tedy pedopsychologie, jakož i dále: dětská: psycho, neuro, kardio farmakologie (výběrem) a další.*

Osobně se setkávám s rodiči, nebo i jejich dětmi, vždy jen na krátké konzultace. Za poslední léta se je-

jich počet značně zvýšil. Koresponduje to s celkovým stavem výskytu nemocnosti ve společnosti, narozené děti nevyjímaje. Naše spolupráce se nejčastěji týká tří záklaních témat: **1) psychického vyrovnání se s trvalou invaliditou dítěte v rámci tělesného, duševního nebo obojího (kombinovaného) postižení, 2) psychických záležitostí, přicházejících v této souvislosti ze strany vlastního soužití páru, 3) pořádání komunitních setkávání rodičů, starajících se o dítě v raném stádiu následné péče (sdělování osobních poznatků, výměna zkušeností, navazování přátelských vztahů, podpora a sebebepéče).**

**Všechny tyto aktivity jsou naším „Seminářem“ poskytovány výhradně zdarma.** Může se jich účastnit prakticky kdokoli. Velmi častými návštěvníky bývají matky nebo páry, kteří po oznámení výsledků screenin-  
gových vyšetření, obdrželi informaci o genetickém či jiném poškození plodu s trvalými následky a přetrvávajícím rozhodnutí s takovou situací i nadále počítat, bez jakékoli změny přístupu k očekávanému dítěti.

Téma, které bylo zvoleno v nadpise, zahrnuje tedy svým obsahem daleko širší okruhy komentovaných oblastí. Je to jen proto, že je vždy mojí snahou klientům zvědomovat kontext událostí, které mají vliv na jejich nelehkou situaci. Jako forma psychoedukace je jim pak snadněji dostupné chápání okolností, a to nejen po psychologické stránce, ale stejně tak mnohdy i po stránce duchovní, která zde hraje významnou roli.

Samostatnou kapitolou přístupu potom samozřejmě jsou skupiny klientů, kteří vlivem zdravotních komplikací o dítě v raném stádiu přišli a dávají za vděk možnosti o tyto problémy se podělit, vzájemně se posilovat a získávat novou životní energii.

*Jiří Adamec  
Brno, prosinec 2022*

## **§1. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ NORMÁLNÍ VÝVOJ PLODU – OBECNÝ ZÁKLAD**

Buněčná, skeletální, neuronální a také orgánová anatomie, popřípadě fyziologie jakož i genetika představují, zejména v souvislosti s růstem embrya, a následně i plodu, výchozí témata pro screeningová sledování jejich zdravého vývoje. Vedle toho, jsou to průběžné nemoci matky během těhotenství, které se mohou na vývoji dítěte podílet rovněž, patologisujícím způsobem, stejně jako vnější vlivy pocházející z prostředí, kde matka v době těhotenství tráví většinu svého času.

*Obecná anatomie dítěte* se vždy výrazně zaměřuje zejména na vlastní počátky tohoto vývoje. Ve všech oblastech výše jmenovaných témat, mohou existovat nástrahy, které lze přičítat k přechodným nebo i trvalým poruchám, které mohou člověka potom provázet po celý jeho život.

Podle *Ivana Dylevského*, je při počátečním vstupu do studia vývojové anatomie dítěte (*tzv. nipiioanatomie*) důležité věnovat pozornost *morfogenesi*. Každá část lidského těla, vnitřních orgánů, stejně jako i každá jednotlivá buňka představují strukturu, charakteristickou jednak molekulárním uspořádáním, jakož i výsledným tvarem. *Morfogenese* může tedy poukazovat na normu tohoto vývoje nebo naopak, na jeho patologii.

Postupem embryonálního vývoje mají buňky schopnost v utvářejícím se těle, tak zvaně *migrovat* (*přemísťovat se*) a vytvářet nová uskupení důležitá pro vznik jednotlivých orgánů. Aby se morfogenese mohla dále uskutečňovat, je potom její důležitou součástí také *dělení buněk* (*proliferace*).

Obecně, pojetí *ontogenetického* vývoje dnes už nestaví na názoru *Ernsta Haeckela* o růstovém opakování živočišných druhů. Základem je autonomní, organický vývoj, geneticky podmíněných, autonomních procesů.

Pro to, aby mohla být dále určována *screeningová odchylka* v rámci morfogeneze plodu, je nejjednodušší vymezení časového rámce (*antropometrie* a *vývojová stratifikace*): u *kinetické antropologie* se jednotlivé úseky vývoje nejčastěji „měří“ podle dnů (*embryo*), týdnů (*plod*), u neuroanatomických změn po jednotlivých měsících, od početí, až k datu porodu.

### **Vývoj zevního tvaru embrya:**

- 7. – 15. den = kruhový zárodečný terčík
- 15. – 20. den = oválný zárodečný terčík
- 21. – 28. den = formování zárodečného těla, ohyb do tvaru C (počátek utváření CNS - *ektoderm*)

### **Vývoj plodu:**

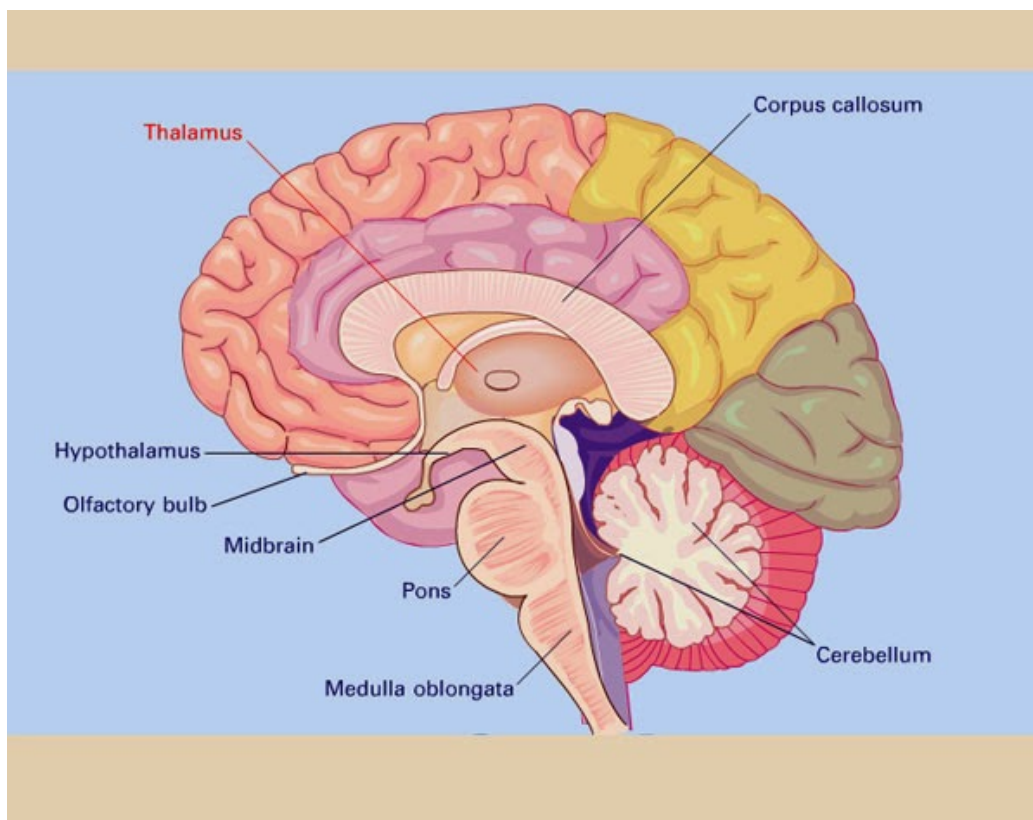
- druhý měsíc = do 30 mm *obličej s lidskými znaky*
- třetí měsíc = 30 – 80 mm *rozeznatelné M/Ž pohlaví*
- čtvrtý měsíc = 80 – 130 mm *zakládá se růst nehtů*
- pátý měsíc = 130 – 180 mm *aktivní pohyb*
- šestý měsíc = 180 – 230 mm *vlasy, obočí, řasy*
- sedmý měsíc = 230 – 270 mm *otevírají se víčka*
- osmý měsíc = 270 – 310 mm *podkožní tuk*
- devátý měsíc = 310 – 360 mm *varlata vst. do šourku*

