

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Část teoretická.....	9
2.1	Charakteristika předčasného porodu.....	9
2.2	Příčiny předčasného porodu.....	10
2.3	Předčasně narozené dítě.....	11
2.3.1	Chování předčasně narozených dětí v rané fázi vývoje.....	13
2.3.2	Vybrané psychologické problémy předčasně narozených dětí.....	14
2.4	Psychické reakce rodičů na předčasné narození dítěte.....	14
2.4.1	Psychické reakce rodičů na předčasné narození dítěte podle prof. Zdeňky Matějčka.....	16
2.4.2	Zahraniční studie.....	16
2.4.3	Charakteristika vybraných prožitků matek po předčasném porodu.....	19
2.5	Vztah matka a dítě po předčasném porodu.....	22
2.5.1	První kontakt.....	22
2.5.2	Rooming-in.....	23
2.5.3	Vzájemná interakce.....	24
2.5.4	Kojení.....	26
2.5.5	Klokánkování.....	26
2.5.6	Individualizovaná péče.....	27
2.6	Možnosti pomoci.....	28
3	Část praktická.....	31
3.1	Cíl výzkumu.....	31
3.2	Výzkumné otázky.....	31
3.3	Metodologie.....	31
3.3.1	Sběr dat.....	32
3.3.2	Zpracování dat.....	32
3.4	Pomoc při realizaci výzkumu.....	33
3.5	Výzkumný soubor.....	34
3.5.1	Výběr matek.....	34
3.5.2	Odlišnosti matek.....	35

3.6	Prezentace výsledků	36
3.6.1	Obecné údaje.....	36
3.6.2	Psychologické aspekty prožívání matek před předčasným porodem... 37	
3.6.3	Psychologické aspekty prožívání matek v průběhu předčasného porodu.....	44
3.6.4	Psychologické aspekty prožívání matek po předčasném porodu.....	47
3.7	Závěr.....	61
3.7.1	Odpovědi na výzkumné otázky.....	61
4	Diskuze	63
4.1	Porovnání výsledků s teorií prof. Zdeňka Matějčka	63
4.1.1	Shrnutí	64
4.2	Ovlivnitelnost výsledků.....	64
4.3	Využitelnost získaných poznatků v praxi.....	66
5	Závěr	67
6	Seznam použité literatury	70
7	Přílohy	74
7.1	Interview otázky.....	74
7.2	Rozhovory s matkami.....	76
7.3	Postup zpracování dat.....	172
7.4	Seznam subkategorií a kategorií u jednotlivých matek.....	267

1 Úvod

K vybrání tématu mé bakalářské práce mne podnítil článek v jednom psychologickém periodiku pojednávající o psychickém rozpoložení matek po předčasném porodu a také jsem shodou okolností měla možnost navázat kontakt s matkou, která zažila předčasný porod dvojčat. Tyto dvě události ve mně vzbudily zájem o danou problematiku. Proto jsem se rozhodla psát bakalářskou práci právě na toto téma za účelem získání nových znalostí a rozšíření povědomí dalších lidí o psychologických aspektech předčasného porodu.

Cílem této bakalářské práce je zmapovat, jak v praktické, tak v teoretické části, jakými pocity si rodiče (především matky) předčasně narozených dětí prochází, s čím se musí vyrovnávat a co jim k tomu pomáhá.

Teoretická část je zaměřena na předčasný porod a předčasně narozené dítě z hlediska medicínského i psychologického, dále na prožívání této události rodiči, navazování vztahu matka a dítě po předčasném porodu a také se zmiňují o možnostech podpory rodičů předčasně narozeného dítěte.

V praktické části je kladen důraz na popsání prožívání zkušenosti předčasného porodu z matčina pohledu. Získané poznatky pak mohou být využity k vytvoření vhodného systému podpory pro předčasně rodící ženy. I když se totiž v České republice situace neustále zlepšuje, psychickým potřebám matek předčasně narozených dětí není prozatím věnována dostatečná pozornost.

Věřím, že tak svou prací rozšířím zdroj informací o předčasném porodu z psychologického hlediska. Snad bude sloužit dalším zájemcům o bádání v této oblasti.

2 Část teoretická

Co je to předčasný porod, proč vzniká a jaký je jeho význam z psychologického hlediska? Jakými pocity rodiče předčasně narozených dětí prochází, jak se formuje vztah matka - dítě po předčasném porodu a jakou roli hraje odborná a laická psychologická podpora? To jsou stěžejní témata této teoretické části.

2.1 Charakteristika předčasného porodu

Délka těhotenství ženy se uvádí v tzv. lunárních měsících (tj. 1 lunární měsíc = 28 dní). Pravidelné těhotenství pak trvá 10 lunárních měsíců tedy 40 týdnů od prvního dne od poslední menstruace (Macků & Macků, 1998). Pomocí tohoto faktu můžeme vymezit předčasný porod, který se definuje jako ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity (Macků & Macků, 1998).

Frekvence předčasných porodů je v naší populaci okolo 6% (Hájek a kol., 2004). Podle Macků & Macků (1998) plod, jenž je vypuzen z dělohy před 38. týdnem těhotenství, je nezralý, má nízkou porodní hmotnost a nedokonalé adaptační mechanismy. Mnoho z těchto plodů po porodu umírá. Ty, co přežijí, jsou po celý novorozenecký věk ohroženy větší nemocností a některé i fyzickým či psychickým opožděním.

Největší riziko představují předčasné porody ve 24. + 0. týdnu až 33. + 6. týdnu¹. Jedná se o období s nejvyšší perinatální úmrtností a morbiditou (Hájek a kol., 2004). Mezi příznaky hrozícího předčasného porodu podle Macků & Macků (1998) patří děložní stahy a zkracující se děložní hrdlo, avšak častější je odtok plodové vody bez předchozích děložních stahů. „Děložní stahy začnou po odtoku plodové vody někdy ihned, někdy s různě dlouhým odstupem a porod plodu pak rychle následuje“ (Macků & Macků, 1998, str. 159). Pokud má žena tyto příznaky, měla by být neodkladně převezena nejlépe do perinatologického centra (Macků & Macků, 1998).

Jak bude vypadat další postup, určuje lékař. „Lékařem musí být provedeno zásadní rozhodnutí, zda má být těhotenství dále udržované a zabránit všemi prostředky předčasnému porodu, nebo naopak průběhu předčasného porodu nebránit“ (Hájek a kol., 2004, str. 268). Jak upozorňuje Hájek a kol. (2004),

¹ První číslo značí týden a druhé den.

předčasný porod nepředstavuje pouze problém zdravotní, ale také rodinný, sociální a ekonomický.

Předčasný porod je stavem nežádoucím. Proto je jedním z cílů porodnické péče jeho prevence. „Zásadou prevence jsou tři postupy: převedení porodu do vyšších hmotnostních kategorií (prodloužit těhotenství), geneticky stigmatizované plody převést do kategorie potratů, předčasný porod vést bez hypoxie, traumatu a infekce“ (Hájek a kol., 2004, str. 278). Zásadní je taktéž odhalení co nejvíce rizikových faktorů a rizikové pacientce věnovat větší pozornost, např. častými kontrolami, či včasnou léčbou hrozícího předčasného porodu. Lékař by měl znát i životní styl těhotné a její zátěž v zaměstnání atd. (Hájek a kol., 2004).

Z psychologického hlediska znamená předčasný porod pro rodičku vždy zvýšenou zátěž. Je tomu tak z toho důvodu, že k němu dochází náhle, rodička se nestihne na situaci připravit, někdy dokonce chybí odpovídající emoce, „jako by situace na ženu dolehla se všemi obavami a strachy až po narození nedonošeného dítěte“ (Ratislavová, 2008, str. 74). Rodička si často pokládá otázku „proč já“, může hledat viníka předčasného porodu, často dochází i k sebeobviňování. Předčasný porod je složitější i z porodnického hlediska, což se odráží v psychice budoucí matky tím, že situaci vnímá jako napjatější. Budoucí matka totiž obvykle vycítí závažnost dané situace (Ratislavová, 2008).

2.2 Příčiny předčasného porodu

Jako nejčastější příčiny předčasného porodu se uvádí předčasný nástup děložní činnosti, předčasný odtok plodové vody, iatrogenní příčiny (tzn. předčasně vyvolaný porod z důvodu onemocnění matky nebo plodu), fetální stres (Hájek a kol., 2004). Za nejvýznamnější příčinu předčasných porodů a závažných komplikací u novorozence můžeme považovat „infekci, která pronikne do dutiny děložní, vyvolává zánět placenty a plodových obalů a může napadnout plod“ (Dort a spol., 2004, str. 32). Mezi možné příčiny dále Dort a spol. (2004) řadí faktory ze strany matky (např. nízký či naopak vysoký věk, svobodné matky, předchozí předčasné porody, poruchy životosprávy, opakované potraty, chronická onemocnění), poruchy placenty, plodových obalů a plodové vody či fetální příčiny (např. genetické abnormality). Svou roli může hrát také kouření, drogy či tělesná námaha a zaměstnání (Hájek a kol., 2004).

Příčiny předčasného porodu v mnoha případech zůstanou rodičům skrytými. Musí se tedy spokojit s vysvětlením, že dítě chtělo pouze dříve na svět. Podle Macků & Macků (1998) příčiny předčasných porodů lze zjistit asi v polovině případů.

2.3 Předčasně narozené dítě

Za předčasně narozené dítě (= nedonošené dítě) se považuje „novorozenec, který je porozen pře dokončeným 37. týdnem gravidity. Nedonošený novorozenec je nezralý, a proto pojem nedonošenost a nezralost vyjadřuje prakticky totéž a lze je zaměňovat“ (Dort a spol., 2004, str. 33).

Co se týče porodní váhy, bývá obvykle nižší v porovnání s dětmi donošenými. Obecně můžeme novorozence podle porodní hmotnosti dělit na: novorozence obrovské (4500g a více), s normální porodní hmotností (2500g-4500g), s nízkou porodní hmotností (pod 2500g), s velmi nízkou porodní hmotností (pod 1500g), novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností (pod 1000g) (Dort a spol., 2004). Jak uvádí Peychl (2005, str. 37): „Porodní váha nedonošeného novorozence je obvykle snížena tím více, čím vyšší je stupeň nedonošenosti.“

V souvislosti s rychlým vývojem nových technologií a nových postupů daných rozvojem vědy, roste i úroveň péče o ženu a dítě (Hájek a kol., 2004). „Perinatální úmrtnost v řadě evropských zemí několikanásobně poklesla a pohybuje se pod hodnotou deseti promile“ (Hájek a kol., 2004, str. 23). Podle Peychla (2005, str. 13): „Poslední desetiletí přinesla významnou změnu v možnostech přežití nedonošených dětí.“ Důkazem jsou statistiky (zdroj ÚZIS²), kdy kolem roku 1980 bylo do domácí péče propuštěno méně než 100 dětí s porodní váhou nižší než 1500g. Oproti tomu v roce 2000 bylo domů propuštěno 493 dětí (Peychl, 2005).

Ovšem nutno dodat, že tyto děti v důsledku výrazné nezralosti jsou zranitelnějšími vůči perinatálnímu orgánovému poškození, jež může vést k dlouhodobým či dokonce až k trvalým dopadům na funkčnost jednotlivých orgánových systémů, např. dýchání, krevní oběh, trávicí a močový systém a zvláště pak na oblast CNS³ (Peychl, 2005). Podle Dorta a spol. (2004) tyto děti provází poruchy poporodní adaptace. Peychl (2005) upozorňuje, že nedonošené děti jsou významně častěji postiženy poruchami růstu, pohybového rozvoje a celkového

² Zkratka Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

³ Centrální nervové soustavy.

psychického rozvoje.

Ve všech případech se také tyto děti musí vyrovnávat s jiným prostředím (jsou umístěny na jednotce intenzivní péče), tudíž prožívají své první týdny ve výrazně odlišných podmínkách než děti zdravé. Odlišnosti podle Psychla (2005) spočívají v působení řady mimořádných podnětů, např. umělé světlo, absence střídání rytmu dne a noci, nadměrný hluk, dále procházejí invazivními a někdy bolestivými diagnostickými a léčebnými procedurami. Taktéž jsou vystaveny obtížnějším podmínkám při navázání vztahu s rodiči. „To vše jsou okolnosti, jejichž prožitek si dítě nese s sebou do svého dalšího života a jejichž negativní dopad na dítě a na rodinu nelze vyloučit“ (Psychl, 2005, str. 14).

Langmeier a Krejčířová (2006) se taktéž zabývají otázkou prostředí JIP⁴ a jeho vlivu na nedonošené dítě. Tvrdí, že i když se v dnešní době zkvalitňuje péče o děti předčasně narozené a dbá se i na psychologickou kvalitu jejich života (např. simulace podmínek života v děloze – podložky naplněné vodou, jež se pohybují, zvuk srdečního tepu matky z reproduktoru atd.), tak prakticky dochází k tomu, že se s nedonošeným dítětem zachází stále jako s plodem. „Nedonošené dítě již není plod, ale tak jako musí začít fungovat jeho plíce, trávicí soustava či termoregulace, začínají plně fungovat i jeho smysly – a i ony potřebují od počátku přiměřenou „výživu“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 28).

Odlišnosti od běžného novorozence lze pozorovat také v souvislosti s kojením nedonošeného dítěte. Je možné jej zahájit, jakmile dítě dosáhne určitého stupně vyzrálosti důležitých fyziologických mechanismů, např. koordinace reflexů – dýchání, polykání, termostability, stability ventilace a cirkulace (Dort a spol., 2004). Podle Psychla (2005) i když je dítě hospitalizováno na novorozenecké JIP a kojení prozatím není možné, považuje se za žádoucí krmit jej mateřským mlékem a ne umělou výživou. Ke krmení se užívá nazogastriká sonda⁵, „teprve později, kdy dozraje sací a polykací reflex, začíná dítě pít samo. Dosažení plného kojení může být u těžce nezralých dětí velmi obtížné“ (Psychl, 2005, str. 51). U dětí, které nejsou schopny dostatečně sát a také u dětí z nejnižších váhových skupin při nedostatečném růstu a přibývání na váze, vzniká potřeba fortifikace⁶ (Psychl, 2005).

Přibírání na váze je jedním z hlavních indikátorů propuštění nedonošeného

⁴ Jednotky intenzivní péče.

⁵ Hadička vedoucí z nosu či úst do žaludku.

⁶ Obohacování mléka o vitamíny, vlákninu, bílkoviny apod.

dítěte z prostředí nemocnice. Oproti zdravému donošenému novorozenci, který z porodnice může být propuštěn již za 72 hodin, si nedonošený novorozenec musí počkat, často i několik měsíců. Podle American Academy of Pediatrics, *Guidelines for perinatal care*, 3. vyd., zdroj: www.aap.org (In Psychl, 2005), aby bylo nedonošené dítě propuštěno do domácí péče, musí dostatečně dlouhou dobu plynule přibývat na váze, musí být kompenzováno po stránce dýchání, krevního oběhu a srdeční frekvence, kompenzováno po stránce termoregulace a být adaptováno z hlediska příjmu stravy.

2.3.1 Chování předčasně narozených dětí v rané fázi vývoje

V důsledku předčasného narození dítěte je zasažen i jeho vývoj. Podle Langmeiera a Krejčířové (2006, str. 27): „Jsou nalézány významné rozdíly v chování dětí donošených oproti chování dětí narozených předčasně.“ Nedonošené děti autoři považují za labilnější, dráždivé, ale současně méně reaktivní na smyslové i sociální podněty.

Psychl (2005, str. 123) tvrdí, že: „vývoj CNS nedonošených dětí je v této době opožděn strukturálně i funkčně.“ V čemž tkví důvod, proč nedonošené děti mohou mít problémy s přijímáním podnětů z okolního prostředí. Nezralost CNS se pak projeví v nedokonalém řízení přechodů stavů spánku, bdění a křiku. Tedy „zatímco u zralých dětí lze vysledovat organizovaný a předvídatelný charakter těchto přechodů, u dětí nedonošených získávají proměny fyziologických stavů rys nepředvídatelnosti. Rychlé změny chování dítěte pak mohou zvyšovat stres rodičů, kteří si často chování dítěte vysvětlují jako odpor k podnětům, kterým je vystavují“ (Psychl, 2005, str. 123).

K dalším odlišnostem patří: větší potřeba spánku, rychlejší unavitelnost při stimulaci a hraní, častější krmení, ataky typu kojeneckých kolik a dlouhotrvající křik u nedonošených dětí. Ovšem tyto rozdíly od donošených vrstevníků se většinou smažou nejpozději do prvních dvou let života dítěte (Psychl, 2005).