### **Neuroanatomický vývoj embrya a plodu: 0 - 4 měs**

1. vznik medulární ploténky
2. prohloubení medulární ploténky
3. oddělování ganglií
4. vznik neurální trubice
5. mezimozek – část parietální + limbický systém
6. střední mozek a mozkový kmen + hypofýsa
7. zadní mozek = fyziologická autoregulace

Pokud se na některém výše uvedeném stupni vývoje objeví nedostatky pro možnost pokračovat normální cestou dál, vyvolá to v rganismu buněčnou reakci, a to v podobě poplachové mobilizace autoregulujících mechanismů. Ty ovšem přichází v úvahu teprve po dokončeném vývoji základní fasety *cerebella* (*zadního mozku*), který je za autonomní funkci vnitřních orgánů odpovědný.

*Cerebellum* je zde patrné svým postupným utvářením od 12. týdne vývoje embrya. Teprve v průběhu 4. měsíce dochází k jeho rozdělování na pravou a levou hemisféru. *Fissury* neboli *zářezy* dalších jeho částí postupují současně se zráním do původní velikosti, průběžně s normálním časem těhotenství. Jedna část *cerebella* začíná komunikovat s páteřní míchou, druhá se napojuje na dráhy spojené s mozkovým kmenem *pons*. Tím může vznikat celkové propojení mezi CNS a vnitřními orgány, jak na úrovni nervosvalové fyziologie, tak na úrovni motoriky.



-----

### **Doporučená literatura:**

1. Dylevský I., *Anatomie dítěte – Nipioanatomie*, Praha (CVUT), sv. 1. - 2., 2014 – 2017.
2. Sadler L.W., *Longmanova lékařská embryologie*, Praha (Grada), 2011.
3. Dubová O., Zikán M., *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*, Praha (Maxdorf/Jessenius) 2019.
4. Přiložený obrázek CNS – *internetový zdroj*.

## **§2. KONKRÉTNĚ NEUROLOGICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE (Prenátální a raně post-natální)**

Pro popis dalších segmentů prenatálního stádia, bude užitečné pokračovat nyní zaměřením na neurovývojové aspekty. To, co se s lidským embryem a následně i plodem děje, spadá zásadním obsahem právě do této oblasti. Nerovný vývojové fáze, a to v rámci ebecné a speciální neuropsychologie a neuropsychiatrie, spoluurčují jak vlastní utváření centrální nervové soustavy, stejně jako vnitřních orgánů (jejich fyziologii), jakož i motoriku a stavbu těla ve vnějších znacích celkové ontogenese.

Jak podtrhává MUDr. Ivan Dylevský, je CNS dítěte v samé podstatě nestrukturovaný do té míry, aby mohl poskytnout organismu dostatek autonomie (*svazek. 2., strana 462 an*). Veškerým „úmyslem“ neurovývojových faset je předně, dosažení na možnost zvládat život schopností takové adaptace, která bude dostatečná pro odolávání všemožným nárokům, s nimiž se dítě bude později konfrontovat.

Z pohledu vlastní neuroanatomie, se od početí do narození dítěte, utváří a ustalují jednotlivé neuronální segmenty a okruhy. Zde hovoříme o schopnosti jednak komunikace mezi neurony a schopnosti zapojování širších okruhů do této komunikace tak, aby se mozek následně mohl stát skutečným řídicím centrem.

Do tohoto procesu vstupuje předně vznik *neuroblastu, nervové buňky, nervového vlákna, pre-synaptické a synaptické aktivity, myelinových obalů, a zapouzdřování takových okruhů, které představují dále tyto hlavní funkční části CNS: frontální lalok, temporální lalok, somatomotorické – frontotemporální centrum, parietální lalok, okcipitální lalok, zadní mozek*. Vzhledem k rostoucí strukturovanosti CNS, se potom do tohoto systému zapojují neurohormonální segmenty, popřípadě i segmenty dalších aspektů, spojených s tzv. neurovýživou.

Úkolem nervových vláken a dalších částí, které jsou s nimi v úzkém spojení (*např. Schwanovy buňky, synapse atd.*) je přenos vzruchu nervovou drahou, přenos signálu (elektrického, chemického). Toto vše se většinou odehrává na úrovni receptorové, což zajišťují známé *proteiny* (bílkoviny), jejich molekulární struktura. Tak, se do celé, neuro-vývojové fasety dostávají postupně: *noradrenalin, adrenalin, acetylcholin, GABA, později i dopamin, serotonin, **monoaminy*** (silně podporují zejm. *trvalost dynamiky přenosu vzruchů, jakož i vlastní dynamiku CNS pro výkon, který známe později pod společným označením: **vědomí***).

Předchozím výčtem neurochemických látek jsme toto téma zdaleka nevyčerpali. Nic méně, stačí si pouze uvědomit, proč je například klinickými pracovníci matkám v těhotenství doporučována strukturovaná a nikoli jednostranná, dietní strava. Odpověď se z tohoto pohledu nabízí již sama. Strukturovaná strava napomáhá optimálnímu neurovývojovému procesu. Každá ze zmíněných chemických látek, která ovlivňuje homeostázu fungování CNS je přímo závislá na tom, aby byla její produkce podporována „*svými potravinami*“, které v procesu *enzymatického* působení, jako *metabolity*, mohou tento vývoj zvládat v optimální růstové kvalitě, daného organismu jako celku.

Zde se problém netýká samozřejmě pouze plodu, ale stejně tak matky. Jak podtrhuje MUDr. Anderlová, způsob, jakým se matka stravuje a tím poskytuje svému plodu výživu, podporuje výraznou stopu, kterou bude dítě dál, svým přístupem k jídlu, následovat. (*Lu-káš Zlatohlávek a kol, Klinická dietologie, 2. rozš. vyd., Praha 2019, str. 135 an*). A jde zvláště o metabolity tuků, bílkovin, sacharidů, ale i vody. Jak dále z předloženého plyne, má-li být CNS skutečným řídicím centrem, musí se na jeho funkci spolupodílet i vnitřní orgány.

Raně post-natální vývoj v oblasti utváření neuronální kapacity, jejích okruhů a prvních zkušeností je plně závislý jednak na prostředí, vlivu matky či osoby jinak starající se o tohoto novorozence, množství a optimalizaci podnětů, výživě a samozřejmě také na vrozených adaptačních schopnostech dítěte, a to v rámci změny prostředí (*tělo matky a vnější svět*).

Uvedené faktory mají ještě doznívající průběh porodní fáze a změn, které ji bezprostředně doprovází: změny v působení svalových kontrakcí za současného stavu děložního vypuzování plodu matkou z těla ven, změny termické (*tělo matky a zevní prostředí*) a změny v úrovni působení intenzity světla.

Co se týče vlastního zapojování neuronů aktivujících v rámci prvotního kontaktu se zevním prostředím organismus novorozence do stavu základní fyziologické pohotovosti, tak se na tomto procesu (dýchání, smyslové vnímání, pohybová aktivita – motorika atd.) podílí *adrenerní* a *noradrenergní* složky, společně s tím, že hormony, které v mateřském těle inhibují také dýchání (*např. adenosin*), pouze na základní přísun kyslíku, nyní vypovídají službu, aby naopak mohlo dojít k dynamickému nádechu a jeho pokračování v novém okysličovacím (respiračním) režimu.

Když tedy uvážíme k jakým změnám a nárokům na organismus dochází během natální fáze, je zcela na místě tady zdůraznit, a to rovněž v souvislosti s faktem, že každá zkušenost vázaná na tento organismus se stává nedílnou součástí jeho sebereflexe, i když zpočátku jen fyziologické, ovšem zásadně později ovlivňující i myšlení jedince, jeho emoce a motivy chování. Je tento proces proto, významnou složkou budoucí osobnosti. A to z toho důvodu, že dítě doposud nezaznamenalo jinou zkušenost, kde právě tato první, určuje sebe samu, za kritérium obecné platnosti (*zejm. pocity sebeohrožení*).

-----

**Doporučená literatura:**

1. Hosák L. et al., *Psychiatrie a pedopsychiatrie*, Praha (Karolinum) 2015.
2. Kršek P. et al., *Základy dětské neurologie*, Praha (Galén) 2021.
3. Marek J. et al., *Endokrinologie*, Praha (Galén) 2017.

### **§3. ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE MATKY BĚHEM TĚHOTENSTVÍ A JEJICH VLIV NA EMBRYO A PLOD**

Současná odborná literatura dělí nemoci v těhotenství, *peripatální nemoci* na ty, které jsou v přímé souvislosti s *těhotenstvím a porodem* a ty, které v této přímé souvislosti (*podmínění zdravotního stavu matky*) nejsou.

Do přímé souvislosti spadají například: embolie plodovou vodou, intrahepatální cholestáza (*porucha jaterních přenašečů žlučových kyselin*), hyperemesis gravidarum (*těžká nausea a zvracení*), syndrom HELLP (*hemolýsa – rozpad červených krvinek*) a elevace (zvýšení hodnot) jaterních enzymů.

Do nepřímé souvislosti potom spadají, například: kardiovaskulární onemocnění, onemocnění respiračního traktu v průběhu těhotenství, také diabetes v těhotenství, autoimunitní a revmatoidní onemocnění v těhotenství, psychiatrická onemocnění v těhotenství nebo infekční nemoci v těhotenství.

Výše uvedený přehled není samozřejmě zdaleka vyčerpávající. Pojdme se podívat na onemocnění, které má název **hyperemesis gravidarium**. V různé úrovni zátěže spojené s graviditou, zejména na jejím počátku tento nepříjemný efekt spousta matek zná. Je nutné zdůraznit, že - ač se jeví důvod takových stavů přímo vázaným na nově utvářející se embryo v těle matky, je vlastní původ těchto fyziologických pochodů ještě i dnes lékařskou záhadou.

Jak popisují současní autoři (*viz, Doc. MUDr. Tomáš Binder, CSc.*) dá se tento těhotenský fenomén popsat jako problém psychosomatický. I když se ve své extrémní podobě toto onemocnění týká jen půl procenta matek (*viz, uváděná literatura*), je stále v jeho popisu charakteristické to, že v rámci změny prostředí (*domov, nemocnice*) dochází téměř k vymizení daných příznaků.

## **KAZUISTIKA**

*Žena (31 let)*

Spolupracujeme na tom, aby se zlepšil její vztah k dítěti a současně také k sobě samé. V době těhotenství byla na *hyperemesis gravidarium* diagnostikována. Průběh byl pro klientku tristní. Trpěla během zvracení bolestmi jícnu, a těhotenství samo o sobě, bylo rizikové. Dítě (dívka) se narodilo s podvážou a necelé tři týdny před termínem. Klientka (nyní už půl roku po porodu) ovšem neustále neměla vlastní příjem potravy pod kontrolou. To se odrazilo na jen minimálním objemu mateřského mléka a po dvou měsících již nebyla schopná kojit vůbec. Vše ji zásadním způsobem trápilo. Na začátku těhotenství se těšila na přírůstek do rodiny. Otec fungoval normálně a s dcerou, s níž se v kočárku procházel během našich konzultací venku, trpělivě svoji ženu podporoval. Klientka byla v nepřetržitém kontaktu se svým ošetřujícím lékařem. V souvislosti s poruchou příjmu potravy (?) se několikrát angažovala návštěvou svépomocné skupiny. Během konzultací na pracovišti zaměřeném na problémy s výživou novorozenců a matek, nepoznala žádný posun k lepšímu. Téma šestinedělí bylo při naší první konzultaci rovněž minulostí, i když se jako vhodné ukazovalo, toto období mít v patrnosti, co by spouštěč pokračujících komplikací, nasedajících na původní diagnózu *hyperemesis gravidarium*.

U klientky jsme zjistili latentní obavy spojené s pocitem selhání. Její vlastní matka pracovala v dětském domově. Od raného vývoje, byla tedy konfrontována s tématem nespolehlivosti rodičů, kteří po narození dítěte toto ponechávají na pospas osudu, jiným lidem, popřípadě je předávají do *baby-boxů*. Do doby, než jsme tento fragment zvědomili, klientka o své matce nikdy nemluvila; zemřela před šesti lety. Klientka vše zvládla.

Dcera klientky, i podle slov ošetřujícího lékaře, projevovala značné výkyvy v reakcích na zevní podněty. Tyto výkyvy spočívaly v tom, že jednou na stejný podnět (zvonek doma u dveří), při plné bdělosti zareagovala rozvojem silného motorického rozrušení a pláčem, křikem. Z toho, při stejných podmínkách následující týden po této události, reagovala zcela netečně. O nějakém cíleném podmiňování, nemohla být řeč.