Podstatné je, aby nedocházelo ke znepokojování rodičů tímto stavem. Měli by mít na paměti, že z důvodu snížené reaktivity dítěte, přirozeně dochází i k delšímu čekání na první vývojové mezníky, především na sociální úsměv a vokalizaci. Nevhodné je přetěžování dítěte velkým množstvím podnětů. Dítě pak reaguje zcela opačně, tedy stává se stále více nereaktivním (Langmeier, Krejčířová, 2006).

2.3.2 Vybrané psychologické problémy předčasně narozených dětí

Psychologické problémy se u nedonošených dětí objevují v pozdějším věku. Vycházejí především z poškození mozku, které zapříčinily těžké problémy postnatální adaptace. Při závažnějším strukturálním postižení mozku mohou být postiženy dvě oblasti: pohybový vývoj (vzniká dětská mozková obrna) a rozvoj intelektu (Peychl, 2005).

Avšak ne vždy musí být CNS morfologicky postižena, i tak se ale může u nedonošených dětí později projevit mírná mozková léze určitými vývojovými odchylkami (poruchy chování, poruchy učení, hyperaktivita, poruchy soustředění, dyslexie, dysgrafie, ADHD⁷) (Peychl, 2005).

Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že se u zdravých nedonošených dětí častěji nachází poruchy soustředění, pozornosti, vizuomotorické potíže, zvýšená úzkostnost, lehčí poruchy řeči či specifické poruchy učení. Což připisují faktu nejenom nedonošenosti samotné, ale i dramatické změně prostředí, na kterou dítě nebylo biologicky ani psychologicky připraveno. Rodičům se proto doporučuje, aby okolo 3 let věku dítěte navštívili dětského psychologa pro zjištění těchto poruch (Peychl, 2005).

2.4 Psychické reakce rodičů na předčasné narození dítěte

Když se má do rodiny narodit nový člen, zvláště pak když je těhotenství chtěné, začne v ideálním případě období přípravy a těšení se na dítě. Budoucí rodiče nakupují vybavičku, zařizují dětský pokoj, vybírají jméno. Často na dítě mluví, oslovují jej, zpívají mu, i když ještě není na světě. Představují si, jak si krásné, zdravé děťátko povevou z porodnice domů. Většinu z těchto rodičů by nenapadlo, že všechno může být jinak. Že namísto radosti z nového potomka, nastane strach o jeho život. Předčasný porod je v drtivé většině případů situací, na kterou se člověk nepřipraví. Přejde náhle a bez varování. Je jisté, že porod předčasný se ve své

⁷ Attention Deficit Hyperactivity Disorder = Hyperaktivita s poruchou pozornosti.

psychologické podstatě liší od porodu bezproblémového.

U rodičů předčasně narozených dětí se střídají různá psychická rozpoložení, každý reaguje jinak v závislosti na své osobnosti a také na okolnostech. Avšak je možné popsat nejběžnější psychické reakce rodičů, které předčasný porod provází.

Podle Ratislavové (2008) matka je po předčasném porodu odkázána na informace od pediatra a na oddělení šestinedělí čeká na přeložení za svým dítětem po zotavení se z porodu. „Dochází k těžkým psychickým stavům, kdy žena, která ještě nebyla plně připravena na novou roli, pociťuje jednak své selhání coby těhotné, jednak strach o dítě, o které nemůže pečovat a nemůže jej chránit před bolestí a ohrožením. Objevují se pocity bezmoci, nejistoty a deprese. Při delším odloučení matky a dítěte mají někdy matky pocity nereálnosti dítěte (jako by ve skutečnosti neexistovalo nebo nevnímají dítě jako vlastní)“ (Ratislavová, 2008, str. 74).

Výzkum Dittrichové, Papouška, Paula a kol. (2004) ukázal, že matky nedonošených dětí v prvních měsících zakoušely ve významně větší míře pocity viny. Ovšem ve stáří dítěte 12 měsíců již byly rozdíly mezi matkami donošených a nedonošených dětí zcela bezvýznamné. S věkem dětí (patrně především v 6. měsíci) taktéž narůstal u matek nedonošených dětí jiný nepříznivý pocit, pocit selhání. Autoři se domnívají, že pocity selhání a viny souvisí právě s předčasným porodem dítěte, než s trvalými osobnostními charakteristikami, ve kterých se matky donošených i nedonošených dětí významně nelišily.

Stejně tak Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí silný strach o dítě, pocity bezmoci, neadekvátnosti a deprese, protože se rodiče zatím nemohou o své dítě starat. Jsou od něj zcela odloučení a nemohou jej chránit před bolestí a ohrožením. Obdobně jako Ratislavová (2008) hovoří o pocitu nereálnosti dítěte při delší separaci. Avšak tyto pocity mizí při prvním podržení dítěte v náručí (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Jelikož v psychologické odborné literatuře nenalezneme ucelenou teorii, která by se přímo věnovala psychickým reakcím matky na předčasný porod, využiji teorii prof. Zdeňka Matějčka, přesněji jeho teorii popisující reakce rodičů na nemoc s nepříznivou prognózou, kterou trpí jejich dítě (Matějček, 2001). Dále budu podobnosti a odlišnosti jednotlivých fází porovnávat se svým vlastním výzkumem v praktické části této práce.

2.4.1 Psychické reakce rodičů na předčasné narození dítěte podle prof. Zdeňka Matějčka

Matějček (2001, str. 67) tvrdí, že: „v situaci, kdy je život dítěte ohrožen, ať již akutně nebo i v delší časové perspektivě, můžeme u rodičů zhruba rozlišit čtyři fáze prožitků a reakcí na ně:

1. Otřes, šok ohromení z prvotní informace a z pochopení jejího smyslu.
2. Reakce zoufalství, beznaděje, akutního smutku.
3. Obranné tendence, jež mohou mít podobu „popření skutečnosti“, „hledání viny a viníka“, „sebeobviňování“, „protestu proti skutečnosti“, mnohdy s agresivním vyhrocením.
4. Postupné přijímání reality a její pozitivní zpracování. U rodičů dětí trpících velice vážným, ohrožujícím onemocněním navíc přistupují časté zvraty mezi jednotlivými fázemi, takže naděje se střídá s beznadějí, „obrné reakce“ nabývají různých podob, agresivní tendence, skryté či zjevné, se střídají se stavy deprese apod.“

Matějček (2001) dodává, že na základě znalosti těchto fází prožívání by lékaři a všichni zdravotničtí pracovníci měli své jednání, chování a přímou komunikaci s rodiči taktně přizpůsobit.

2.4.2 Zahraniční studie

Zatímco v České republice nemáme podrobnější odbornou studii o psychice matek po předčasném porodu, odborné články v zahraničí se této problematice věnují v mnohem větší míře.

Například dánský výzkum Elklita, Hartvigové, Christiansenové (2007), který sledoval Psychologické následky u rodičů dětí s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní váhou.

Autoři vyšli z faktů⁸, že předčasný porod může evokovat stresovou reakci a

⁸ Bibliografické údaje jednotlivých studií jsou uvedeny ve studii Elklita, Hartvigové, Christiansenové (2007).

krizi u rodičů (Hughes and McCollum, 1994; Padden and Glenn, 1997; Tracey, 2001) a bývá popisován jako událost spojená s nepříjemnými a šokujícími zážitky (Cronin, Shapiro, Casiro, Cheang, 1995; O'Brien, Soliday McCuskey-Fawcett, 1995), jelikož se dítě zpravidla narodí náhle a nečekaně v době, kdy ještě rodiče nebyli mentálně na dítě připraveni. Taktéž léčebné procedury prováděné na dítěti mohou v rodičích vyvolávat silné emoce a pocity bezmoci, když přihlížejí na utrpení dítěte a nemohou přímo zmírnit jeho bolest (O'Brien et al., 1995; Goldberg & DiVitto, 1983).

Studie se zúčastnilo 66 rodičů (40 matek a 26 otců). Výsledky ukázaly, že rodiče vnímali období po porodu jako velmi stresující. 76% rodičů stresoval fyzický stav dítěte. 12% rodičů splňovalo kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu, zaměřeno pouze na ženy dosahovalo hodnoty 20%. 85% rodičů uvedlo, že předčasný porod měl nějaký nebo velký vliv na jejich vzájemný vztah (86% pozitivní, 14% negativní).

V diskuzi autoři také upozorňují na to, že rodiče mohou být po propuštění domů přetížení, protože se mohou během pobytu v nemocnici naučit spoléhat více na personál nemocnice, jak se prokázalo i ve studii Wilsona et al. (2000). Také mohou po narození dítěte a během hospitalizace zanedbávat své vlastní potřeby, pocity na úkor zájmu o přežití dítěte a v některých případech též zanedbávat sourozence dítěte.

Další výzkum nazvaný Posttraumatická symptomatologie u rodičů nedonošených dětí (Karatzias, Chouliara, Maxton, Freer, Power, 2007) pochází z Velké Británie. Jedná se o přehledovou studii, jež zahrnuje pět výzkumů věnující se této problematice.

Podobně jako v předchozí studii vychází autoři z výsledků jiných výzkumů, ve kterých se potvrdilo, že předčasný porod může u rodičů dítěte vyvolat pocit ztráty osobní kontroly zejména nad situacemi, které jsou spojeny s přežitím dítěte. Rodiče mohou také zažívat ztrátu jejich role v rozhodování a role pečujících o jejich dítě (Campbell, Fleischmann, 2001)⁹. Studie dále dokazují, že tito rodiče zažívají zvýšenou hladinu stresu, včetně úzkosti a deprese (Meyer, Coll, Seifer, Ramos, Kilis a Oh, 1995).

Vlastní studie prokázala, že ve všech pěti zkoumaných výzkumech bylo potvrzeno, že posttraumatická symptomatologie je poměrně běžná u rodičů či

⁹ Bibliografické údaje jednotlivých studií jsou uvedeny ve studii Karatziase, Chouliaraové, Maxtonové, Freerové, Powera (2007).

primárních pečovatelů o nedonošené děti.

V jedné ze studií vykazovalo 67% z 50 matek nedonošených dětí klinické známky posttraumatické stresové poruchy (Pierrhunbert, 2003). Další ze studií uváděla, že všechny respondentky (26) měly přinejmenším jeden příznak posttraumatické stresové poruchy a také pocítily nárůst bdělosti. 24 z těchto 26 matek uvádělo opětovné prožívání (Holditch-Davis et al., 2003). Studie Wereszczaka a kol. (1997) informovala, že až tři roky po narození dítěte, pečovatelé reflektují živé vzpomínky vztahující se ke vzhledu a chování jejich dítěte, bolesti a procedurám, které dítě podstoupilo, nemocem a nejistotě ohledně důsledků, jež předčasný porod na dítě bude mít. Jiná z pěti studií dokládá, že preventivní krizová intervence může signifikantně minimalizovat riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy u matek nedonošených dětí (Jotzo, Poem, 2005).

Nakonec zmíníme třetí výzkum uskutečněný v Austrálii s podobnou tematikou nazvaný Dopad předčasného porodu na duševní zdraví matek (Davis, Edwards, Mohay, Wollin, 2003).

Studie se zúčastnilo 62 matek, které porodily před 36. týdnem těhotenství, a byla zaměřena na mateřskou depresivní symptomatologii 1 měsíc po předčasném porodu.

Výsledky ukázaly, že předčasné narození dítěte evokuje u matek značné psychické potíže. U 40% respondentek se prokázaly významné depresivní příznaky. Taktéž se potvrdilo, že vyšší úroveň vzdělání matky a zvýšené vnímání podpory ze strany ošetřujícího personálu vedlo ke snížení pravděpodobnosti depresivních příznaků.

Nejvýznamnější proměnné spojené s depresivní symptomatologií byly symptomy mateřského stresu. Bylo zjištěno, že matky předčasně narozených dětí převzaly rodičovskou roli pod velmi stresujícími nemocničními podmínkami před tím, než na to byly připraveny ony samy nebo jejich děti. Za podmínek, kdy byly odděleny od svých křehkých dětí, kdy se nemohly cítit jako součást péče o ně a kdy se strachovaly o jejich přežití, s pouze omezenou možností interakce, se nelze divit, že matky fungující za těchto stresujících podmínek vykazovaly známky deprese.

Zajímavá je také významná souvislost vlivu podpory zdravotních sester na depresivní symptomatologii matek. Podle tohoto výzkumu, jakmile matka vnímala, že se podpora zdravotní sestry snížila, tak v závislosti na tom matka pocítla zvýšení depresivních symptomů.

2.4.3 Charakteristika vybraných prožitků matek po předčasném porodu

Na základě Matějčkovy teorie a výše uvedených výzkumů charakterizují některá rozpoložení matek po předčasném porodu.

2.4.3.1 Úzkost a strach

Mnoho matek po předčasném porodu zažívá pocity úzkosti a strachu, které mohou mít různé příčiny, např. strach o aktuální stav dítěte, strach o přežití dítě, strach z následků komplikací atd.

„Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu nelze přesněji definovat. Je často doprovázena vegetativními příznaky, které mohou vést po delší době k únavě nebo vyčerpání“ (Raboch, Zvolský, 2001, str. 274).

„Strach lze definovat jako emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznatelné nebezpečí a trvá pouze po dobu jeho existence“ (Raboch, Zvolský, 2001, str. 274).

Honzák (1995) označuje strach za jakési fenomenologické dvojče úzkosti s podobnými až s totožnými příznaky. Tvrdí, že strach má stejné projevy, ale liší se od úzkosti v tom, že u něj existuje viditelná a konkrétní příčina, je tedy racionální a srozumitelný. Na úzkosti je podstatné, že její příčina či vyvolávající moment se nenachází v oblasti konkrétního - reálného světa, ale v oblasti myšlenkové, v realitě psychologické. Úzkost je nepříjemná, „protože nám signalizuje stav nebezpečí, ohrožení, nepohody. Je projevem „vnitřního strachu“, pro který nemáme racionální vysvětlení a zdůvodnění“ (Honzák, 1995, str. 15).

2.4.3.2 Stres

Mezi časté reakce matek po předčasném porodu patří dozajista stres. Matky pocítují celou situaci jako velmi stresující a to především z důvodu fyzického stavu jejich dítěte (Elklit, Hartvig, Christiansen, 2007).

„V běžném hovoru bývá jako stres označováno všechno, co nás nějak tlačí, přetěžuje nás a co je nepříjemné“ (Praško, Prašková, 1996, str. 11). Podle Vágnerové (1999) stresem rozumíme stav nadměrného zatížení či ohrožení. Z biologického hlediska lze stres pojmout jako sumu adaptačních reakcí biologického systému, které

byly spuštěny nespecifickou noxou (Schettler et al., 1993, str. 610; in Vágnerová, 1999).

Atkinsonová a spol. (1995; in Vágnerová, 1999) uvádí charakteristické znaky stresových situací: neovlivnitelnost situace, nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace (tím pádem i nemožnost se na tyto situace nijak připravit), subjektivně nepřiměřené, nadměrné nároky (nároky dané situace jsou nad hranici možností určitého člověka), životní změna, která vyžaduje značné přizpůsobení (omezuje dosavadní zvyklosti, znehodnocuje dosud funkční strategie chování), subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty.

Jak matka může na stres reagovat? Vágnerová (1999) popisuje 3 psychické reakce na stres: změna emočního prožívání (např. úzkost, vztek a agrese, deprese, apatie), oslabení kognitivních funkcí (v zátěžové situaci se zhoršuje úroveň logického uvažování, což může ovlivnit například přijímání informací), uvědomění zátěže aktivizuje psychické obranné mechanismy (smyslem je zachování rovnováhy jedince).

Zvládnutí stresové situace se nazývá coping, ovšem „pokud člověk nedovede zátěžovou situaci zvládnout, tj. pokud by coping nebyl dostatečně účinný, mohou se postupně objevit různé chorobné příznaky“ (Vágnerová, 1999, str. 36).

2.4.3.3 Deprese

Jak již bylo zmíněno výše, 40% z 66 matek po předčasném porodu vykazovalo depresivní příznaky (Davis, Edwards, Mohay, Wollin, 2003). Taktéž Ratislavová (2008) zdůrazňuje pocity deprese po porodu u těchto žen.

Praško uvádí, že „od běžného smutku nebo rozladěnosti se deprese liší zejména v tom, že je intenzivnější a hlubší než smutek, trvá déle a narušuje každodenní fungování“ (Praško a kol., 2008, str. 27). Mezi příznaky deprese dále řadí: přetrvávající smutná, úzkostná nebo „prázdná“ nálada, pocity beznaděje, pesimismu, bezmoci a viny, nespavost, ztráta chuti k jídlu, pokles energie, neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost, výbušnost, potíže s pamětí, nadměrná ustaranost, časté pocity napětí, tělesné příznaky jako je například bolest hlavy a další (Praško a kol., 2008).