Při jiné příležitosti dcera klientky odmítala mléko z láhve. Následně se jej domáhala opět pláčem a neutuchajícím křikem. Podobných projevů byla u ní celá řada. Jako by se její vnímavost nebyla schopná ustalovat na vývojově odpovídajících stupních.

Bylo tak zřejmé, že se u dítěte fixuje přecitlivělost, která bude mít ještě dlouhý čas na vlastní ovládnutí. Průkaznost přímé provazby obav matky ze selhání, odrážející se jako psychická infekce v projevech její dcery, se vyloučit nedala.

S klientkou jsme všechny tyto momenty konzultovali rovněž u jejího ošetřujícího lékaře. Sama tedy výsledky našich sezení sdělovala a usazovala si tím důležitý postoj k sobě samé a ke své dceři. Odvaha, kterou kdysi ztratila ji oslabovala v odvaze, kterou bylo zapotřebí do života své dcery importovat snížením značně neprospěšných obav, které klientka u sebe stále podržovala a tím své dceři vytvářela hůře schůdný rámec, pro zvládnutí vnímaných impulsů. Jinými slovy, strach matky se přenášel na dceru a zastavoval u ní možnost zájmu nové zkušenosti rozvíjet.

Během pěti měsíců nepravidelných návštěv u klientky došlo k výraznému posunu. Přibrala na váze, upravil se jí spánek, zklidnila se, její dcera si už našla své biologické schéma režimu spánku a bdění, a dále klientka kvitovala i důležitý moment ve vztahu ke své dceři: *Já už se jí nebojím, a nemůžu bez ní být!*

-----

### **Doporučená literatura:**

1. Binder T. et al., *Nemoci v těhotenství a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*, Praha (Grada) 2020.
2. Praško J., Látalová K. et al., *Psychiatrie v primární péči*, Praha (MF) 2013.
3. Aulická S. et al., *Základy vývojové neurologie*, Brno (Masarykova universita) 2020.



#### **§4. FILOSOFICKÉ ZÁKLADY ANTROPOLOGIE DÍTĚTE A RESPEKTU K ŽIVOTU**

Porodní asistence vedle odborné připravenosti zahrnuje rovněž osobní předpoklady, pracovat s očekávaným životem nového člověka, přicházejícího na svět. Jedná se o předpoklad hlubšího vnímání existenciálního významu lidského bytí.

Historický i současný přístup mají stále mnoho společného. Dítě je nositel života, ať ve faktickém nebo i přeneseném smyslu slova, jako například rodového pokračování tradice. Jak ve starověké mytologii Indie a Číny, ve starověkém Řecku, ale i starozákonní či novozákonní tradici Bible, dítě představuje čistou, božskou sílu, nevinnost, svátost sestupující k pozemskosti, kterou je zapotřebí uvítat s nejvyššími poctami (*například křtem*). Archetyp dítěte se pro mnohé kultury stal archetypem ochrany (*viz, také Pražské Jezulátko*), popřípadě extrémním nástrojem vykoupení, jako například v křížáckých taženích, která do „boje“ za očištění svatého hrobu Kristova, verbovala do svých řad dětské „vojáky“.

V sofistickovanějších filosofiích antického Řecka, ale i v pozdějších středověkých či renesančních teoriích, se dítě stávalo součástí přímé nebo i nepřímé filosofie přírody, kosmu, společnosti anebo duchovního tajemství. *Sokratovsko epikurovské* zaměření se přeci jen z podstaty své filosofie věnovalo tématu dítěte ve smyslu přímé vztažnosti k principům božství. *Iónsko demokritovský* přístup k výkladu bytí, potom chápal téma dítěte jako přírodní bytost. Odtud vycházel potom rovněž zájem po tom, jak dítě vychovávat. V sokratovsko epikurovském přístupu se nejvíce prosazovala metoda vysvětlování, příkladného chování rodičů, práce s hodnotami, a tak dále. V iónsko demokritovském přístupu se hlavní zájem výchovy opíral o přímou zkušenost.

Matka představovala většinou princip stálosti. Kdežto dítě zasahovalo do lidských příběhů přínosem nových konfliktů. Přebíralo, jako dědic vládu a měnilo běh dějin. Zvláštní potom je i to, že člověk v ideji matky nebo dítěte antropomorfizuje sebe sama. Je to dějinný paradox. Běžně se setkáváme s tím, že naše potřeba promítat lidské znaky do okolního světa se týká zejména přírodních živlů. V případě matky a v případě dítěte, je tato antropomorfyzace vyplňována *hodnotami (matka) a pohybem událostí (dítě)*.

Veškerá filosofie, ať je to filosofie přírody nebo filosofie člověka, hledá mezi oběma veličinami srozumitelný vztah. Konečně, dalo by se říci, a nechybovali by jsme, že i filosofie přírody je skrytá filosofie člověka. K čemu má nakonec filosofie přírody sloužit, než-li k tomu, aby dávala odpovědi na otázky, spojené s tím, v jaké míře se jeho přirozenost odtud týká jeho vlastní podstaty, kam nespadá potom, ale už žádná duchovní, metafysická či transcendentní sféra.

Takže, filosofie dítěte je také filosofií života. Naší úcty k jeho faktickému výskytu v úhrnu všeho toho, co existuje, konečně také naší úcty k sobě samému, neboť *mateřství* a *dětství* je, ať už v jakékoli podobě, nedílnou součástí každého z nás.

Děti *chlapci* měli odjakživa (ať už nastaveno správně nebo nesprávně) výsadu budoucích dědiců čehokoli, děti dívky, zpravidla podobné výsady, zcela postrádaly. Úcta k dívce, ženě byla teprve později úctou k člověku, který se stal součástí například manželského svazku, kde narušení urážkou této ženy někým z vnějšku, představovalo pro muže právo trestu toho, kdo tak učinil. Cizoložství ženy mohlo býti předmětem výnosu o trestu smrti. V různých modifikacích tyto postoje zůstávají dodnes součástmi zvykových norem, ať se právní systémy snaží o jejich jakoukoli, humanizovanou reformu.

Ochrana dítěte a jeho právní postavení v souhrnu kulturních významů, představuje i dnes důležité téma k diskusím a dalším úpravám. Mnohé z toho, co se stalo zvykovými normami se často stává, z hlediska psychopatologie, odbrzděním směrem k domácímu násilí. Psychopatky a psychopati, kteří ztrácí sebekontrolu, nejčastěji své chování doprovází slovy: „*Je to moje dítě, můžu si s ním dělat, co chci.*“

Nároky na individuální a společenský život často extrémně zatěžující vlastní sebehodnocení, vytváří podmínky právě pro takové, výše uvedené jednání. *Humanistická slepota*, která dnes jako strašák obchází naši společnost, neblaze dopadá na rodinné vztahy, vztahy rodičů k dětem.

Existence sama o sobě je bohatost přírody a bohatost tvůrčího myšlení, které tuto přírodu respektuje pro ni samu. Rozvojem takového myšlení, se i vztah k dítěti stává myšlením posvěceným nejvyšší úctou, neboť se jedná o život sám. Navíc, život dítěte je život, jenž očekává plný seberozvoj k němuž je přirozeně předpřipraven. Výsledky generačních propadů lidskosti nejsou ničím víc a ničím méně, než výsledky naší nezvládnuté výchovy a marné filosofie člověka, postavené na pouhém egoismu.

A tak, i když je dítě *tabula rasa*, není to příležitost k tomu, abychom se k němu chovali jako k méněcenné bytosti. Je to příležitost, jak prověřit vlastní důstojnost v respektu k osobnosti, u níž svým přístupem budeme hledat, nacházet a rozvíjet přirozené vlohy, s nimiž na tento svět dítě přichází.

Autonomní morálka a její kvalita pro život, může v dítěti vyrůstat pouze za předpokladu, že bude konfrontována přejetými normami heteronomní morálky, a to takovými, které budou nikoli jeho odporem k životu a druhým lidem, ale výrazem souladu a lásky.

-----

**Doporučená literatura:**

1. Störig H. J., *Malé dějiny filosofie*, Praha (Zvon) 2000.
2. Heidegger M., *Bytí a čas*, Praha (Oikoyminh) 2018.
3. Pemová T., Ptáček R., *Data o dětech*, Praha (Grada) 2022.

## **§5. NATÁLNÍ A NEONATÁLNÍ FÁZE Z POHLEDU ZÁKLADNÍCH KLINICKÝCH STUDIÍ (PŘEHLED Z PRAMENŮ)**

Porodní asistence zahrnuje i péči, která se soustředí na poslední fáze před narozením dítěte, stejně jako časový rámec, který nastává bezprostředně po jeho narození. Studie, které na toto téma, dnes máme k dispozici, shodně poukazují na to, že se výzkumy změřené tímto směrem u nás začaly více rozvíjet až od šedesátých let dvacátého století.

Zaměřením se většina prací věnovala neuropsychiatrické a neuromotorické problematice (*viz seznam doporučené literatury na konci této kapitoly*). Bylo sledováno, že důležitou roli hrají jednak faktory donošených a nedonošených dětí v kombinaci s jejich porodní váhou. Ta, u donošených dětí, může být mnohdy i nižší a podílí se na nejrůznějších deficitech raného vývoje. Nedonošené děti mohou být z hlediska své „bojovnosti“ o existenci i s nižší porodní váhou na tom lépe, protože se u nich zapojují složky, které se snaží tento deficit překonat. Poznatky tohoto druhu však nebyly potvrzovány ověřovacími studii.

Naopak, přehledové studie, které se věnovaly respiračním obtížím neonatální fáze a potřebě rané péče, měly a stále mají u nás vcelku široký prostor. Jedná se o zaměření na novorozeneckou asfyxii (*tedy, komplikace s dodávkou kyslíku*) a hypoxii (*snížení okysličení těla a jeho vliv na funkční metabolismus organismu*). Bylo zjištěno, že se často obě tyto provazující komplikace zásadním způsobem podílí na rozvoji rané inteligence, ovlivňující myšlení člověka následně po celý život. Za odbrzdění těchto výzkumů lze vděčit *Evropské asociaci perinatální medicíny (EAPM)*, která pravidelně o tomto problému na svých konferencích referuje a tematicky podporuje další, aktualizované studie a semináře.

Studie ukazovaly na to, že se mnohé tyto obtíže novorozenců primárně z počátku, projevují zejména jako disfunkční hrubá a jemná motorika s atypickými a přetrvávajícími znaky. Dále do těchto výzkumů byla zařazována témata, týkající se například podílu dvojčat na rozvoji některé z novorozeneckých dysfunkcí, průběh porodu samotného (*viz, trauma porodu*) a rozšiřoval se tím i počet screeningových možností v preventivní neonatologii, což dávalo vznik zcela novému pohledu na možnosti rozvoje porodní asistence v okruhu uplatňování zásadních záchytů zdravotních problémů v neonatologii jako témat spojených s následnou a ranou péčí.

Vlastní rizikové potenciality, byly vážněji komentovány také v Praze v roce 1974 na celosvětové konferenci EAPM a to, profesorem Prechtlem: *„Neurologické a mentální poruchy ve vývoji dítěte jsou závažným problémem perinatální medicíny. Z hlediska dlouhodobé prognózy, vycházející z výsledků follow-up studií, představuje pouze pravděpodobnost vyjádřenou termínem **riziko**. Jinými slovy korelace mezi zjištěnými komplikacemi, označenými jako rizikové faktory, a nežádoucím výstupem, jímž je porucha neurologické funkce, vykazuje pouze nízký korelační koeficient“* (dále viz, literatura: Štembera Zd., *Perinatální...*, str. 242).

I když se jedná o rok 1974, nemění to nic na faktu, že sbírané podklady jsou mnohdy skutečně pro výzkum relevantní, neboť zájem je z individuálních projevů novorozenců s těmito neurologickými poruchami, podmíněnými faktory, které zde byly výše uvedeny, učinit závěry s obecnou platností. Tudíž, problém individualismu a obecné platnosti kritérií je zde, jako v jiných případech na pováženou. Týká se to jak předložené oblasti výzkumu, tak potom všude tam, kde se problém jednotlivce poměřuje, ať už s *jakoukoli většinou*.

Přítomně se nacházíme ovšem přeci jen v jiné situaci. Statistická vyhodnocování mohou díky počítačovým technologiím dosahovat na značně výše početné zařazení probandů do jednotlivých výzkumů a vyhodnocování, stejně jako uveřejňování potřebných dat se děje v podstatě bezprostředně, čímž se odborná veřejnost k výsledkům bádání dostane rychleji a může odstartovat preventivní opatření. K tomu navíc slouží dnes již samozřejmě celosvětově propojené výzkumné týmy univerzitních, klinických nebo soukromých pracovišť.

Ukázkou, jak se tento posun může projevit je například společná práce českých lékařek a lékařů: *Daniela Marková, Magdaléna Chvílová Weberová* a dalších, kteří se podíleli na vypracování vysoce odborné studie na téma: *Předčasně narozené dítě, následná péče, kdy začíná a kdy končí?* Praha 2020, 712 stran formátu A4.

Obecně pozitivním výsledkem přístupů ze strany českých lékařů a zdravotníků jako takového je, že *natalita (porodnost)* dlouhodobě stoupá a úmrtnost dlouhodobě klesá. Nové metody přístupu k neonatální péči, mnohdy samozřejmě zajištěné přesnou technikou, monitorující životní funkce novorozence, napomáhají také dalším diagnostickým postupům, včas se dozvědět o dříve skrytých a tím i nerozpoznatelných zdravotních komplikacích, v minulosti ohrožujících i vlastní život dítěte. Prevence pomocí přístrojové techniky a sledování zdravotně funkčního stavu je v tomto ohledu, stejně jako v jiných oborech medicíny, neocenitelná.