2.4.3.3.1 Poporodní deprese

Poporodní depresí trpí celkově 10-15% žen v poporodním období. Je pro ni typické, že u rodičky přetrvávají pocity selhávání, nerozhodnost, úzkost, strach ze samoty, sociální izolace, bezmoc a beznaděj, katastrofické obavy z budoucnosti, ztráta zájmu a potěšení atd. (Praško a kol., 2008).

Poporodní deprese se může projevit kdykoliv v průběhu prvních šesti měsíců po porodu. Za první rizikové období se zpravidla považuje období, kdy je žena propuštěna s dítětem z porodnice domů. Jako druhé rizikové období pak 2-3 týdny po příchodu domů, kdy klesá pomoc a podpora rodiny (Ratislavová, 2008).

Praško a kol. (2008) dodává, že rodičky mají většinou pocit, že je dítě nechtěné, nedokážou jej milovat a postarat se o něj. Maminka se odsuzuje za to, že k dítěti nic necítí, je přesvědčena o svém selhání jako matky, bezdůvodně pláče, trpí úpornou nespavostí a ztrácí chuť k jídlu.

Rizikovými faktory pro vznik poporodní deprese jsou: zatížená psychiatrická anamnéza, psychosociální faktory (psychologická nepřipravenost na mateřství, nechtěné těhotenství, partnerské problémy, nedostatečná sociální podpora, negativní životní události, odloučení matky a dítěte po narození, porod v epidurální anestezii, dítě s nízkou porodní hmotností atd.), somatická onemocnění a samotný porod (Ratislavová, 2008).

Davis, Edwards, Mohay, Wollin (2003) doporučují na základě vlastní studie vzhledem k vysokému procentu depresivní symptomatologie u matek po předčasném porodu, aby matky byly pravidelně testovány na poporodní depresi. Jakmile je jednou poporodní deprese zjištěna, nastoupí se léčba, která může zmírnit měsíce utrpení matky a snížit tak potencionální následky pro matku i dítě.

2.4.3.4 Posttraumatická stresová porucha

Některé matky nedonošených dětí mohou zažívat silný stres a ten se může projevit jako posttraumatická stresová porucha (PTSD¹⁰).

Zahraniční studie (viz. výše) nabízí výsledky, které mj. potvrdily posttraumatickou stresovou poruchu u rodičů předčasně narozených dětí. Například

¹⁰ Posttraumatic Stress disorder.

studie Elklita, Hartviga, Christiansena (2007) prokázala, že 12% z 66 rodičů předčasně narozených dětí splnilo kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu. Pokud by byl vzorek zúžen pouze na ženy, číslo by se zvýšilo na 20%. Stejně tak výzkum Pierrhunberta (2003), kdy ze vzorku 50 matek 67% vykazovalo klinické známky posttraumatické stresové poruchy. Další ze studií uváděla, že všechny z 26 respondentek měly přinejmenším jeden příznak posttraumatické stresové poruchy (Holditch-Davis et al., 2003).

Posttraumatická stresová porucha je opožděná reakce na mimořádně intenzivní stresovou událost. Jedná se o reakci dlouhodobou, jež se rozvíjí do šesti měsíců od stresující události (Raboch, Zvolský, 2001). Podle těchto autorů: „Postižený opakovaně prožívá katastrofickou událost v živých myšlenkách, snech či fantaziích (tzv. flashbacks), vyhýbá se situacím a místům, ve kterých se zážitek přihodil. Jeho vzpomínky na kritickou dobu a událost jsou částečně narušeny. Pociťuje úzkost, trpí poruchami spánku, koncentrace, je nadměrně ostražitý, má sklon k úlekovým, panickým či agresivním reakcím. Jeho afektivita se stane otupělou, vyhaslou, ztrácí zájem o své předchozí aktivity, cítí se být odcizen lidem“ (Raboch, Zvolský, 2001, str. 295).

Vágnerová (1999) uvádí, že jedince traumatizující zkušenost neustále provází, nemůže se jí zbavit a to je důvod, proč má pocit, že se mu život definitivně změnil, že už nikdy nebude tím, čím byl dřív. Z toho vyplývají různé obranné tendence, například vyhýbání se podnětům, jež vzbuzují vzpomínky na trauma, neschopnost si vybavit různé důležité traumatické momenty. Potlačení či vytěsnění prožitků funguje jako obrana před dalším utrpením.

2.5 Vztah matka a dítě po předčasném porodu

Tato kapitola je zaměřena na budování vztahu matka a dítě po předčasném porodu, upozorňuje na odlišnosti ve vytváření vazby mezi matkou a dítětem po porodu bez komplikací.

2.5.1 První kontakt

To, jakým způsobem se bude vyvíjet vztah matky a dítěte, ve velké míře závisí již na průběhu samotného porodu. Langmeier, Krejčířová (2006) uvádí, že

porod představuje po všech stránkách, tedy i po stránce psychické, značnou zátěž pro takto nezralý organismus. Proto se doporučuje, aby byl porod veden nenásilně, „přirozeně“ či „něžně“. Porod by měl být šetrný k matce i dítěti a měla by být vyzdvížena také stránka psychologická nikoliv pouze technická. Což splňuje předpoklad k tomu, aby matce, bezprostředně po odstřihnutí pupečníku a ošetření dítěte, bylo dítě přiloženo na její holé tělo a mohou tedy být ve vzájemném těsném kontaktu „kůže na kůži“. „Interakce mezi dítětem i matkou může od počátku probíhat nerušeně a dává předpoklady pro optimální navázání vztahu“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 30).

Tato situace probíhá ovšem v ideálních případech, kdy matka nemá žádné komplikace a tudíž je přirozený porod možný. Ale většina matek, kterým se dítě narodilo předčasně, nemůže rodit přirozeně, nýbrž je u nich proveden císařský řez.

Jedním z hlavních důvodů proč tomu tak je, je že by pro tyto děti bylo obtížné vzhledem k jejich nevyzrálosti projít porodními cestami. Často tedy matka své dítě může vidět, teprve až se trochu zotaví po porodu (může vstát po narkóze apod.), poté se může jít na své dítě poprvé podívat k inkubátoru.

Matky, které rodí sice předčasně, ale přirozeně či pod lokální narkózou, se mohou s dítětem přivítat. Většinou je jim ovšem dítě pouze ukázáno, nebo mu mohou například sáhnout na ruku, ale poté musí dítě okamžitě zpět do péče lékařů vzhledem k jeho nevyzrálosti. Chybí zde prvotní kontakt, seznámení matky a dítěte, o tento aspekt jsou matky předčasně rodící ochuzeny.

„První hodiny a dny po porodu jsou senzitivním obdobím pro vznik vazby matka-dítě, proto mohou být dlouhou separací narušeny dovednosti intuitivního rodičovství“ (Ratislavová, 2008, str. 74).

To potvrzuje i studie J.H. Kennella a spol. (Hales et al., 1977; in Langmeier, Krejčířová, 2006), ve které bylo zjištěno, že matky, které dostaly své dítě již na porodním sále a následně poté měly možnost intimního kontaktu na soukromém pokoji, se k dítěti chovaly vřeleji než matky, které je dostaly na 45 minut až za 12 hodin po porodu nebo až po rutinním postupu na porodnických odděleních. Je ovšem otázkou, do jaké míry a jak dlouho zjištěné rozdíly přetrvávají.

2.5.2 Rooming-in

„Dobré podmínky pro nastartování kvalitních interakcí může vytvářet dnes již u nás běžný systém rooming-in, při němž je matka s novorozěným dítětem na stejném pokoji po celých 24 hodin“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 45).

Rooming-in má pozitivní vliv na kojení a na časou interakci, utváření vzájemného citového pouta mezi matkou a dítětem (Sobotková, Šembera, 2003; in Ratislavová, 2008). Často je doporučován celodenní rooming-in z důvodů důležitosti reagovat na signály potřeb dítěte nepřerušovaně, neustále v souladu s jeho nepravidelným biorytmem (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Avšak možnost systému péče rooming-in u dětí předčasně narozených nepřipadá hned po porodu v úvahu. Dítě je často ohroženo na životě, a proto bývá v mnoha případech neprodleně převezeno na ARO¹¹ či na neonatologickou JIP¹².

Matky po předčasném porodu jsou obvykle převezeny na JIP v případě, že rodily císařským řezem a později na běžný pokoj. Avšak mnoho porodnic se snaží neumístovat tyto matky na oddělení šestinedělí, z psychologických důvodů, aby nepřicházely do kontaktu s matkami, které mají své děti po porodu u sebe.

Využívat systému rooming-in mohou matky předčasně narozených dětí, až zpravidla poslední týden před odchodem domů z nemocnice, aby se matka naučila o své dítě pečovat, jelikož doposud se mohla pouze chodit na dítě dívat, hladit jej, či klokánkovat (viz. kap. 2.5.5).

2.5.3 Vzájemná interakce

„Pro zdravý vývoj dítěte je zřejmě velmi podstatná kvalitní interakce s rodiči, resp. s matkou“ (Ratislavová, 2008, str. 87). Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že aby k interakcím mohlo docházet, musí být také splněny podmínky ze strany dospělého, který by měl dítěti věnovat nerozdělenou pozornost a měl by citlivě reagovat na změny jeho chování.

„Novější pozorování ukazují, že mezi chováním matky a dítěte se za optimálních podmínek záhy vytváří žádoucí soulad navzájem zaměřené pozornosti a společně sdílených emocí – synchronie pozornosti a afektu“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 39). Dále udávají, že bezprostředně po narození dítěte dává matka najevo své přání, aby dítě otevřelo oči a pohlédlo na ni. Jakmile tak dítě učiní, začne se

¹¹ Anesteziologicko-resuscitační oddělení.

¹² Novorozeneckou jednotku intenzivní péče.

s ním matka angažovat v interakcích, jež mají podobu skoro jakéhosi obřadu. Papoušek (1987; in Langmeier, Krejčířová, 2006) hovoří o tzv. intuitivním rodičovství.¹³

Podstatné je, že rodičovské chování sladěné s chováním novorozence umožňuje rychlé učení ve všech směrech. Dochází k synchronii především při ošetřování dítěte (krmení, přebalování, koupání, sociální hře atd.). U rodičů nedonošených dětí hrozí na základě dlouhé separace a hospitalizace narušení i jinak přirozené dovednosti intuitivního rodičovství (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Jak potvrzují dále, interakce matky (či jiného pečujícího objektu) a dítěte nemusí vždy probíhat ideálně. V některých interakčních řetězcích dochází i k tzv. asynchronii. Ta je podmíněna tím, že matka nereaguje přiměřeně na rytmus a pozornost dítěte a zavaluje jej svými podněty bez ohledu na jeho okamžitý stav.

Ovšem ne vždy musí být chyba na straně matky. Naopak může mít dítě, které je nadměrně dráždivé, s nepravidelným biorytmem, které reaguje na pokus matky o navázání kontaktu vždy negativními emocemi. Toto riziko je patrné právě u nedonošených dětí, jež jsou v důsledku své nezralosti méně reaktivní a pomaleji si osvojují nové pohyby i sociální dovednosti v nejčasnějším poporodním období.

Jak již bylo řečeno výše, matky předčasně narozených dětí se nemohou začít se svými dětmi seznamovat ihned po porodu, nejsou také s nimi na společném pokoji, a tudíž se oblast interakce vyvíjí odlišně. První pohledy a doteky často přichází až u inkubátoru. Jemné hlazení či chování dítěte je možné provádět díky metodě klokánkování (viz. kap. 2.5.5), avšak dítě musí nejprve dosáhnout určité váhové hranice. Matky předčasně narozených dětí se o své děti nemohou starat jako matky dětí zdravých. Nemohou je krmit (kojit), koupat, přebalovat atd. „Pravá“ interakce mezi matkou a dítětem přichází, až když (často po několika měsících) se oba, matka i dítě, dostanou na rooming-in.

I tady občas nastává problém. Matky jsou zvyklé, že se o jejich děti starají zdravotní sestry a najednou to mají být ony, které jsou za dítě plně zodpovědné. Tyto obavy ale většinou rychle pominou. Langmeier a Krejčířová (2006, str. 46) dodávají, že i když to může vypadat pro matku a předčasně narozené dítě z hlediska interakce

¹³ „Intuitivní rodičovství označuje 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 a kol., 2004, str. 77).

pesimisticky, „plastičnost lidské psychiky je taková, že i později lze jistě mnoho učinit pro dobrý vztah rodičů a dítěte.“

2.5.4 Kojení

„Kojení je bez veškerých pochyb tím nejlepším a nejjistějším způsobem výživy novorozence. Po tisíce generací bylo mateřské mléko v praxi dokonale vyzkoušeno a stále představuje to nejlepší, co může dítě dostat. Je vždy k dispozici v čerstvém stavu, nemusí se připravovat. Je ideální svým složením i množstvím, teplotou i sterilitou ... Kojení posiluje citový vztah mezi matkou a kojencem“ (Macků & Macků, 1998, str. 286).

Matka nemůže nedonošené dítě ihned po porodu začít kojit, dítě je příliš nevyzrálé a potřebuje prostředí inkubátoru (viz. kapitola 2.3). Podstatné však je, že i přesto matka může začít s odstříkáváním mateřského mléka, ať už je dítěti podáváno pomocí stříkačky, či jsou mu pouze vytírána mlékem ústa. Nejčastěji se dítěti výživa podává nazogastrickou sondou.

Psychl (2005) doporučuje, aby matka a personál novorozeneckého oddělení na snahu o kojení nerezignovali. Mateřské mléko je z hlediska imunity to nejlepší, co může dítěti dát.

Nehledě na potřebu psychologickou. Matka se pak cítí být prospěšná, důležitější, má pocit, že může nedonošenému dítěti alespoň nějakým způsobem pomoci.

2.5.5 Klokánkování

„V praxi na neonatologických odděleních se objevila metoda „klokánkování“ (kangaroo method), která pomáhá rodičům vyrovnat se s obtížnou situací a pravděpodobně má i pozitivní vliv na celkový stav nedonošeného dítěte“ (Ratislavová, 2008, str. 74).

Jedná se o tradici jihoamerických indiánů, která umožňovala přežití mnoha dětí s velmi nízkou porodní váhou (Charpak et al., 1997; in Langmeier, Krejčířová, 2006). Do zdravotnictví se tato metoda dostala již v roce 1979 díky kolumbijským pediatrům (Ratislavová, 2008).

Metoda spočívá v tom, že rodič (nejčastěji matka) přikládá nahého

novorozence mezi prsy a ten je upevněn částí oděvu (pruhem látky). Tělo matky tak tvoří přirozený inkubátor (Langmeier, Krejčířová, 2006).

„Tato pozice přináší dítěti řadu jemných podnětů ... Ukazuje se, že při této péči děti lépe spí, mají lépe organizované stavy bdělosti i méně apnoických přestávek v dechu; mnohdy se i u velmi malých dětí podaří udržet sací reflex ... Také při interakci s rodiči jsou tyto děti bdělejší a reaktivnější, interakce je lépe synchronizovaná a rodiče jí jsou více zaujati. Vztah s dítětem pak hodnotí pozitivněji“ (Feldman et al., 2002; in Langmeier, Krejčířová, 2006).

Ratislavová (2008) zdůrazňuje pozitivní vliv klokánkování na rodiče. Rodiče již při prvním pochování zažívají skutečný pocit rodičovské kompetence, sounáležitosti a péči o dítě. Také jsou povzbuzováni, aby během klokánkování dítě jemně hladili a mluvili na něj. Výhodou klokánkování je, že může probíhat, i když je dítě ještě závislé na přístrojích.

Na základě odborné studie Sikorové, Suszkové (2011) byl prokázán jednoznačný pozitivní vliv (fyziologický, psychický i sociální) metody klokánkování na nedonošené novorozence a to zejména v oblasti vnímání bolesti u invazivních výkonů, efektivního kojení, zvýšení váhového přírůstku, delšího a klidnějšího spánku, pozitivnější interakce matka - dítě, zkrácení doby hospitalizace, růstu, aktivace nervové soustavy a další.

Z toho vyplývá, že se jedná o efektivní metodu, snadnou na použití, pomáhající lepšímu pocitu předčasně narozených dětí, protože inkubátory opakovaně a často zbytečně oddělují děti od jejich matek a obírají je o nezbytný kontakt. I přesto je v České republice metoda využívána jako doplněk intenzivní péče, ve většině případů bez vypracovaných platných standardů (Sikorová, Suszková, 2011).

2.5.6 Individualizovaná péče

V dnešní době existuje již celá řada programů, které usilují o zkvalitnění psychologické péče o nedonošené dítě a taktéž o emoční podporu rodičů (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Jedním z nich je i tzv. program individualizované péče¹⁴, který vychází z hodnocení chování a vývoje nedonošeného dítěte. Individualizovaná péče „je

¹⁴ Newborn Individualized Developmental Care Assessment Programme (NIDCAP).

založena na kontinuálním pečlivém sledování reakcí dítěte při péči o ně a hledání takového způsobu krmení, polohování, a pokud možno i různých vyšetření, která by nepůsobila na dítě rušivě, aby mu tak bylo zajištěno maximální pohodlí, a tím i nerušený vývoj“ (Sobotková, 2001, str. 12).