Autoři u předčasně narozených dětí upozorňují mj. na obtíže se spánkem, podtrhávají, že jejich vstup do vnější reality doprovází často *spánková apnoe*, jako výraz stresoru, kterým novorozenec somatisuje, stejně jako s obtížemi s usínáním, popřípadě s opětovným vpravováním se do reality po probuzení. Kniha dobře komentuje také: *výživu, psychiatrii, ale i paliativní péči.*

GRADA

# PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DÍTĚ

NÁSLEDNÁ PÉČE  
KDY ZAČÍNÁ A KDY KONČÍ?



Daniela Marková, Magdalena Chvílová Weberová  
a kolektiv

-----

### **Doporučená literatura:**

1. Štembera Z. et al., *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*, Praha (Karolinum) 2014.
2. Marková D. et al., *Předčasně narozené dítě*, Praha (Grada) 2020.
3. Šebková A. et al., *Praktické dětské lékařství*, Praha (Grada) 2020.

## **§6. PORODNÍ BOLEST A JEJÍ VLIV NA NÁSLEDNOU KVALITU ŽIVOTA A VZTAH MATKY K DÍTĚTI**

*Porodní bolest, dále poporodní bolesti, poporodní strach z bolesti a intenzivní strach o dítě, zejména v rané fázi vývoje, to jsou tedy nejčastější komplikace spojené s nociceptivním fenoménem porodu u zvláště predisponovaných matek k přecitlivělosti na tento druh jeho průběhu.*

Vrozené oslabení snášenlivosti bolestivých jevů, nižší práh jejich akceptace. Tyto dva faktory mohou spolupředurčovat vývoj situace, na úrovni komplikací: zhoršené náladě jejími výkyvy, vyhábáním se náročnějším psychickým a tělesným aktivitám, rozvojem psychosomatických obtíží, zejména v epigastriu, odrazem na tvorbě a množství mateřského mléka, rozvojem deprese a konečně i nezvladatelností příjmu dítěte do života, kdy se matka od dítěte odděluje, nebo její přístupy mohou obsahovat prvky zanedbávání, popřípadě projevů i jinak nevhodného zacházení například v době krmení a přebalování, stejně jako z druhé strany, může symptomaticky matka projevovat, jak už bylo výše naznačeno, nepřiměřené obavy o život dítěte.

Co všechno se může podílet na rozvoji nociceptivních jevů v rámci porodu předkládají moderní studie přibližně v tomto sjednoceném náhledu: kontrakce, poškození tkáně, věk, počet porodů, příprava na porod, socioekonomický statut, osobnost, prostředí, náboženství-spiritualita, emoční zvládnání porodu jako takového v rámci sebereflexe, vztah k vlastnímu tělu (somatická složka), kognitivní schopnosti - vědomí o souvislostech a následných krocích seberozvoje mateřství, kompenzační projevy během působení bolesti, svalová výbava – kondice matky (*viz, lit., Lea Takács, str. 37, upraveno*). Všechny uvedené položky většinou spolupracují!

V druhé době porodní se bolest manifestuje zpravidla nejvyšší intenzitou. Ve třetí době porodní, kdy už je dítě mimo tělo matky, se dostavuje ještě porodní fáze spojená s vypuzením placenty, při jejímž průběhu se mohou opět dostavovat nepříjemné bolestivé efekty. Úleva se po dokončení porodního procesu dostavuje zpravidla vždy. Nic méně, tělo získalo o intenzitě bolesti zcela konkrétní informaci a CNS tuto bolest zakomponovává do celé dosavadní zkušenosti matky s podobnými jevy ve vztahu k sobě samé.

Odtud lze přejít volně k poznatku, že porod může být traumatem jak pro dítě, tak i pro matku, jsou-li právě bolestivé fenomény nad akceptovanou úroveň jinak dříve zvládaných nociceptivních jevů. Pokud jsou tedy dřívější zkušenosti s jakoukoli doposud známou bolestí u matky porodem potlačeny, má pro svůj emotivní základ, kterým vždy narození dítěte je, prostor k založení vztahové ambivalence. Řečeno tedy zcela volně: „*Drahé dítě, miluji tě, ale bolíš mě!*“ Jsou-li vyloučena, pečlivým vyšetřením, všechna poporodní fyziologická rizika, spojená se skrytými poporodními komplikacemi a téma bolest u matky stále přetrvává, potom se dostavují tři manifestované způsoby její presentace: matka pociťuje pravidelně, nebo v trvalejším vnímání bolest v oblasti epigastria, která má pulzně (vnímáním její tuposti) nebo ostřeji prostupovat i níže; druhý způsob vnímání bolesti je nastaven tak, že matka na bolest během porodu nepřiměřeně často vzpomíná a dostavují se u ní známky stresu nebo i depresivní syndromy. V extrémních případech může strach z bolesti u matky krátkodobě vyvolávat rovněž psychotické stavy. Třetí úroveň přítomnosti tématu „bolest“ zásadním způsobem ovlivňuje vazbu matky na dítě, buďto přehnanou péčí a strachem o dítě nebo, jak již rovněž bylo naznačeno, nejružnějšími nevhodnými přístupy z ambivalence.

To, co je zde popsáno, tvoří pouze základní náhled. Medicínsky celý problém zasahuje ještě do širších souvislostí. Bolest může být ve vztahu k tomu, co je zde tématem, lokalizována například v oblasti páteře, pánve nebo v křížové oblasti. Svojí lokalizací a intenzitou může spoluvytvářet domění, že se jedná tedy o jiný, než poporodní problém. To však již mluvíme o zpravidla psychosomatickém podmínění jejího vzniku a trvalosti.

Obecně je strach z bolesti mnohdy nastaven dvěma způsoby: buďto se jedná o přítomnost bolestivému utrpení někoho ve své blízkosti, a to ve věku, kdy takovou zkušenost neumíme zpracovat, tedy jedná se o trauma z pozorovaného utrpení z bolesti, nebo se jedná o mimořádnou bolest zažitou v minulosti na sobě samém. Je pravdou, že jsem měl několik klientek, které nesplňovaly ani jednu z podmínek a přesto se u nich strach z bolesti, přenášený v životě na *kde-co*, projevoval, aniž by bylo možné jej zmírňovat dostupnými technikami přístupu (relaxace, emoční abreakce, rozhovor na úrovni volných asociací, rozbory snů, práce s kresbou). Ve výsledku po asi dvou letech tyto obavy a s nimi na ni nasedané další komplikace psychického a somatického rázu, zpravidla spontánně odezněly. Je potom otázkou, zda vlivem našich konzultací odezněly rychleji, nebo by za stejnou dobu odezněly tak, jako tak, samy od sebe. Léky proti bolesti dlouhodobě ztrácí účinek a pokud se jedná o psychosomatický problém bolesti, či bolest přetavenou ve vyšší úroveň strachu o zdraví a život dítěte, potom mnohdy ani antidepresiva, která se zde podávají, nejsou pro klientku plně efektivní.

Měl jsem i klientky, které na porod vzpomínaly s ne-libostí proto, že je na bolest nikdo neupozorňoval. Okolí totiž rodičku chlácholilo o bezproblémovém průběhu. O to víc, byla klientka zaskočena intenzitou bolestí a nepřipraveností na to, zvládat je adekvátním způsobem.