Autoři NIDCAPu doporučují rodičům nedonošených dětí, aby se seznámili s individuálním programem péče o novorozence (ten vzniká na základě personálního vybavení, úrovně vzdělání a kvality spolupráce různých odborníků týmu, který pečuje o dítě a rodiče), aby se naučili pozorovat své dítě, porozuměli jeho chování a zapojili se do ošetřujícího programu. Výsledkem bude nejenom vhodnější péče o dítě, ale i intenzivnější pocit rodičů vzájemné blízkosti a sounáležitosti se svým potomkem a vytvoření optimálního emočního prostředí. Zároveň se vytváří kladná citová vazba (Attachment), jež je důležitá pro další vývoj dítěte (Sobotková, 2001).

Langmeier a Krejčířová (2006) zdůrazňují, že je tento program zaměřen především na posílení vlastní aktivity dítěte. Zároveň však s rodiči dítěte a personálem oddělení pracuje vývojový psycholog, aby se naučili vnímat dítě jako aktivního spolupracovníka při péči. „Rodičům je předváděna individuální reaktivita právě jejich dítěte a jsou podrobně seznamováni se současnými poznatky o vývoji nedonošených dětí, současně se jim dostává i potřebné emoční podpory“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 29).

2.6 Možnosti pomoci

Když se rodičům narodí dítě předčasně, je pro ně důležité, aby se jim v této náročné situaci dostalo pomoci. Ať už se jedná o podporu partnerskou, širší rodiny či podporu odbornou, například psychologa, lékaře apod.

„Ve vyspělých západních státech má většina novorozeneckých jednotek intenzivní péče mimo jiné i odborníky v oblasti mentálního zdraví (mental health professionals) a sociální pracovníky jako součást odborného týmu, kteří zajišťují terapeutickou podporu, kde je to potřebné, např. pro vytváření rodičovského vztahu k dítěti a při adaptaci na danou stresovou situaci. Péči po propuštění domů zajišťují další pracovníci tzv. „health visitors“, kteří jsou v kontaktu s týmem v nemocnici“ (Sobotková, 2001, str. 16). Důležité je, aby rodičům bylo vysvětleno, že odborníci pracují v oblasti prevence, aby péči neodmítali, aby neměli pocit, že se k nim přistupuje jako k duševně nemocným (McFadyen, 1998; in Sobotková, 2001), tento

jev nazývá Sobotková jako „odvrácenou stranu“ sociální opory (Sobotková, 2001).

Jeden z výše zmíněných výzkumů (Davis, Edwards, Mohay, Wollin, 2003) na základě svých výsledků zdůrazňuje důležitost odborného poradenství ke snížení utrpení obou rodičů zejména matky. Identifikace a následné snížení mateřského stresu a deprese je potřeba rozvíjet nejen z důvodu podpory rodinné stability, ale také z důvodu zajištění dlouhodobého přínosu pro rozvoj nedonošeného dítěte.

Jiná ze studií (Elklit, Hartvig, Christiansen, 2007) poukázala na to, že 86% z 66 rodičů, kteří po odchodu z nemocnice využili psychologické poradenství, hovořilo o tom, že to mělo pozitivní efekt. Autoři studie proto doporučují psychologickou podporu a intervenci během hospitalizace i po propuštění domů s cílem působit preventivně proti rozvoji chronické posttraumatické stresové poruše a k redukci přidruženého stresu.

Z výzkumu Dittrichové (2004; in Ratislavová, 2008) vyplynulo, že „matčiny pocity k předčasně narozenému dítěti byly významně ovlivněny tím, jak matka vnímala podporu partnerem již během těhotenství i po porodu, jakož i podporu širší rodiny. U matek donošených dětí pocity k dítěti souvisely pouze s podporou partnerem po porodu a s jejich momentální tělesnou kondicí.“ Z toho Ratislavová (2008) vyvozuje, že kvalita sociální podpory matek nedonošených dětí má vliv na jejich psychický stav, především v první polovině prvního roku života dítěte, který se poté může promítnout i do vztahu k dítěti.

Podle Sobotkové (2001) by měla být péče o rodiče kontinuálním procesem. Zdravotnický personál by měl rodiče odkázat na různá podpůrná sdružení či speciální odborná pracoviště, jež by jim měla pomoci překonat pocit izolace a prakticky řešit každodenní problémy.

Langmeier, Krejčířová (2006) zmiňují především pozitivní vliv setkávání rodičů nedonošených dětí ve svépomocných nebo odborníky organizovaných skupinách. O rodičovských skupinách hovoří taktéž Sobotková (2001). Rodiče si zde mohou vyměňovat a sdílet své zkušenosti, prožitky a poskytovat i určitou emoční podporu (Janíková et al., 2000; in Sobotková, 2001). Matějček (2001) zdůrazňuje sdílení v těchto skupinách jako jeden z neúčinnějších psychoterapeutických mechanismů. Je taktéž vhodné, aby tyto skupiny nenavštěvovaly pouze matky nedonošených dětí, ale i otcové. Což může být velmi prospěšné nejenom pro podporu vzájemného vztahu obou partnerů, ale zároveň příležitost sdílet rodičovské pocity otců s jinými muži (Sobotková, 1999; in Sobotková, 2001).

Velmi významná je i sociální opora širší rodiny, která se těchto setkání taktéž může účastnit. Je důležité si uvědomit, že preventivní a intervenční programy souvisejí s psychosociální podporou lidí v těžkých životních situacích, mezi nimiž předčasné narození dítěte dozajista patří (Sobotková, 2001).

Situace v České republice se sice zlepšuje, stoupá zájem o poskytování psychické podpory rodičům a rodinám předčasně narozených dětí, například se rodiče stále více setkávají s nabídkou pomoci psychologů přímo na nemocničním oddělení, ovšem každá z nemocnic si systém péče o rodiče předčasně narozených dětí organizuje sama, nebo ji třeba vůbec neposkytuje. Poté jsou rodiče těchto dětí odkázáni na informace lékařů a zdravotních sester, kteří v důsledku své pracovní vytíženosti a nekvalifikovanosti s nimi často nemohou psychologicky pracovat, což může vést k fatálním následkům.

Matějček (2001) doporučuje zdravotnickému personálu, aby vždy byly informace podávány kompetentní osobou a co nejdříve, aby byl dán pozor na vlastní obranné mechanismy (přílišná lítost, strohost, atd.), zdravotnický personál by měl dále zaujmout sympatizující postoj, vysvětlit příčinu, informovat oba rodiče společně, zajistit poskytnutí dlouhodobé psychologické pomoci.

Jinou alternativu podpory pak představují různé webové stránky (blogy, portály), kde jsou uveřejněny zkušenosti jiných rodičů, rady odborníků, články (odborné i laické) atd., nebo mohou rodiče využívat služeb neziskových organizací, mezi nejznámější patří například občanské sdružení Nedoklubko.

3 Část praktická

V této části práce se zaměřím na vlastní výzkum, prezentaci jeho výsledků a srovnání s teoretickou částí.

3.1 Cíl výzkumu

Za cíl svého výzkumu jsem si vytyčila popsat vývoj psychického prožívání matek těsně před, v průběhu a především po předčasném porodu. Obecněji řečeno, zachytit, jak se matky, jež porodily předčasně, vyrovnávaly s touto skutečností. Pozornost jsem zaměřila na prezentaci a zobecnění toho, jakými pocity ženy se zkušeností předčasného porodu procházely. A také, jak by se tato zjištění dala využít v praxi.

Původním úmyslem bylo zahrnout do této studie i otce předčasně narozených dětí, tedy jejich pohled na danou problematiku, došlo by ovšem k překročení povoleného rozsahu bakalářské práce, proto jsem od záměru upustila a soustředila se pouze na matky.

3.2 Výzkumné otázky

Za klíčové považuji tyto výzkumné otázky, na které se budu v této části práce snažit odpovědět:

1. Jaké pocity prožívají matky před, v průběhu a po předčasném porodu?
2. Ovlivnil předčasný porod vztah matky a dítěte?
3. Kdo/ co pomáhalo matkám situaci předčasného porodu zvládnout?
4. Vyrovnaly se matky s prožitkem předčasného porodu?

3.3 Metodologie

Při práci s daty jsem využila následujících postupů.

3.3.1 Sběr dat

Vzhledem k povaze výzkumného cíle a výzkumných otázek jsem se rozhodla v tomto výzkumu pro kvalitativní přístup. Pro sběr dat jsem zvolila polostrukturované interview. Vytvořila jsem otázky s ohledem na cíl výzkumu, které jsem koncipovala podle časové linie před porodem, v průběhu porodu a po porodu.

Otázky, na které bylo zodpovězeno dříve, než-li jsem je stačila položit (v souvislosti s vlastním vyprávěním matky), jsem dále v jednotlivých rozhovorech již nekladla. Vyplývají ze samotného vyprávění matky. Přesné znění otázek je součástí přílohy.

K zaznamenání rozhovorů jsem využila mobilního telefonu s funkcí diktafonu.

3.3.2 Zpracování dat

Ke zpracování takto získaných kvalitativních dat (s ohledem na jejich rozsah a povahu) jsem zvolila metodu zakotvené teorie. Její princip spočívá podle Miovského (2006) v tom, že se nezačíná teorií, která by byla následně ověřována, ale právě naopak se začíná se zkoumanou oblastí, fenoménem a nechává se, aby se v průběhu výzkumu vynořilo to, co je vzhledem k tématu významné, aniž bychom to dopředu předjímalí či jakkoliv označovali.

Při použití zakotvené teorie je nezbytné, aby byly dodrženy 4 základní požadavky:

„Shoda (mezi pozorovanými a kódovanými skutečnostmi).

Srozumitelnost (vystavění teorie na základě empirických, ověřitelných a srozumitelných poznatků).

Obecnost (schopnost vypovídat o podobných jevech, vysvětlovat tyto jevy, eventuálně být schopen zdůvodnit, jak fungují a proč například jiné fungují jinak).

Kontrola (zpětné ověření vybudované teorie konfrontací s výchozími daty) (Corbin & Strauss, 1999; in Miovský, 2006, str. 226).

Postupy kódování, „v kontextu zakotvené teorie rozumíme operace, pomocí

nichž jsou zjištěné údaje analyzovány, konceptualizovány a opět skládány novými způsoby, což je ústředním procesem tvorby nové teorie,“ (Miovský, 2006, str. 228) jsou následující: otevřené kódování, axiální kódování, selektivní kódování, proces a matice podmiňujících vlivů (Miovský, 2006).

Výzkumník tedy pracuje tak, že si v získaných datech identifikuje významové jednotky, na základě nichž je schopen převyprávět celé téma (příběh), na které je ve svém výzkumu zaměřen. Významové jednotky dále rozděluje na tzv. deskriptivní údaje (jasně sdělují svým obsahem určitý význam) a interpretativní údaje (jejichž význam není možné definovat bez kontextu). Poté výzkumník spojuje takto rozdělené jednotky do subkategorií a kategorií, které sám navrhnul, a kategorie uvádí do vzájemných vztahů. Informace, jež byly získány, zasazuje výzkumník do širšího kontextu (Miovský, 2006).

Stejným způsobem probíhalo vyhodnocování dat i v mém výzkumu. Postup zpracování dat udávám jako součást přílohy.

Dovolila jsem si ovšem při přepisování rozhovorů z audio nahrávky do textové podoby rozhovory zkrátit. Rozhodla jsem se tak z toho důvodu, že rozhovory byly velmi rozsáhlé a obsahovaly sdělení, která přímo neovlivňovala matčino psychické prožívání předčasného porodu.

Důvody k nepřepsání byly následující: matčino podrobnější popisování lékařských diagnóz jak od jejich potomků, tak od nich samotných, popisování zkušeností s touto situací od jejich příbuzných a známých, rozsáhlejší popisování prožívání jiných rodinných příslušníků jejich situace předčasného porodu (s výjimkou partnera), srovnávání kvality služeb nemocnice, ve které byly ony nebo jejich děti hospitalizovány, s kvalitou služeb v jiných nemocnicích, se kterými neměly přímou zkušenost, rozsáhlejší popisy oddělení nemocnice, podrobnější popisy lékařských vyšetření jejich dětí.

Kompletní znění rozhovorů ve formě audio nahrávky je v případě zájmu uloženo u mne.

3.4 Pomoc při realizaci výzkumu

K tomu, abych mohla navržený výzkum zrealizovat, bylo potřeba nalézt matky, které předčasný porod prožily a byly schopny svou zkušenost předat. Při hledání těchto matek mi vyšli vstříc z celorepublikového občanského sdružení Nedoklubko¹⁵, které se specializuje na pomoc předčasně narozeným dětem a jejich rodinám.

Kontaktovala jsem předsedkyni sdružení paní Kláru Csirkovou, která mi poskytla spojení na paní psycholožku Mgr. Gabrielou Zelenkovou, s níž jsem poté konzultovala pomocí emailu. Díky tomu jsem měla možnost dostat se k databázi odborných článků týkajících se vyrovnávání se rodičů s předčasným porodem a taktéž mi bylo dovoleno, abych na webových stránkách této organizace vyvěsila výzvu, ve které jsem žádala matky předčasně narozených dětí o spolupráci.

Bez jejich ochoty by výzkum nemohl vzniknout.

3.5 Výzkumný soubor

3.5.1 Výběr matek

Výzkumný soubor tvoří ženy, které porodily své děti předčasně. Vedla jsem rozhovor celkem s šesti matkami nedonošených dětí.

První dva rozhovory vznikly po domluvě přes známé mé kolegyně a další čtyři rozhovory poté na základě výzvy na webových stránkách občanského sdružení Nedoklubko, se kterým jsem po dobu psaní bakalářské práce spolupracovala.

Kritéria pro interview byla: ženy, které porodily předčasně, pocházející z Prahy a okolí, s dětmi starými maximálně dva roky, jež si chtějí popovídat o situaci, která se jim udála. Z dalších šesti žen jsem vybrala čtyři vhodné pro rozhovor.

Děti ve věku do dvou let jsem požadovala ze dvou důvodů. První z nich je, aby tato událost nebyla pro matky příliš vzdálená a byly si schopny vybavit pocity, které prožívaly. A druhý důvod je, že péče jak medicínská, tak psychologická jdou kupředu, tudíž jsem měla v úmyslu získat data, jež jsou aktuální.

S matkami jsem si individuálně domluvila rozhovor. Účel výzkumu jim byl jasný, z výzvy či informací kolegyně věděly, že píše bakalářskou práci zaměřenou na

¹⁵ Nedoklubko.cz

prožívání matek se zkušeností předčasného porodu.

Vždy jsem matky informovala dopředu, převážně přes email, o délce rozhovoru. Dále jsme se domlouvaly na místě setkání, které jsem nechávala na matce, kde jí bude nejpohodlněji, nejpříjemněji, abych dosáhla uvolněné atmosféry. Ve třech případech rozhovory proběhly v domácnosti matky (Klára, Lucie 1, Markéta) a v dalších třech v kavárně (Linda, Hana, Lucie 2).

Dopředu jsem matkám prozradila pouze to, že bych si ráda vyslechla jejich příběh o předčasném porodu s důrazem na pocity, které prožívaly, a že mám připravených pár otázek.

Od matek jsem požadovala souhlas s nahráváním na mobilní telefon, který mi všechny bez problémů daly.

Před začátkem rozhovoru jsem navíc matkám pro větší motivaci předala nějakou maličkost (např. bonboniéru, čaj apod.), kterou vždy rády přijaly.

Dvě z matek (Klára, Linda) mi těsně před rozhovorem nabídly tykání. Stalo se tak pravděpodobně z důvodu, že mi byly doporučeny mou kolegyní, se kterou si také tykají. Tykání jsem přijala především z důvodu zachování důvěrné atmosféry.

3.5.2 Odlišnosti matek

I přesto, že matky splňovaly daná kritéria pro výzkum, vyskytly se mezi nimi zásadní odlišnosti, které vyšly najevo v průběhu vedení rozhovoru.

Dvě matky v mém výzkumném souboru porodily dvojčata Hana a Lucie 1. Navíc oběma matkám jedno dítě zemřelo.

Matka Markéta tvořila výjimku v tom smyslu, že i když jsme původně měly hovořit o jejím nedonošeném synovi, zjistila jsem, že má ještě tříletou dceru, taktéž nedonošenou. Jelikož interview s Markétou bylo v pořadí předposlední a před ní všechny matky měly nedonošené dítě jako prvorozené dítě, požádala jsem ji, aby při odpovídání na otázky o synovi, doplňovala ty samé informace o dceři.

U stejné matky se rozhovor taktéž liší ještě z jiného důvodu. Při interview byl přítomen otec dětí, Markétin manžel, který se do rozhovoru aktivně zapojoval. Pro jasně definovaný cíl studie jsem se rozhodla jeho výpověď nezpracovat do své práce. I když by bylo hledisko Markétina manžela jistě velmi přínosné. Při zpracovávání dat, resp. přepisu rozhovoru, jsem v některých pasážích uváděla jeho „vstupy“ do rozhovoru, bez nich by totiž výpověď Markéty nepůsobila celistvě a

v daných úsecích nedávala smysl. Kompletní rozhovor Markéty a jejího manžela ve formě audio nahrávky je uložen a k dispozici u mne.

3.6 Prezentace výsledků

Tato kapitola obsahuje výsledky mého výzkumu získané zpracováním dat metodou zakotvené teorie. Prožívání matek jsem si rozdělila na období před porodem, v průběhu porodu a po porodu. Uvádím individuální prožitky každé matky za jednotlivá období. Na konci každého období zmiňuji ty prožitky, které byly pro všechny matky společné.

V závěru odpovídám na výzkumné otázky a následně v diskuzi porovnávám skupiny prožitků z mého souboru s teorií prof. Zdeňka Matějčka.

3.6.1 Obecné údaje

Na úvod zmiňuji obecné údaje o matkách, se kterými jsem vedla rozhovory, a jejich dětech. Vycházím z úvodních částí interview. Pro přehlednost poslouží orientační tabulka.

Z ní lze vyčíst, že průměrný věk matek je 31, 7 let. U pěti z šesti matek se jednalo o porod první. Čtyři z šesti matek jsou vdané. Zbýlé dvě žijí s otcem dítěte v dlouhodobějším partnerství. Jen jediná matka zůstala po celou dobu hospitalizace dítěte s dítětem v nemocnici. Zbýlých pět matek bylo hospitalizováno bezprostředně po porodu dítěte, po pár dnech propuštěno a až ke konci pobytu dítěte v nemocnici (cca 1-2 týdny) opět nastoupilo k hospitalizaci ve formě rooming-in.

Nejmladší dítě se narodilo v týdnu 23+6, mělo také nejnižší porodní váhu a strávilo v nemocnici nejvíce dní. Nejméně dní bylo v nemocnici hospitalizováno dítě narozené v nejpozdějším týdnu oproti ostatním dětem a taktéž dosahovalo nejvyšší porodní hmotnosti.

Orientační tabulka

Jméno matky	Klára	Linda	Hana	Lucie 1	Markéta*	Lucie 2
Věk matky	32	31	30	34	31	32

Rodinný stav	Svobodná	Svobodná	Vdaná	Vdaná	Vdaná	Vdaná
Délka pobytu v nemocnici po porodu	27 dní	4 dny + rooming-in ke konci pobytu dítěte v nemocnici	3 dny + rooming-in -//-	5 dní + rooming-in -//-	10 dní + rooming-in -//-	5 dní + rooming-in -//-
Jméno dítěte	Kateřina	Vojtěch	Emma	Matěj	Richard	Ella
Věk dítěte	1 rok	1 rok	2 roky	2 roky	1 rok	1 rok
Týden narození	31+0	35	23+6	25	28+5	25
Porodní váha	2 150g Nízká porodní hmotnost	3 150g Normální porodní hmotnost	420g Extrémně nízká porodní hmotnost	800g Extrémně nízká porodní hmotnost	660g Extrémně nízká porodní hmotnost	730g Extrémně nízká porodní hmotnost
Délka pobytu dítěte v nemocnici	27 dní	19 dní	4 měsíce 16 dní	3,5 měsíce	3 měsíce	2 měsíce 15 dní

**Markéta v rozhovoru hovoří i o prvním dítěti, tříleté dceři Michaela, taktéž nedonošené, narodila se ve týdnu 29+1 s váhou 860g. V nemocnici strávila 2,5 měsíce. Markétin pobyt nemocnici trval 5 dní + rooming-in ke konci pobytu dítěte v nemocnici.*

3.6.2 Psychologické aspekty prožívání matek před předčasným porodem

V období prožívání matky před porodem jsem se zaměřila především na plánování těhotenství, průběh těhotenství, psychické rozpoložení matky v momentě zjištění předčasného porodu a také na psychologické prožívání matky ve chvílích

těsně před porodem.

Při zpracování dat mi vyplynuly čtyři kategorie, které lze nalézt u všech šesti matek:

1) Povědomí o předčasném porodu. 2) Průběh těhotenství. 3) Prožívání zjištění předčasného porodu. 4) Prožívání situace těsně před porodem.

Jednotlivé matky se liší či shodují ve svém prožívání na úrovni subkategorií, jejich seznam uvádím v příloze, ty zasazuji do širšího rámce.

3.6.2.1 Klářino prožívání před předčasným porodem

1) Povědomí o předčasném porodu.

Klára byla na předčasný porod upozorněna lékařem. Bylo jí ovšem řečeno, že rodit bude maximálně o tři týdny dříve a že i za tohoto předpokladu dítě bude v pořádku. Tento fakt napomohl Kláře zůstat klidnou. To, že by mohla porodit předčasně, si nepřipouštěla. Klára tedy popírala možnost předčasného porodu. Roli hrálo vědomí, že dítě bude v pořádku.

2) Průběh těhotenství.

Z Klářina vyprávění je zřejmé, že těhotenství prožívala velmi pozitivně. Co ji ovlivnilo, bylo dokončování magisterského studia a doléčování úrazu nohy. Proto se Klára cítila ve shonu. Prožívala tudíž trochu napětí a stres. Pozitivní pocity z těhotenství ovšem převažovaly.

3) Prožívání zjištění předčasného porodu.

Klára přijela domů z dětského tábora s bolestmi břicha. Odjela do nemocnice s pocitem strachu z hospitalizace. Klára si tedy zatím vůbec nepřipouštěla, že by mohlo jít o předčasný porod. Bála se pouze toho, že se jedná o nějakou zdravotní komplikaci, kvůli které bude muset zůstat v nemocnici. Po příjezdu do nemocnice bylo Kláře oznámeno, že rodí. Klára tomu odmítala uvěřit. Myslela si, že dítě je ještě příliš malé. Procházela šokem. Věřila, že porod lékaři zastaví. Neustále popírala fakt probíhajícího předčasného porodu. Významný vliv představovalo i uklidňování zdravotnickým personálem, který Kláře opakoval, že se jedná o běžnou věc a porod zastaví. V té chvíli se pouze obávala, zda bude dítě v pořádku a hlavou jí běželo, co udělala špatně. Myslela si, že za tuto situaci je zodpovědná.

4) Prožívání situace těsně před porodem.

Kláře významně pomohla rodina, jelikož Klára i její partner jsou nedonošení. Jejich rodiče si prožili obdobnou situaci. Klára to vnímala jako velkou podporu. Především ve chvílích, kdy se obávala, jak na tom dítě bude zdravotně. Její obavy pramenily především z neinformovanosti, jelikož si předčasný porod nepřipouštěla, nezajímala se o tuto problematiku. Také vzpomínala na zkušenosti známých. V tomto stavu Klára vydržela čtyři dny. Nastaly další komplikace a Kláře bylo oznámeno, že tentokrát doopravdy rodí. Situace se opakovala, prožívala šok, popírala tuto situaci, avšak tentokrát po vysvětlení celé situace lékařem, došlo k přijetí faktu předčasného porodu. Těsně před porodem Klára doufala, že všechno bude v pořádku, ale nevyhnula se velkému napětí, které vzniklo z obavy „co kdyby ne“.

3.6.2.2 Lindino prožívání před předčasným porodem

1) Linda na předčasný porod nebyla upozorněna lékařem. Jak sama uvedla, měla vnitřní tušení, že se to stát může. Ale nesnažila se o předčasném porodu jakkoliv informovat. Nepočítala s tím.

2) Linda své těhotenství označila za „divné“. Prvním důvodem, proč jej tak nazvala, bylo, že se o jiném stavu dozvěděla pozdě (v 8. týdnu, i když dítě bylo plánované). Druhý důvod představovaly zdravotní komplikace. Linda byla během těhotenství dvakrát v nemocnici kvůli hrozícímu potratu. Tyto situace Lindu přiměly k připuštění si, že se může něco stát, měla strach. Linda si své těhotenství nepřipouštěla, snažila se chovat normálně. Zkušenost s hrozícím potratem ji ale ovlivnila natolik, že se snažila být na sebe opatrnější. Jelikož je hrdá žena, bylo to pro ni docela obtížné a musela se občas i překonávat. Přesto nepřestala myslet po celou dobu těhotenství na to, že se může něco stát. Také si představovala, jak bude její dítě vypadat. Lindino těhotenství tedy probíhalo v napětí.

3) Linda jela do nemocnice z toho důvodu, že jí prskla plodová voda. V té chvíli si ale ještě neuvědomovala, že bude rodit předčasně. Protože rodila poprvé, situaci neznala, měla jen pocit, že je něco špatně. Po následném vyšetření v nemocnici fakt, že rodí předčasně, přijala. V této době si ještě neuvědomovala rizika předčasného porodu do důsledku. Porod totiž probíhal měsíc před plánovaným termínem, myslela si proto, že se nic neděje.

4) Linda se těšila nejenom na porod, ale také na dítě. Představovala si, jak bude porod probíhat. Byla zvědavá. Situaci neřešila.

3.6.2.3 Hanino prožívání před předčasným porodem

1) Hanina situace se odlišuje tím, že podstoupila odběr plodové vody, jelikož jí to bylo doporučeno lékařem. Před tímto zákrokem na možnost předčasného porodu nemyslela. Před odběrem plodové vody byla upozorněna na riziko předčasného porodu.

2) Těhotenství Hany bylo plánované, podstoupila totiž umělé oplodnění. Když se gravidita potvrdila, prožívala pocity radosti, těšila se na děti. Měla již vybraná jména. Vše probíhalo bez zdravotních komplikací. Prožívání těhotenství ovlivnil nárůst pozornosti lékařů, jelikož Hana čekala dvojčata, navíc měla hyperstimulační syndrom. Lékařkou jí bylo doporučeno, aby se jednoho dítěte vzdala. To byla ovšem pro Hanu nepředstavitelná situace. Hana si moc přála obě děti, rozhodla se tudíž, že na radu lékařky nedá a obě děti donosí. Byla to její touha a nehodlala se jí vzdát.

3) Hana dostala porodní bolesti po příjezdu domů z odběru plodové vody. Nepřipouštěla si, že by se mohlo jednat o předčasný porod. Nevěděla, co se děje. Vysvětlovala si to jako důsledek vyšetření. Bolesti se stupňovaly, proto se Hana chystala do nemocnice, v té chvíli jí praskla plodová voda. Tímto momentem si uvědomila, že se jedná o předčasný porod. Hana si myslela, že je všechno špatně. Tím, že o předčasném porodu nic nevěděla, nevěřila, že by její děti mohly přežít. Byla v šoku.

4) Hanu doprovázely zdravotní komplikace. Ona sama se cítila fyzicky velmi špatně. Prožívala strach a obavy. Přála si, aby ji někdo řekl pozitivní zprávu, o tom, že děti přežijí. Cítila se odevzdaně a doufala, že to dopadne dobře.

3.6.2.4 Luciino (1) prožívání před předčasným porodem

1) Lucie 1 vzhledem k tomu, že také čekala dvojčata, počítala s možností, že by mohla porodit dříve. Nemyslela si však, že o tolik dříve. Nebyla na to ani upozorněna lékařem. Nepřipouštěla si tuto možnost, tudíž ani nehledala žádné informace.

2) Luciino 1 těhotenství bylo plánované, podstoupila totiž umělé oplodnění. Na děti se těšila. Měla pro ně vybraná jména. Neočekávala, že by se mělo něco stát.

Byla v pozitivním rozpoložení.

3) Lucie 1 začala krvácet a proto odjela do nemocnice, kde jí ještě dva dny těhotenství udrželi. Jediné na co v tu chvíli myslela, byla příčina tohoto stavu. Neakceptovala danou situaci, což mohlo být způsobeno tím, že byla v šoku. Obávala se také, že to děti nepřežijí.

4) Lucie 1 začala opět krvácet. Byl to pro ni hrozný pocit. Situace na ni působila jako velmi rychlá, za což byla ráda. Lucie 1 se cítila špatně také z toho důvodu, že si myslela, že to vydrží v nemocnici ještě několik týdnů. Najednou ovšem nastala situace, která vyžadovala rychlé řešení, a ona si uvědomila, že opravdu porodí předčasně.

3.6.2.5 Markétino prožívání před předčasným porodem

1) Markéta vzhledem k tomu, že porodila své první dítě předčasně, byla na rozdíl od všech ostatních matek ve výhodě. Situace pro ni nebyla úplně neznámá. Také byla od začátku těhotenství monitorována lékařem.

2) Markéta se před počátkem těhotenství nacházela ve specifické situaci. Po prvním předčasném porodu si velmi přála, aby druhé těhotenství a porod proběhl normálně. Touha byla tak silná, že tomu věřila. Popírala možnost, že by se jí to mohlo stát znovu. Měla pocit, že při prvním porodu přišla o pocity euforie a že jí to chybí. S okamžikem otěhotnění dostala Markéta strach, že tomu tak nebude. Představovala si, jak dítě skončí na ARU, ale zároveň tady byla pořád ta představa normálního dítěte. Už jí ale tolik nevěřila. Žila zároveň v nejistotě a naději, že to dobře dopadne. Objevily se i problémy se spánkem. Nedokázala myslet na nic jiného, i když se snažila od těchto myšlenek oprostit a uklidňovat se. Bála se, že přijde den, kdy jí někdo naději na normální porod vezme. Když se u ní opět objevily stejné komplikace, šly obavy a naděje stranou a začala se soustředit na momentální stav. Bylo to způsobeno dřívější nejistotou. Ta Markétě nedovolovala připravit se na předčasný porod, protože stále doufala, že to dobře dopadne. Když se dozvěděla, že jiná šance není než předčasný porod, věděla, do čeho jde a se situací se smířila. Proto si Markéta svůj jiný stav neužívala.

3) Markéta začala krvácet a po příjezdu do nemocnice jí bylo oznámeno, že u ní opět propukla nemoc preeklampsie. Lékaři jí dali čtrnáct dní do porodu. Dítě v tu chvíli také mělo zdravotní problémy. Markéta se necítila psychicky dobře, věděla

totiž, co ji čeká, to samé si už jednou prožila. Nejvíce se bála toho, že to nemusí dopadnout dobře. Nicméně se hospitalizovat nenechala, slíbila, že bude denně dojíždět na monitory do nemocnice. Zdravotní stav dítěte se zhoršil, proto nastoupila Markéta hospitalizaci a domluvila se na plánovaném císařském řezu.

4) Plány se nakonec změnilly. Markéta dostala záchvat preeklampsie. Bylo nutné ihned přistoupit k porodu. Celou situaci Markéta prožívala v iluzi, že se jí vlastně nic neděje, že to vydrží do rána, kdy měla domluvený císařský řez. Nepřipouštěla si, že by měla porodit. Nechtěla ale ublížit dítěti, cítila se za něj zodpovědná, měla strach, tudíž došlo k tomu, že se zalarmoval zdravotnický personál, i když zpočátku Markétě zdravotní sestra nevěřila, a Markétu převáželi na sál. Lékař Markétě popisoval celou situaci, ale Markéta si stále nechtěla připustit, že bude rodit. Těsně před dovezením na sál se lékaře zeptala, jestli by to nepočkalo do rána. Neustále doufala, že to půjde podle původního plánu. Lékař ji ale vysvětlil, že je v ohrožení jak ona, tak dítě a že již zažil situaci, kdy to nedopadlo dobře. Markéta si v tu chvíli uvědomila, že porodí nyní, a podle toho přizpůsobila své chování. Začala poslouchat lékařovy pokyny.

3.6.2.6 Lucie 2) prožívání před předčasným porodem

1) Lucie 2 na možnost předčasného porodu nebyla upozorněna. Měla ovšem dřívější zkušenost. Narodil se jí předčasně bratranec. Nicméně se na předčasný porod nijak nepřipravovala a neinformovala se. Neměla k tomu ani žádný důvod.

2) Lucie 2 těhotenství bylo plánované. Probíhalo bez zdravotních komplikací a na dítě se moc těšila. Své těhotenství označila za pohodové. Představovala si, jak si dítě poveze z porodnice domů, měla pro něj i jméno. Lucie 2 na sebe byla v průběhu těhotenství velmi opatrná až přísná. Tím, že celé těhotenství probíhalo takto v pořádku, si Lucie 2 nepřipustila, že by se mohlo cokoli stát.