## **KAZUISTIKA:**

Na sezení se dostavily čtyři ženy (28, 30, 37 a 41 let). Všechny se potýkaly s psychickými obtížemi stran přístupu k dítěti a sobě samé, vlivem nepříjemného bolestivého zážitku, během porodu. Skupina se, už znala z dřívějších setkání. Chyběla pouze klientka (29 let), která v té době, měla své dítě nemocné (bežné respirační obtíže).

Pokračovali jsme s paní Silvií (37 let), která měla těsně před naším setkáním, předešlou noc, sen: *„Zdálo se jí, jak je u sebe doma. Několik rychlých sekvencí obsahu snu šlo zasebou následujícím způsobem – dívá se na dvojpostel v ložnici, kterou si s maželem před narozením dítěte pořídili. V chvatu přechází do kuchyně, kde je nepořádek. Rozčílená se vrací pak zpět do ložnice a dvojpostel se změnila na původní dvoulůžko, které tam bylo před tím než si pořídili novou dvojpostel. Ve snu si uvědomuje, že je něco špatně. Vrací se do kuchyně, a plná strachu, co uvidí teď, spěchá znovu do ložnice. Tam opět vidí novou dvoupostel, ale ve stavu, jako by ji někdo teprve skládal dohromady. Stále si uvědomuje, že to není pravda. V tom slyší zvonek od dveří, vedoucích na chodbu. Celá rozpačitá otevírá a dovnitř vstupuje člověk, který má dát postel dohromady. Chvatně běží do kuchyně, aby se mohla vrátit. Vidí smontovanou postel, všechno je v pořádku a člověk, kterého pustila dovnitř už byl zase pryč a dvěře zamčené zevnitř. V tom se s úzkostí probouzí a uvědomuje si intenzitu emocí, které v ní sen rozvinul a několik desítek minut nechal ještě působit“.*

Paní Silvie rok a půl po porodu své již druhé dcery, vnímá stále strach z toho, že se její děti dostanou do život nebezpečné situace. Dokonce, docházet na naše občasná setkání jí dělá značné obtíže. Tento strach se u

ní vyvinul dlouhým předporodním časem provázeným intenzivními bolestmi. Když měla přijít na svět její druhá dcera, tak se, od jistého okamžiku nesnesitelných bolestí, nebála o svůj život, ale o život dítěte. Měla představu, že tak, jak jí bolí tělo, stejně tak to musí vnímat i dítě, které mělo přijít na svět. Vzhledem k délce a charakteru těchto bolestí, kdy byla, stejně jako u první dcery převezena do nemocnice, kde už se uvažovalo o císařském řezu, od něhož bylo nakonec možné upustit, se u klientky vyvinul syndrom se zpětnou vazbou. Zpočátku jej klientka zdárně vytěsnila. Přicházely ovšem dny, kdy se psychicky i tělesně sice stabilizovala, ale stále v ní přetrvával jakoby nevyřešený problém, týkající se vzpomínky na intenzivní bolest, současně s představou, že tyto bolesti ubližovaly jejímu dítěti, než přišlo na svět. Neprojevovала sice přehnanou péči, tak jak to obvykle matky po takovém zážitku dělávají, jen se nedokázala: „*toho zvláštního pocitu viny zbavit*“.

Sen ji zaváděl do ložnice k rozdělané posteli. Hystericky pobíhá mezi kuchyní a ložnicí. Také se ve snu objeví člověk, muž, který postel smontuje.

Paní Silvie si uvědomuje, že od porodu druhé dcery měla už víc snů, které pro ni byly tíživé. To se v jejím životě doposud nedělo. Při vzpomínce na další dva sny, uvádí v podstatě stejný emoční obsah. Celý výklad doprovází znatelné rozrušení s pláčem, který navíc verbalizuje tísnivou otázkou: „*Proč se mi tohle děje, komu jsem, co udělala?*“

Všichni ve skupině ji podpořili laskavostí přístupu, jedna klientka k paní Silvii přistoupila a vzala do náručí, jiná z přítomných plakala rovněž. Koheze skupiny byla pro paní Silvii vítanou podporou. Obsah emocí byl za chvíli odplaven a mohli jsme pokračovat dál.

Paní Silvie se pojednou rozpovídá o svém dědečkovi, který býval hrubý na babičku. Byla několikrát svěd-

kem, jak ji uhodil až spadla. Tyto zážitky zásadně vytěsnila. Všechny scény se odehrály v ložnici u prarodičů, která byla spojená s obývacím pokojem a měla dál přímý průchod do kuchyně. Několikrát se dědeček při tomto chování projevil i tak, že nechal po incidentu babičku se Silvií doma, zamčel je tam a odešel. V jednom případě rozbil židli v kuchyni.

Při dalším pokračování popisu souvislostí nebylo pro paní Silvii komplikované dávat si střípky snu, reality a vlastních obtíží dohromady. Vzpoměla si na momenty, kdy při narození první dcery nechtěla, aby si ji prarodiče brávali domů. Dědeček mezi tím zemřel. I tuto událost paní Silvie nesla hořce, neboť měla za to, že bude mít čas k tomu, aby mu řekla, co si od té doby, kdy byla svědkem jeho násilí, o jeho chování myslí. Sama kvitovala domněnku, že její bolesti při porodu a následné obavy o zdraví a život dcer, byly součástí potlačeného strachu, který se v ní uchovával od dob popsaných výstupů, kterých byla svědkem (podle ní v době, kdy jí nebyly ještě ani tři roky).

Sezení jsme protáhli na téměř dvě a půl hodiny. Paní Silvie při dalších setkáních postupně sdělovala zmírňování vlastního stavu komplikací, k čemuž jí výrazně pomáhal manžel, s nímž měla možnost všechno dál, v klidném dialogu komentovat (jednalo se o prarodiče ze strany její matky, která v celém příběhu rovněž hrála významnou roli, neboť na klientku přenášela „*psychickou infekci*“ strachu z otce-dědečka). Její matka s ní, o celé záležitosti aktuálně ochotu promluvit si, neměla. Že měla matka sama, jako dítě, se svým otcem, nepříjemné zkušenosti podobného rázu, paní Silvie předpokládala. V době našich konzultací, toto téma s matkou neotevírala. V každém případě, toto zvědomení souvislostí, odplavování emocí a podpora manžela, Silvii pomohlo k odstranění těžkostí, zklidněním emocí.

-----

### **Doporučená literatura:**

1. Kučerová H., *Bolest v psychiatrii*, klinická studie, Praha (Galén) 2018.
2. Takács L., Sobotková D. et al., *Psychologie v perinatální péči, praktické otázky a náročné situace*, Praha (Grada) 2015.
3. Freud S., *Výklad snů*, Praha (NV) 2021.