3) Lucie 2 dostala bolesti břicha na pracovní schůzce. Rozhodla pro odjezd k doktorovi. Ten ji prohlídnul a oznámil, že Lucie 2 rodí. Pro Lucii 2 to bylo velmi nečekané. Byla z toho v šoku. Čekala, co se bude dít dál. Když dorazila Lucie 2 do porodnice, stále věřila, že se s tímto stavem dá ještě něco udělat. Odmítala si připustit, že by rodila dnes. Zdravotní sestra se ji snažila uklidnit, ale Lucie 2 to nechápala, myslela si, že se porod dá zastavit. Lucie 2 vlastně neměla důvod si připustit, že rodí předčasně, jak sama řekla, byla „vzorná těhule“, žádné komplikace

nebyly, takže nebyl ani důvod rodit předčasně.

4) V momentě kdy Lucii prohlédla lékařka a oznámila, že se nedá nic dělat, že musí provést císařský řez, až tehdy si Lucie 2 uvědomila, že rodí předčasně. Celá situace jí přišla nesrozumitelná a velmi rychlá. Byla v šoku.

3.6.2.7 Společné znaky prožívání matek před předčasným porodem

Matky Klára, Hana a Markéta byly upozorněny lékařem na možnost předčasného porodu. Zbylé tři matky upozorněny nebyly. I přes tuto skutečnost Klára, Linda, Hana, Lucie 1, Lucie 2 nevyhledaly záměrně jakékoliv informace o předčasném porodu. Tudíž nebyly vůbec připraveny na situaci, která se jim stala. Markéta tvoří výjimku, jako jediná si předčasný porod již prožila, proto věděla, co jí čeká.

Navíc u každé z matek se alespoň v jedné ze čtyř kategorií vždy objevilo popření předčasného porodu. Nemyslely si, že zrovna ony porodí předčasně, že se to doopravdy stane. Tři matky Linda, Lucie 1 a Markéta si možnost předčasného porodu připustily, ovšem na situaci to nic nezměnilo.

Těhotenství těchto šesti matek také probíhala velmi odlišně. Shodují se pouze v tom, že těhotenství byla plánovaná. Na dítě se těšilo pět matek. Výjimkou byla opět Markéta, která se více než těšení se strachovala, že porodí předčasně. Pouze Linda a Hana měly během těhotenství zdravotní komplikace. Klára zažívala vnější rušivý vliv na těhotenství jako jediná.

Při zjištění, že matky rodí předčasně, Klára, Hana, Lucie 1, Lucie 2 vykazovaly známky šoku. Markéta nevykazovala známky šoku nejspíš proto, že situaci již znala. K přijetí situace, že opravdu matka rodí předčasně, došlo u Kláry, Lucie 1, Markéty a Lucie 2 až v době těsně před porodem. Jediná Hana si předčasný porod uvědomila již při odtoku plodové vody.

Klára, Hana, Lucie 1 a Markéta prožívaly před porodem obavy především z toho důvodu, že to nemusí dopadnout dobře. Obávaly se o život a zdravotní stav dítěte po porodu. Hana pocítovala strach, myslela si, že děti nepřezijí. Markéta taktéž prožívala strach, aby dítě bylo v pořádku. Pouze Lindu nenapadaly tyto myšlenky, na porod se těšila a byla zvědavá. Nejspíš proto, že ze všech matek rodila v nejpozdějším týdnu. Myslela si, že to není problém. Klára a Hana před porodem

doufaly, že vše dopadne dobře. Markéta také doufala, ovšem v to, že se dá porod ještě zastavit.

3.6.3 Psychologické aspekty prožívání matek v průběhu předčasného porodu

Průběh předčasného porodu je označení doby od převezení matky na porodní sál do doby, než se dítě narodí. Tento úsek v prožívání matek není tak rozsáhlý jako období před porodem a po porodu. Je to pochopitelné, čtyři matky z mého vzorku rodily císařským řezem, proto vzpomínky na toto období téměř nemají.

Vyplynuly mi dvě kategorie pro Kláru a Lindu, které rodily přirozeně:

1) Matčino vnímání porodu. 2) Vliv přítomnosti otce dítěte na prožívání porodu.

Pro ostatní matky jsem využila jen první kategorii.

3.6.3.1 Klářino prožívání v průběhu předčasného porodu

1) Matčino vnímání porodu.

Klára během porodu nepocítovala přílišnou fyzickou bolest. Přála si pouze, aby manžel stihnul porod. Měla pocit, že vše probíhá rychle. Se samotným porodem problém vůbec neměla. O sebe se vůbec neobávala, myslela pouze na dítě. Klára tedy porod prožívala pozitivně.

2) Vliv přítomnosti otce dítěte na prožívání porodu.

Klářin partner si přál být u porodu, i když Klára původně nechtěla. Když však začala rodit, tak si naopak přála, aby partner stihnul přijet. Ocenila především to, že ji uklidňoval a po porodu nebyla osamělá na porodním sále. Představoval pro ni jistotu. Přítomnost partnera u porodu pro Kláru hodně znamenala, pomohl jí jako psychická podpora.

3.6.3.2 Lindino prožívání v průběhu předčasného porodu

1) Linda taktéž nepocítovala přílišnou fyzickou bolest. O porodu měla jinou představu. Myslela si, že bude rodit několik hodin, ale porod proběhl rychle. Na pocity neměla čas, poslouchala pouze pokyny, co má dělat. Porod vnímala jako „krásný zážitek“. Linda také prožívala porod pozitivně.

2) Linda si přála mít partnera u porodu. Považovala to za psychickou podporu. Nechala na partnerovi, ať se sám rozhodne. Když došlo k porodu, partner byl přítomen. Ale Linda to nevnímala jako podporu, soustředila se na pokyny lékařů. Představy o utěšování na porodním sále se rozplynuly. Byla ovšem ráda, že tam partnera měla, protože mohl být u zrození svého dítěte. I když původně měla Linda odlišnou představu, realita byla jiná. Se situací se však vyrovnala a je ráda za to, jak to nakonec proběhlo.

3.6.3.3 Hanino prožívání v průběhu předčasného porodu

1) Hana rodila císařským řezem. I když situace byla akutní, ptala se lékaře, jestli by to nešlo přirozeně. Jakmile zjistila, že by byly ohroženy děti, smířila se okamžitě s tím, že to nebude podle jejích představ. Zdraví dětí bylo na prvním místě. Neustále prožívala velký strach, aby děti zachránili. Pravděpodobně z toho důvodu, že rodila ve velmi brzkém týdnu těhotenství. Hana podstoupila celkovou anestezii. Na porod jako takový vzpomínky nemá. Pouze zprostředkovaně od manžela.

3.6.3.4 Luciino (1) prožívání v průběhu předčasného porodu

1) Lucie 1 si nevězpomněla na pocity z průběhu předčasného porodu. Situaci vnímala tak, že ji uspali a pak se probudila. Taktéž rodila císařským řezem s celkovou anestezii. Je tomu tak pravděpodobně proto, že v jejím případě odvoz na porodní sál a zákrok byl velmi rychlý z důvodu zdravotních komplikací.

3.6.3.5 Markétino prožívání v průběhu předčasného porodu

1) Markéta, i když rodila císařským řezem a v celkové anestezii, si na pocity na porodním sále dobře vzpomíná. Přála si, aby už ji někdo konečně uspal, jelikož měla velké bolesti způsobené záchvatem preeklampsie. Cítila se ve stresu, protože ji měl operovat jiný doktor v důsledku akutnosti situace. Markéta měla důvěru k porodníkovi, se kterým byla domluvená, při představě, že ji bude operovat někdo cizí, cítila strach. Další stresor tkvěl v tom, že Markéta měla původně domluvenou místní (lokální) anestezii, při těchto komplikacích se ovšem muselo přistoupit k anestezii celkové. Markéta se bála, že to zdravotně ovlivní dítě. Nejhorší pro ni byl strach z toho, že celá situace je nepřipravená. Celou dobu přitom věřila, že stihne přijet manžel do nemocnice. Markéta je typ člověka, který potřebuje vědět na čem je. Ať už je skutečnost pozitivní nebo negativní. Pak se dokáže zmobilizovat a fungovat. Stres, strach, obavy prožívá v případě nejistoty a narušení plánů. Jak tomu bylo i v tomto případě.

3.6.3.6 Luciino (2) prožívání v průběhu předčasného porodu

1) Lucie 2 si také nebyla schopná vybavit vzpomínky. Cítila se velmi překvapeně, měla pocit rychlého sledu událostí. Rodila císařským řezem s celkovou anestezií. U Lucie 2 měl vliv na její prožívání rychlý průběh, kdy zůstávala ve fázi šoku.

3.6.3.7 Společné znaky prožívání matek v průběhu předčasného porodu

Klára a Linda rodily přirozenou cestou. Obě si uchovaly na porod pozitivní dojem a považovaly jej za rychlý. Ani jedna z nich nepociťovala přílišnou fyzickou bolest. S vnímáním podpory partnera u porodu se lišily. Klára partnera vnímala jako podporu a jistotu. Linda měla jinou představu o podpoře partnera, ale přesto byla ráda, že na porodním sále byl.

Hana, Lucie 1, Markéta a Lucie 2 rodily císařským řezem s celkovou anestezií. Hana a Markéta pocíťovaly na porodním sále strach. Hana se primárně strachovala o přežití obou dětí. Markéta prožívala strach, protože byla v akutní situaci a nic nešlo podle plánu, což mohlo ohrozit zdraví dítěte.

Lucie 1 a Lucie 2 si nebyly schopny vybavit pocity, pravděpodobně z toho důvodu, že u nich přetrvávala fáze šoku.

3.6.4 Psychologické aspekty prožívání matek po předčasném porodu

V období po předčasném porodu jsem se zaměřila na pocity matek těsně po předčasném porodu, na jejich průběh prožívání této situace, až do doby opuštění nemocnice spolu s dítětem. Zajímaly mne také faktory, které pomohly matkám s vyrovnáním se s předčasným porodem.

Opět jsem vytvořila na základě rozhovorů kategorie, ty se ale více liší oproti dřívějším dvěma stádiím, proto je uvádím u každé matky zvlášť.

3.6.4.1 Klářino prožívání po předčasném porodu

Kategorie: 1) Reakce bezprostředně po porodu. 2) Psychické rozpoložení v období hospitalizace matky. 3) Vliv společné hospitalizace na psychiku matky. 4) Vina na předčasném porodu.

1) Klára bezprostředně po porodu prožívala velký strach. Myslela si, že dítě bude mít závažné zdravotní komplikace. Strach ji okamžitě opustil, když viděla, že je dcera v pořádku. Naopak byla překvapená, že je takto velká. Ulevilo se jí. Vzápětí úlevu vystřídal napětí, jak to bude dál. Klára nepředpokládala, že dcera bude takto v pořádku, bylo to vyvoláno tím, že ji doktoři před porodem neustále upozorňovali, že na tom dítě může být špatně. Připravovala se tedy na všechno. Když viděla dceru, přirozeně nastalo překvapení a velká úleva. Dítě nemělo žádné zdravotní komplikace.

2) Klára na rozdíl od ostatních matek zůstala po celou dobu hospitalizace dítěte také v nemocnici. To, jak se Klára cítila, velmi ovlivňoval přístup personálu. Nejhůře nesla, že dítě nemá u sebe. Situaci označila za nepředstavitelnou, nesrovnatelnou. Bylo jí to líto. Nejčastěji myslela na to, jestli je dítě v pořádku. Pocity strachu z toho, co bude, stále přetrvávaly. I pocity napětí, vyvolané především tím, že lékaři nemohli říci, že je dítě v pořádku, i když to Klára potřebovala slyšet. Nepříjemně na ni působily dotazy příbuzných, na které neuměla odpovědět. Opět docházelo k lítosti. Měla pocit, že tato situace neskončí, že se neposune nikam dál. Příliš nevěřila tomu, že to dcera vše dožene. Velmi ji podporovali obojí rodiče, kteří si stejnou situaci prošli, partner, kterému se svěřovala se svými obavami, a taktéž matky na pokoji. Ty považovala za situaci nejlépe chápající.

3) Po přestěhování Kláry na společný pokoj s dcerou z ní obavy doslova spadly. I když měla pocit, že dítě ještě nemá pod úplnou kontrolou. Dcera stále patřila zdravotníkům. Klára musela dodržovat jejich pravidla. Negativně na ni působilo i prostředí nemocnice. Ale tyto pocity už byly druhořadé. Klára se snažila uklidňovat, že to všechno zvládne, jen když bude dítě v pořádku. Své psychické potřeby popírala, což se projevilo na jejím těle, dostala ekzém, jenž lékař posoudil jako psychického původu. To si ale Klára vůbec nepřipouštěla. Moc se těšila domů. Chtěla sdílet pokroky dítěte s partnerem doma. Měla potřebu se mu pochlubit, která

v nemocnici nešla naplnit. Klára tvrdí, že zvládla celou situaci díky tomu, že dcera byla bez zdravotních komplikací, a také proto, že pomáhala sestřám v činnosti na oddělení. V průběhu hospitalizace byla neustále upozorňována na různá rizika spojená s nedonošenectvím. Její dceři se ale vše vyhnulo, za což je Klára velmi ráda. Od společné hospitalizace se snaží myslet pozitivně. Občas ji přepadly nepříjemné pocity, když se potkala s dítětem, které bylo stejně staré jako její dcera, ale věkově a váhově větší. Což už se dnes neděje. Od společné hospitalizace se její prožívání posouvalo k pocitu štěstí a spokojenosti, šlo to k lepšímu. Má pocit, že se s touto situací vyrovnala. Nikdy se nelitovala, že porodila předčasně, nebo že musí být v nemocnici. Především proto, že kolem sebe měla srovnání a viděla, že to mohlo dopadnout mnohem hůř. Proto si nepřipouští, že její předčasný porod je problém. Největší oporou byl pro Kláru po celou dobu její partner.

4) Kláře byl oznámen důvod předčasného porodu hned po porodu. Po různých vyšetřeních se zjistilo, že Klára ani její dcera neměly žádné zdravotní komplikace, proto lékaři odůvodnili předčasný porod nedonošením samotné Kláry a jejího manžela, tedy genetickou záležitostí. Klára i přesto zažívala pocity strachu, aby to nebyla přímo ona, kdo předčasný porod způsobil. Došlo i k sebeobviňování. Dnes doufá, že to mu tak není, a věří, že to bylo dáno geneticky.

3.6.4.2 Lindino prožívání po předčasném porodu

Kategorie: 1) Reakce bezprostředně po porodu. 2) Převoz dítěte. 3) Psychické rozpoložení v období hospitalizace matky. 4) Dojíždění do nemocnice. 5) Vliv společné hospitalizace s dítětem na psychiku matky. 6) Vina na předčasném porodu.

1) Linda po předčasném porodu pocítovala velkou úlevu a těšila se na přivítání se s dítětem. Představovala si, že jí dítě hned po porodu přiloží k prsu a proběhnou první kontakty s dítětem. Vzhledem k tomu, že syn měl zdravotní problémy, hned po porodu ho odnesli a poté Lindě pouze na chvíli ukázali. Mohla si jen pohlédit jeho ruku. Linda se s tímto doposud nesmířila. Mrzelo ji, že s dítětem nemohla navázat první kontakt a cítila se tím poznamenaná, což se promítlo i do jejího pozdějšího prožívání. Když se Linda měla přijít podívat na syna k inkubátorům, nemohla se rozhodnout tam dojít. Bála se. Linda cítila, že mezi ní a

dítětem se nevytvořilo pouto, protože jí dítě odnesli. Při příchodu k inkubátorům tušila, že něco není v pořádku, pouze u jejího dítěte stály sestry a dítě hlídaly, nechtěly Lindě nic říct, musela počkat na lékařku. Prožívala šoky, v tom smyslu, že když k inkubátorům přišla a syn byl přestěhovaný, okamžitě cítila hrozný strach a obávala se nejhoršího. Šlo ale pouze o přestěhování kvůli světlu. Problém byl především v tom, že Linda nevěděla, co přesně synovi je. Nebyla informovaná.

2) Když bylo Lindě sděleno, že budou syna převážet do jiné nemocnice, otočila se a odešla s pláčem pryč. Cítila nespravedlnost, že porodila dítě a hned jí ho odnesli a jediné, co mohla, bylo se na ně dívat do inkubátoru. Prožívala odcizení od dítěte. Věděla, že dítě miluje, ale necítila se jako matka. Důvodem bylo, že neproběhl kontakt s dítětem ihned po porodu, jak si představovala. Lindě nebylo umožněno z kapacitních důvodů odjet spolu se synem. Při samotném převážení dítěte jí bylo nabídnuto, aby si dítě pohladila. Lindu vyděsily všechny přístroje, které mělo dítě u sebe, bála se, aby mu neublížila, takže jej jen letmo pohladila. Prožívala strach a úzkost, že jí dítě odvázejí pryč.