## Z Á V Ě R

Téma, které jsme tu předloženým textem otevřeli, je v mnohém specifické. Zahrnuje jednak klasickou embryologii, neuroanatomii, gynekologii, porodnictví a rovněž aplikovanou psychologii. Problém prevence v porodní asistenci se zde týká zejména vědomostí teoretických, stejně jako praktických dovedností. Prevencí v tomto oboru je tedy myšlen celý souhrn poznatků, které jsou přístupem ke klientkám upravovány, podle individuálních potřeb. Sama o sobě je otázka psychologického přístupu či psychologické intervence založená na těchto a dalších znalostech, kterými lze preventivně působit tam, kde si to situace vyžaduje. Do medicínských témat zde nevstupujeme, neboť by to, i z hlediska etiky, přesahovalo požadované kompetence. Nic méně, text může zájemcům o porodní asistenci, kteří se na toto místo chtějí hlásit s předešlým zdravotnickým minimem (někdy i bez něj, tedy v rámci speciálních školení, upravovaných a nabízených také MZ) posloužit k tomu, aby si udělali, zejména v oblasti psychologických souvislostí, konkrétnější představu o daném oboru.

Vedle toho, co zde bylo již řečeno, můžeme závěrem podtrhnout, že existuje zajímavý, *interdisciplinární* obor, jenž dává mnohá témata, o nichž zde bylo pojednáno, do vzájemného propojení. Jedná se o zaměření s názvem: **biomedicínská ergonomie**. Jde tu o výzkum v oblasti komplexity biologické soudržnosti živých organismů (zde tedy konkrétně člověka). Například: tvaru živých organismů, jejich schopnosti fungovat v nějaké dané činnosti, prostřednictvím konkrétních, fyziologických či jiných mechanismů, a tak podobně. Vedle toho, se u člověka tento problém týká rovněž specifik vnímání, prožívání, myšlení, chování a komunikace. Dalšími studovanými faktory jsou, například vzájemná interakce organismů, způsob vzájemného ovlivňování, a jiné.

Důvodem tedy, proč je zde toto téma zmiňováno je předně fakt, že právě člověk je představitelem komplexity, výše zmíněných faktorů a nese si je od doby embryonálního vývoje, celoživotně, až do smrti, sebou. Živočiškové vybavení z podstaty nejčastěji instinktivními složkami reagování na podněty, svojí úzkou specializací, nepřekračují svůj stín myšlením a tím i záměrným chováním typu plánovitosti a logického zvažování „*méně a více důležité*“. Člověk, jak se zdá, od vlastního počátku (viz, dětská hra od nejranějšího období), snaží své jednání tematisovat a hru, tedy konání: „*jako by*“, chápat ve smyslu nápodoby vnější existence, popřípadě později jako hru na *vlastní skutečnost*, skutečnost sebe sama (*vědomí o Já*).

Do všech těchto činností však zapojuje vlastní tělo a schopnost vnímat jeho výbavu pro určitý druh jednání, práci, či seberealizaci. Toto *vědomí vlastního Já*, pokud má člověku sloužit za kritérium úspěchu, musí být založené, alespoň na elementárním chápání o reálných fyzických možnostech, kterých je daný jedinec schopen pro výkon v té, či oné oblasti. Dalo by se rovněž říci, že je zde pracováno s vědomím, sebereflexí, nadhledem či inteligencí, vidět se tak v reálných schopnostech, podle skutečného chápání a znalosti vlastního těla. Přitom i v člověku zůstává celá řada podprahových schopností vnímání, kterým říkáme první signální soustava. Nepotřebujeme o prvosignálních projevech uvažovat, prostě a jednoduše jsou základem naší druhosignální výbavy, učení, zapamatování, znovuvybavování, řeči, atd.

Faktory, spojené s narozením člověka (porodem), tedy nutně, od počátku kontaktů s vnější realitou, každého jedince konfrontují smyslově i tělesně se schopností vlastní adaptace. To, ale také znamená, že embryonální vývoj a vývoj plodu, musí proběhnout standardně, neboť odchylka zde znamená změnu adaptace!

-----

### **Doporučená literatura:**

1. Dylevský I., *Biomedicínská ergonomie*, Praha (Grada) 2022.
2. Sikorová L. et al., *Dětská sestra v primární a komunitní péči*, Praha (Grada) 2012.
3. Hradilková T. et al., *Praxe a metody rané péče v ČR. Průvodce sociálním modelem*, Praha (Portál) 2018.

### **Další doporučená literatura z knihovny autora:**

1. Bláhová K. et al., *Pediatrická propedeutika*, Praha (Galén) 2019.
2. Bužgová R. et al., *Dětská paliativní péče*, Praha (Grada) 2019.
3. Carnis K., *Bezpečná vazba mezi náhradními rodiči a dítětem*, Praha (Portál) 2013.
4. Dokoupilová M. et al., *Kazuistiky z neonatologie*, Praha (Maxdorf/Jessenius), 2020.
5. Dort J. et al., *Neonatalogie*, Praha (Karolinum) 2018.
6. Driák D., *Antikoncepce*, Praha (Galén) 2020.
7. Erikson E., *Dětství a společnost*, Praha (Portál) 2022.
8. Homolková H. et al., *Dětská neurochirurgie v kazuistikách*, Praha (Maxdorf/Jessenius) 2020.
9. Jochmannová L., *Trauma u dětí. Kategorie, projevy a specifika odborné péče*, Praha (Grada) 2021.
10. Kočová H. et al., *Spinální svalová atrofie v souvislostech*, Praha (Grada) 2017.
11. Krahulík D. et al., *Dětská neurochirurgie*, Praha (Grada) 2021.
12. Langmaier J., Krejčířová D., *Vývojová psychologie*, Praha (Grada) 2022.
13. Marek J. et al., *Endokrinologie*, Praha (Galén) 2017.
14. Marešová E. et al., *Dětská mozková obrna. Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*, Praha (Galén) 2011.
15. Oaklander V., *Třinácté komnaty duše. (Tvořivá psychoterapie v duchu gestaltterapie)*, Praha (nakl. Portál) 2020.
16. Pazlarová H. et al., *Pěstounská péče*, Praha (Portál) 2016.
17. Pöthe P., *Emoční poruchy v dětství a dospívání*, Praha (Grada) 2020.
18. Rob L. et al., *Gynekologie*, Praha 2019.
19. Říčan P., Krejčířová D. et al., *Dětská klinická psychologie*, Praha (Grada) 2015.
20. Svoboda M. et al., *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, Praha (Portál) 2021.
21. Thorová K., *Vývojová psychologie*, Praha (Portál) 2015.
22. Thorová K., *Poruchy autist. spektra*, Praha (Portál) 2016.
23. Trávník P., *Klinická embryologie*, Praha (MF) 2018.

*Děti nás omlazují návratem  
do vlastní minulosti...*

© Jiří Adamec

**PSYCHOLOGIE  
A PORODNÍ ASISTENCE**  
**PREVENTIVNÍ PŘÍSTUPY V PRENATÁLNÍM,  
NATÁLNÍM A POSTNATÁLNÍM STÁDIU**

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie  
2023

A6, 100 výtisků

IČ 105-48-629/149