3) Pro Lindu bylo nejhorší období, když zůstala bez dítěte v nemocnici. Nejčastěji myslela na to, že jí syn umře. Čekala, až za ní přijde někdo se zprávou, že to syn nepřežil. Nedokázala myslet vůbec pozitivně. Prožívala velké napětí a lítost, že nemá syna u sebe, což se stupňovalo až k zoufalosti. Myslela si, že to sama nezvládne. A když ne ona, tak ani syn. Byla podezřívavá k informacím o zdravotním stavu dítěte. Pravděpodobně zde působil fakt, že byl Lindě odepřen kontakt s dítětem ihned po porodu, poté jej odvezli do jiné nemocnice a navíc neměla žádné konkrétní informace o synově zdravotním stavu. Nedokázala tudíž realisticky myslet a okamžitě podlehla černým scénářům. Mohlo to být způsobeno i šokem. Jelikož porod Linda prožívala velmi pozitivně a na dítě se moc těšila. Komplikace po porodu způsobily, že její představy se naráz rozptýlily. Linda se svým pesimistickým postojem tak mohla bránit případnému dalšímu zklamání. Nejvíce Lindě v těchto chvílích pomohl její partner, na kterého se Linda vyloženě upnula. Byl jediný, komu věřila. Utěšování rodiny a známých nevěřila. Nebyla ani schopná sdílet své prožitky s ostatními matkami v nemocnici. Byly v jiné situaci než ona. Linda jim nepřimo záviděla, že mají své děti u sebe a ona ne. Cítila nespravedlnost. Navíc byla velmi lítostivá, mluvila proto o svých pocitech pouze s partnerem. Lindě nebyla nabídnuta psychologická pomoc. Myslí si, že by jí to v jejím prožívání pomohlo tím způsobem, že by se lépe na situaci připravila.

4) Situace Lindy se trochu zlepšila, jakmile začala dojíždět do nemocnice za synem, každý den mu vozila mateřské mléko. Velkou roli hrálo to, že jí bylo přesně vysvětleno lékařem, jaké zdravotní komplikace syn má. Neustále ale pociťovala, že k synovi nemá takové pouto, jak by si představovala, a syn byl pro ni jakoby nereálný, byl od ní vzdálen. Zůstávaly prožitky strachu z každé návštěvy, kdy Linda nevěděla, jestli se situace lepší, horší, nebo jestli syn umřel. Stříдалo se napětí s chvilkovým uklidněním, když byl zrovna syn v pořádku. Vliv na tuto situaci mělo i to, že to Linda nikdy nezažila, že jí chyběla zkušenost, že nebyla připravená. Prožívala napětí, protože jí lékaři nebyli schopni dát jistotu, že je syn už v pořádku. Návštěvy syna se staly rutinou. Pokaždé si Linda prožívala to samé. Bála se otevřít inkubátor a syna pohladit. Když se ale dítěte dotýkala, byl to pro ni krásný zážitek. Linda se uklidnila v momentě, kdy byl syn mimo inkubátor. Poté začala myslet trochu více pozitivněji, ale bylo to pro ni stále psychicky náročné. Neustále myslela na syna, byla neklidná, nevěřila uklidňování ostatních členů rodiny. Dva dny před společnou hospitalizací si Linda mohla syna pochovat a na druhý den i nakrmit z láhve. Linda se cítila vyplašená, bylo to totiž poprvé od porodu. Měla strach, aby dítěti neublížila. Z tohoto období si Linda odnesla dobré vzpomínky na personál, kterému věřila, že se o dítě starají dobře, což ji uklidňovalo.

5) Linda měla velkou radost, že může být s dítětem hospitalizovaná. Byla nadšená a těšila se. Tím, že se teprve učila, jak s dítětem zacházet, u ní vyvolalo vyplašenost, aby dítěti neublížila. Bylo pro ni obtížné najednou pečovat o dítě, když do té doby jej opečovávaly sestry. Měla strach, protože to bylo poprvé. Myslela na to, že už by chtěla jít konečně s dítětem domů. Při společné hospitalizaci si během kojení Linda poprvé uvědomila, jak své dítě miluje a jaký to je pocit být matkou. Tato chvíle ji dojala. Linda věřila v pozitivní budoucnost. Linda po příchodu domů vidí smysl v neinformovanosti matek, říká si, že kdyby vše věděla, bylo by to pro ni nejspíš ještě horší. Syn nemá žádné zdravotní komplikace. Je na něj pyšná a je šťastná. Má ale pocit, že se s předčasným porodem nevyrovнала. Především proto, že neproběhl kontakt tělo na tělo po porodu a proto, že si myslí, že možná předčasný porod zavinila ona sama.

6) Linda se s předčasným porodem úplně nesmířila. Jedním z důvodů je i pocit, že za to mohla ona sama, že se to nemuselo stát. Příčina byla lékařem vysvětlena jako streptokok u matky, který se přenesl na dítě. Možná i to dává podnět Lindě k zodpovědnosti za její předčasný porod.

3.6.4.3 Hanino prožívání po předčasném porodu

Kategorie: 1) Reakce bezprostředně po porodu. 2) Psychické rozpoložení v období hospitalizace matky. 3) Ztráta dítěte. 4) Dojíždění do nemocnice. 5) Vliv společné hospitalizace dítěte na psychiku matky. 6) Vina na předčasném porodu.

1) Hana bezprostředně po porodu prožívala pocity velkého napětí, strachu, byla v šoku. Po císařském řezu se probudila na pokoji bez veškerých věcí a přemýšlela, co se vlastně stalo, nevěděla vůbec, jestli její děti přežily. Čekání bylo nekonečné. S příchodem lékaře se zprávou, že děti žijí, se Hana trochu uklidnila. Jediné, co ji zajímalo, jestli děti mají jména. Když se dozvěděla, že ano, byla pozitivně překvapená, že se o to manžel postaral.

2) Hana byla tři dny hospitalizována. Její dcera i syn byli každý v jiné nemocnici. U Hany se pocity střídaly. Hodně ji ovlivnil přístup personálu. Pociťovala především nervozitu, stres a strach o zdraví dětí. Nevěděla totiž, jak to bude pokračovat dál. Když jí bylo oznámeno, aby odstříkávala mateřské mléko, její pocity se zlepšily. Cítila se užitečná. Interpretovala si to tak, že se s dětmi počítá, že budou žít. Uklidnila se. Budoucnost začala vidět více optimisticky. Lékař jí dal naději. Vše se změnilo, když bylo Haně oznámeno, že její syn má vážné zdravotní komplikace. Hana si najednou uvědomila reálnost celé situace. V hlavě se jí promítly všechny důsledky. Přepadl ji pesimismus.

3) Hana musela ukončit hospitalizaci. V nemocnici syna si ji vyžádali k rozhovoru o jeho budoucnosti. Manžel Hanu velmi podporoval myšlenkou, že nesmí propadat depresím kvůli dcery. Hana šla do nemocnice s nadějí, že dítě ještě zachrání, že existuje nějaká skrytá možnost. Nemohla si situaci připustit. Hana nechtěla syna vidět. Strachovala se, že ji tento obraz bude pronásledovat, věděla, že je na tom syn hodně špatně. Po nevhodně podané poznámce personálu se Hana na dítě podívat nakonec šla. Neviděla mu do tváře, ale pohled ji šokoval, převažovala sklíčenost. Následoval nepříjemný rozhovor s doktorem, který Haně a jejímu manželovi doporučil dítě dále neresuscitovat v důsledku vážných zdravotních komplikací. Hana odcházela s tím, že ona rozhodla o tom, že její dítě nebude žít, cítila vinu. I když věděla, že se rozhodla, jak nejlépe mohla. Snažila se sama sebe uklidňovat. Když Haně manžel doma oznámil, že jejich dítě zemřelo, prožívala šok,

protože se to stalo ve stejný den, kdy vedli rozhovor lékařem, bylo to nenadálé. Hana prožívala smutek. Nebyla schopná své pocity sdílet s rodinou. Oporou jí byl manžel, se kterým se uzavřeli před okolním světem doma, pouštěli si pohádky a filmy se šťastným koncem. Nad vodou je držela také dcera. Hana se obávala kontaktu se sousedy, nechtěla situaci vysvětlovat a měla pocit, že se nedá s ničím srovnat. S čím se Hana nemohla dlouhou dobu smířit, bylo, že se nerozloučila se svým synem, když umíral. To ji mrzelo. Zpočátku si to Hana nepřipouštěla, ale později ji stejně dostihly výčitky a touha vrátit čas, aby to mohla udělat jinak. I když Hana vyhledala odbornou pomoc, dodnes si vyčítá, že se synem nerozloučila, že selhala jako matka.

4) Hana se po smrti syna soustředila především na dceru. Když ji poprvé viděla, střídaly se u ní pocity úžasu a zároveň strachu o její život. Byla v šoku, že si na ni může vůbec sáhnout. Vždy jezdila do nemocnice s pocity strachu, jak na tom dcera bude zdravotně. Ty se vzápětí střídaly s chvilkovým uklidněním, když bylo vše v pořádku, a smutkem, že musí od dcery odejít. Hana měla radost z každého pokroku, znamenal naději, a strach z každé komplikace. Obávala se, aby komplikace neskončila smrtí dítěte. Žila v napětí. Tak to probíhalo každý den. Její dítě pro ni znamenalo důvod, proč žít, a neuměla si představit, že ztratí i jej. Nejčastěji Hana myslela na to, zda je dítě v pořádku. Tím, že se Hana o předčasný porod neinformovala, nenapadaly ji důsledky, které by dcera mohla v souvislosti s nedonošenectvím mít, nechtěla si to ani připouštět. Pobyt dítěte v nemocnici se Haně zdál nekonečný. Pomohlo jí klokánkování, na které se vždy těšila. Byla z něj nadšená, ale zároveň se obávala, aby se to dítěti líbilo. Hana nebyla schopná sdílet své pocity se svým okolím. Svěřovala se především manželovi. Myslela si, že by jí to ještě více ublížilo. Kdyby Haně někdo nabídnul psychologickou pomoc, uvítala by to, což se ale nestalo. Když se Hanina dcera posunula z JIP na intermediální oddělení, Hana prožívala velké překvapení a radost. Začala myslet více pozitivně. Najednou si dokázala představit budoucnost.

5) Pobyt na rooming-in se zdál Haně paradoxně nekonečný. Především proto, že jej lékaři pořád odkládali. Těšila se domů a zároveň jí bylo líto, že manžel nemůže být s ní a dcerou. Přišlo jí to nespravedlivé. Cítila se odstřižená od lidí a vyčerpaná ze starání se o dítě. Při společné hospitalizaci s dcerou si poprvé začala připadat jako matka. Musela se spolehnout již sama na sebe. Některé obavy o dítě ještě přetrvávaly, ale již se nedaly srovnat s obavami dřívějšími. Když pro ni a dceru manžel přijel, splnil se Haně její sen. Myslí si, že se se situací vyrovnala, především

díky tomu, že její dcera neměla tolik zdravotních komplikací jako jiné děti a že si neodnesla žádný následek. Situaci bere s nadhledem.

6) Hana se nikdy přímo neobviňovala, že by za předčasný porod mohla. Nejspíš tím, že bylo stoprocentně prokázáno, že se tak stalo kvůli odběru plodové vody. Pouze nešetrným přístupem lékaře, který jí po předčasném porodu dal najevo, že bylo hloupé na odběr chodit, se u Hany vyvolal pocit viny. Ovšem důvěřovala lékaři, který jí to doporučil jako odborník, tudíž se s tím smířila.

3.6.4.4 Luciino (1) prožívání po předčasném porodu

Kategorie: 1) Reakce bezprostředně po porodu. 2) Psychické rozpoložení v období hospitalizace matky. 3) Dojíždění do nemocnice I. 4) Ztráta dítěte. 5) Dojíždění do nemocnice II. 6) Vliv společné hospitalizace s dítětem na psychiku matky. 7) Domácí prostředí. 8) Vina na předčasném porodu.

1) Lucie 1 měla pocit silné anestezie. Nevěděla přesně, co se první dva dny událo. Zprostředkovaně se od manžela a lékaře dozvěděla, jak jsou na tom zdravotně její děti. Jakmile mohla, odvezli ji za nimi k inkubátorům. Na Lucii 1 zapůsobilo, jak jsou děti malé a kolik mají přístrojů. Byl to pro ni hrozný pocit. V tuto chvíli ještě Lucie 1 nebyla schopna přijímat informace. Pravděpodobně z rychlého sledu událostí a přetrvávajícího šoku.

2) Lucie 1 byla hospitalizována na oddělení gynekologie. Myslela si, že je to tak schválně, aby ji nefrustrovalo, že děti nemůže mít u sebe. Brala to jako pozitivum. Mohla si povídat s matkami na pokoji ve stejné situaci. Byla schopná tedy pocity sdílet. Ale ne všechny. Lucie 1 je typ člověka, který si problémy musí nejdřív zpracovat sama v sobě, aby o nich poté mohla mluvit. Lucie 1 si vůbec nepřipouštěla, že by se mohlo něco stát. Těšila se z dětí a na to, až vyrostou a půjdou domů. Lucii 1 velmi negativně ovlivňovalo prostředí JIP. Cítila, že hospitalizované děti mají problém. Největší oporou byl pro ni manžel.

3) Po ukončení hospitalizace začala Lucie 1 každý den dojíždět do nemocnice za dětmi. Nosila jim mateřské mléko. Začala své děti klokánkovat, což jí přinášelo krásný pocit. Vždy přicházela s doufáním, že je vše v pořádku. Co ovlivnilo Luciino 1 prožívání, bylo, že některým informacím lékaře nedávala váhu, i když byly zrovna

podstatné. Byl to způsob, jakým se se situací vyrovnávala. Popírala negativní sdělení. Což se po smrti jejího syna změnilo. Lucie 1 si přizpůsobila přijímání informací tím, že lékař vždy jen kývnul, jestli je zdravotní stav dítěte dobrý nebo špatný. Když došlo ke sdělení závažnějších informací, poslechli si je s manželem oba dva a poté si je dávali dohromady, aby situaci porozuměli správně. Lucie 1 se tak bránila, aby se neopakovala stejná situace.

4) Smrt jednoho dvojčete byla pro Lucii 1 velkým šokem. Do té doby si nepřipouštěla, že by se mohlo něco takového stát. S každým dnem rostla naděje, že vše bude dobré. Tímto si uvědomila realnost celé situace, což se promítlo do jejího pozdějšího chování. V hlavě měla stále myšlenku „proč?“ Se smrtí jednoho ze synů se doposud nevyrovnala. Prožívá zlost, pocity nespravedlnosti a smutek. Lucie 1 se snaží se situací smířit. Odůvodňuje si to tím, že nemusela mít žádné dítě.

5) Po smrti dítěte se Lucie 1 bála chodit za druhým synem do nemocnice. Roli hrál strach, aby se situace nezopakovala, aby nepřišla další špatná zpráva. Jakmile došlo ke změnám na dítěti (nová kanyla), okamžitě se v Lucii 1 spouštěly ty nejhorší myšlenky. Neviděla vůbec budoucnost. Držela se při zemi. Situace byla pro ni natolik nesnesitelná, že nastoupila do práce. Lucie 1 se potřebovala vrátit do normálního života, tam, kde neměla tyto starosti. Na dítě pořád myslela a každý den za ním dojížděla do nemocnice. Myslí si, že se její prožívání změnilo, když se zorientovala v lékařské terminologii a také záviselo na přístupu personálu, ke kterému občas bývala podezřívavá. Situaci zvládala i díky podpory rodiny a kamarádů. Přesto pociťovala její nesrovnatelnost. Vždy si problémy musela prvně zpracovat sama v sobě. Tudíž moc nesdílela a možná proto vznikaly její psychické potíže a nevyrovnání se situací. To se potvrzuje i v situaci, kdy jí byla nabídnuta psychologická pomoc, kterou Lucie 1 odmítla.

6) Rooming-in přinesl Lucii 1 pozitivní pocity. I když se musela vyrovnat s tím, že už se o dítě nestarají ostatní ale ona sama. Pobyt doprovázely i obavy o dítě z toho důvodu, že je menší.

7) Po propuštění do domácí péče Lucii 1 trvalo, než si zvykla na novou situaci a přestali se s manželem hádat o maličkosti. Lucie 1 si totiž zpočátku nevěřila, že to zvládne. Problém měla především s potkáváním sousedů, cítila se nepříjemně, protože jim nechtěla nic vysvětlovat. Občas byla až ostražitá, ale záleželo na situaci, pociťovala výkyvy. Musela taktéž navštívit psychologa, se kterým řešila smrt prvního dítěte. I když se ani poté se situací nevyrovnala, konzultace s psychologem jí

pomohly. Dnes je vděčná, že za celou situaci a že má druhého syna, ze kterého má radost. Protože jí nebylo odpovězeno na spoustu otázek, vysvětluje si je pomocí osudu. Dodnes má o syna obavy, které si uvědomuje, ale nechce jej zbytečně vystavovat nepříznivým vlivům. Kdykoliv se musí vrátit do nemocnice, začne prožívat stres a strach. Předčasný porod změnil její pohled na zdravotnictví.

8) I když Lucii 1 nebyl odůvodněn předčasný porod, se situací se smířila. Přijala to jako danou věc, která se u dvojčat stává.

3.6.4.5 Markétino prožívání po předčasném porodu

Kategorie: 1) Reakce bezprostředně po porodu. 2) Psychické rozpoložení v období hospitalizace matky. 3) Dojíždění do nemocnice. 4) Vliv společné hospitalizace s dítětem na psychiku matky. 5) Domácí prostředí. 6) Vina na předčasném porodu.

1) Bezprostředně po porodu Markéta bojovala s vlastním zdravotním stavem, byla ohrožena na životě. Tudíž své pocity dokáže interpretovat až od prvního pohledu na syna.

2) První pohled na syna Markéta již tolik neprožívala jako u dcery. Ač cítila strach, lítost a obavy, tak v reálnější formě. Bála se konkrétních komplikací. Prostor již dobře znala, což se zrcadlilo v jejích emocích, které potlačovala. Nelekala se všech přístrojů a houkání, už si dokázala představit, co to znamená. Nebála se syna dotknout, což znamenalo, že se již tolik nestrachovala, že by syn zemřel, jako u dcery. U Markéty hrála velkou roli zkušenost s touto situací. Navíc měla doma dítě, které se výborně zadaptovalo po předčasném porodu. Věřila tedy tomu, že to dobře dopadne, což ji udržovalo v klidu. Dokázala i sama sebe uklidňovat. Soustředila se na řešení praktických úkolů, např. kojení. Snažila se být užitečná. Tímto způsobem situaci zvládala. Problémy měla Markéta s prostředím nemocnice, které na ni působilo velmi depresivně, a ovlivňovalo tudíž její náladu. Byla smutná a rozladěná. Nemohla ani sdílet své pocity se spolubydlící. Tentokrát Markétě nevadilo, že je na pokoji s další matkou a jejím dítětem, jak tomu bylo poprvé. Věděla, že když to dobře dopadne, také bude mít dítě u sebe na pokoji. Smířila se s tím. Situaci znepríjemňoval zdravotnický personál, který Markétu

přehlížel. Cítila se nedůležitě, i když byla v takto závažné situaci. Problém se vyřešil nadstandardním pokojem, kde se Markétina nálada zlepšila. Markéta byla překvapená, že může začít s klokánkováním druhý den, co syna viděla poprvé. Největší oporou byl pro ni její manžel.

3) Dojíždění do nemocnice probíhalo v podobném duchu, jako při hospitalizaci Markéty. Držení se faktů, doufání, že vše dobře dopadne, přání, aby se syn posouval. Jakoby plnil kroky, které si Markéta stanovila podle její dcery. Což ji vedlo někdy ke strachu, když se syn v něčem opozdil. Co Markétě pomáhalo celou situaci překonat, byly informace, potřebovala je slyšet, dokázala se na ně přímo ptát lékařů. Dodávalo jí to pocit, že má situaci pod kontrolou, že je na ni připravena. Proběhly ovšem i situace, kdy byla velmi vystrašená a lítostivá, když měl syn problém s klokánkováním, nebo technický problém s přístrojem na dýchání. Markéta mohla být v šoku, jelikož věřila v pozitivní budoucnost a najednou se vyskytl problém, což neočekávala. Strach prožívala především z důvodu, že už věděla, co přesně se synovi může stát. Nejhorší byla nejistota, když měl syn komplikace, jak to dopadne. Při příchodu do nemocnice zažívala stres a napětí, protože nevěděla, jak je na tom dítě zdravotně. Čekání ji dovádělo k myšlení na nejhorší. Má pocit, že se situace nedá srovnat. Potřebovala opět slyšet informace. V průběhu návštěvy se snažila být užitečná pro syna. Odcházela s chvilkovými oddechnutími. Návštěvy pro ni byly psychicky vyčerpávající. Markéta pocítila oddych, když syn začal trávit sám a odpojili mu infuzi. Jakmile začal dýchat sám, byla klidná. Prožívání Markéty velmi ovlivnil přístup personálu, klíčové byly i neverbální projevy. Oceňovala především empatii. Celé situaci ale mnohem více důvěřovala, že dobře dopadne, než u prvního dítěte, jakoby až popírala negativní konec. Podporou jí byl manžel. Nedokázala sdílet pocity s rodinou, potřebovala se soustředit na sebe a reprodukování informací a popisování jejího prožívání by pro ni bylo ještě horší. Markéta své pocity nedává příliš najevo, snaží se vystupovat racionálně.

4) Společná hospitalizace přinesla Markétě možnost sdílet své pocity s ostatními matkami. Byla jí taktéž nabídnuta psychologická pomoc, kterou přijala, ale přišla v době, kdy byla s předčasným porodem smířená, takže jí to příliš nepomohlo.

5) Když si Markéta dítě přivezla domů, cítila, že už je všechno v pořádku. Se situací se mnohem lépe vyrovnala na rozdíl od prožívání s dcerou. Tím, že syn nemá žádné vážné zdravotní problémy, cítí, že se k němu chová jako k normálnímu dítěti.

Má pocit, že se se svým předčasným porodem vyrovnala. Dokazuje to i nahléd, který na situaci má.

6) Za druhý předčasný porod se Markéta necítila zodpovědná. Tím, že jej způsobila nemoc preeklampsie a komplikace byly stejné, jak u dcery, tak u syna, smířila se s tím, že příčinu nemohla ovlivnit.

3.6.4.6 Luciino (2) prožívání po předčasném porodu

Kategorie: 1) Reakce bezprostředně po porodu. 2) Psychické rozpoložení v období hospitalizace matky. 3) Dojíždění do nemocnice. 4) Domácí prostředí. 5) Vina na předčasném porodu.

1) Po porodu u Lucie 2 převažovala velká nejistota, nevěděla, zda dítě žije. Do toho řešila závazky v práci. Je to z důvodu rychlého sledu událostí, kdy během tří hodin Lucie 2 nečekaně dítě porodila. Situaci oznámení o zdravotním stavu dítěte vnímala jako hroznou. Především proto, že si vůbec neuměla vysvětlit, co se stalo. Chtěla znát příčinu. V tomto Lucie 2 obviňovala sama sebe. Přemýšlela, co udělala špatně, že porodila předčasně.

2) První pohled na dítě u Lucie 2 vyvolal šok. Nechápala, jak se to mohlo stát. Pociťovala strach o dítě a měla pocit nesrovnatelnosti situace. Dítěte jí bylo líto a obviňovala se. Trápila se tím, že by to mohla způsobit ona sama. Dělo se tak proto, že Lucie 2 neznala příčinu předčasného porodu. Nebyla o předčasném porodu informovaná, tudíž ani připravená. Lucie 2 se ale snažila zmobilizovat síly a vyhledávala různé informace o předčasném porodu. Chtěla být pro dítě užitečná. Překvapivě rychle situaci přijala. Její celodenní činnost se zúžila pouze na dítě. Podporou jí byl partner a rodina. Sdílela své prožitky i s matkami na pokoji. Snažila se myslet pozitivně. Nejčastěji myslela na to, aby dítě bylo v pořádku.

3) Dojíždění do nemocnice nesla Lucie 2 dobře. Neustále se snažila myslet pozitivně. To se projevilo na tom, že si dokázala představit budoucnost, až si odveze dítě domů. I když se sem tam objevily i obavy z budoucích následků dítěte. Nejhůře jí bylo, když mělo dítě zdravotní komplikace. Zažívala vždy uklidnění a šok. Při příchodu panovala velká nejistota, jak na tom dítě bude. A při dlouhém čekání se projevilo i myšlení na nejhorší. Poté následoval oddych. Chození do nemocnice byla pro Lucii 2 rutinou. Přijala fakt, že od dítěte musí každý den odcházet, uklidňovala se

tím, že je v dobrých rukou. Její největší oporou byl partner a myšlenka, že si dítě odveze jednou domů. Byla jí také nabídnuta psychologická pomoc, kterou nepřijala, protože přišla později, než Lucie 2 potřebovala. Ocenila by, kdyby přišla dříve. Dcera Lucie 2 měla závažné zdravotní komplikace, jedna jí přetrvává dodnes, ale Lucie 2 to chápe jako velké štěstí, že to dcera takto zvládla.

4) Po příchodu domů má Lucie 2 pocit, že situace celou rodinu sblížila. A že její partner má s dítětem hlubší vztah. Má pocit, že se svým předčasným porodem vyrovnala. Popírá, že se jí to stalo. Reflektuje sama sebe, že k dítěti přistupuje zodpovědněji. Je vděčná, jak celá situace dopadla a váží si toho, protože by mohla dopadnout ještě hůř.

5) Lucie 2 po porodu obviňovala sama sebe, že jej zapříčinila. I když nevěděla, jakým způsobem. Trápila se tím a cítila se za to zodpovědná. Přes zjištění, že se jednalo o zánět placenty, stejně neutichly její myšlenky, proč se dítě narodilo předčasně. Snaží se s tím smířit, i když dodnes nechápe, čím zánět placenty vznikl. Ke smíření jí pomáhá, že mohlo být ještě mnohem hůř.

3.6.4.7 Společné znaky prožívání matek po předčasném porodu

Bezprostředně po porodu matky Klára, Linda a Hana prožívaly strach o zdravotní stav dítěte. Hana a Lucie 2 prožívaly napětí, nevěděly totiž, jestli jejich děti žijí. Napětí prožívala i Klára, kterou držela v nejistotě nejasná budoucnost. Lucie 1 si nebyla schopná vybavit pocity kvůli silné anestezii, stejně tak Markéta vzhledem k vlastním zdravotním komplikacím.

První pohled na dítě zasáhl především Hanu, Lucii 1 a Lucii 2. Prožívaly šok a strach. Především kvůli vzrůstu jejich dítěte a přístrojů kolem. Jelikož Klára a Linda rodily přirozenou cestou a jejich děti byly oproti ostatním poměrně velké, tyto pocity neprožívaly. Markéta byla vzhledem k dřívější zkušenosti oproti ostatním matkám klidnější, i když jí pohled na syna překvapil, taktéž z důvodu vzrůstu.

U všech matek kromě Lucie 1 jsem zaznamenala prožitky lítosti. Bylo jim líto bezmocných dětí, nebo že nemohou mít své potomky u sebe. Lítost u Lindy a Hany přecházela v zoufalost. Všechny matky také prožívaly neustálé napětí a strach v určitých fázích podle zdravotního stavu dítěte, jelikož jim nikdo nedal záruku, že je jejich dítě v pořádku. Stejně pocity vznikaly při příchodech do nemocnice kvůli informacím, které se měly dozvědět. Odchod naopak doprovázelo oddychnutí,

uklidnění, které opět vystřídalo napětí při dalším příchodu. Výjimkou je Klára, která za dítětem nechodila, byla s ním totiž celou dobu v nemocnici.

Lindě, Lucii 1 a Lucii 2 dojíždění za dítětem připadalo rutinní. Klára a Hana pociťovaly nekonečnost hospitalizace celkově v nemocnici.

U matek Lindy, Lucie 1, Markéty a Lucie 2 se vyskytovala subkategorie šoky. Tato subkategorie zahrnuje pocity, kdy změna na vzhledu dítěte nebo změna v jinak rutinní situaci vyvolá okamžitě pocity šoku, napětí a myšlení na nejhorší. Linda a Lucie 1 byly podezřívavé k personálu.

Nejčastěji matky myslely na zdravotní stav dítěte. Nejvíce matky pociťovaly první úlevu při překonání zdravotní komplikace dítěte.

Klokánkovat své dítě směly matky Hana, Lucie 1, Markéta a Lucie 2. Hana a Lucie 1 vyjádřily kladné pocity spojené s klokánkováním, zbylé dvě matky se k pocitům nevyjádřily.

Linda, Hana a Lucie 1 měly problém při společné hospitalizaci s dítětem s tím, že se musely najednou spolehnout samy na sebe. Linda a Hana si začaly připadat jako matky právě při společné hospitalizaci. Pocit, že své dítě nemají plně pod kontrolou i při společné hospitalizaci prožívaly Klára a Hana.

Přímo na negativní vliv prostředí na vlastní psychiku uváděly Klára, Lucie 1 a Markéta. Obrat k pozitivnímu myšlení zaznamenaly matky Klára a Linda od společné hospitalizace na rooming-in, Hana a Lucie 2 již, když za dítětem docházely do nemocnice, a Lucie 1 po porodu do smrti jednoho z dvojčat.

Všechny matky kromě Lucie 2 pociťovaly sílu vlivu zdravotnického personálu na jejich prožívání, jak kladnou tak zápornou.

Své pocity s rodinou nemohly sdílet Hana, Lucie 1 a Markéta. Potřebovaly se soustředit na sebe a problémy si řešily vnitřně. Naopak rodinu jako velmi podporující prvek chápaly Klára a Lucie 2. Největší podporu pro všechny matky představoval jejich partner. Hana, Lucie 1 a Lucie 2 s ním však nesdílely úplně vše. Co se týče sdílení s ostatními matkami na pokoji, byly Klára, Lucie 1, Markéta a Lucie 2 schopny si povídat o svých starostech. Klára a Lucie 1 zažívaly nepříjemné pocity při setkání se sousedy, nebylo pro ně jednoduché vysvětlovat, proč je dítě při svém věku takto malé. O vyhýbání se kontaktu se sousedy se snažila i Hana, měla pocit, že by její prožívání nedokázali pochopit.

Všechny matky kromě Lindy uváděly, že se tato situace nedá s ničím srovnat a je těžko nebo úplně nepochopitelná pro lidi, kteří si ji neprožili.

Odbornou psychologickou pomoc nabídli Kláře¹⁶, Lucii 1, Markétě a Lucii 2. Klára a Lucie 1 nabídku nepřijaly. Klára neměla tu potřebu a pro Lucii 1 bylo obtížné o tom mluvit. Nakonec stejně vyhledala psychologickou pomoc sama. Markétě a Lucii 2 psychologická pomoc nijak neprospěla, přišla v době, kdy byly se situací srovnané. Lindě a Haně psychologickou pomoc nenabídlly. Obě si myslí, že by jim to pomohlo v jejich prožívání situace. Totéž si myslí i Lucie 2, za předpokladu, kdyby nabídka přišla dřív.

Ve všech případech kromě Markéty matky považovaly za svůj největší handicap nepřipravenost na tuto situaci. Markéta byla ve výhodě díky dřívějšímu předčasnému porodu dcery.

Matka Klára, Hana, Markéta a Lucie 2 mají pocit, že se se situací předčasného porodu vyrovnaly. Linda a Lucie 1 si myslí, že se situací předčasného porodu nevyrovnaly.

3.7 Závěr

3.7.1 Odpovědi na výzkumné otázky

1. Jaké pocity prožívají matky před, v průběhu a po předčasném porodu?

Tuto otázku jsem zodpověděla ve výše zmíněných kapitolách Psychologické aspekty prožívání matek před, v průběhu a po předčasném porodu.

2. Ovlivnil předčasný porod vztah matky a dítěte?

Podle výsledků si dovoluji tvrdit, že vztah matky a dítěte po předčasném porodu musí projít mnohem větší zátěží než-li po porodu běžném. Roli hraje několik faktorů: okamžité oddělení matky od dítěte bezprostředně po porodu, nemožnost o dítě pečovat, nemožnost dítě kojit, závažné zdravotní komplikace dítěte.

Jak matky samy uváděly, těžko prožívaly, že nemohou mít dítě po porodu u sebe a pečovat o něj. I při společné hospitalizaci jej pořád měl někdo pod kontrolou. Doteky dětí a klokánkování v nich vyvolávaly velmi kladné pocity až prožitky štěstí, protože jich nebylo tolik.

Cestu ke svému dítěti si musela obtížněji najít Linda. Jako jediná z matek

¹⁶ V rozhovoru není zmíněno, Klára si vzpomněla na odchodu při vypnutí diktafonu, že dostala kontakt na psychologa, který nevyužila.

prožila nečekaným oddělením od dítěte pocit odcizenosti a nereálnosti. S odlišným počátkem příchodu jejího syna na svět se dodnes těžko vyrovnává. Lucie 1 explicitně vyjádřila, že se o své dítě mnohem více bojí, protože ví, co všechno mu může hrozit. Dokázala si sama uvědomit, že je matkou úzkostlivou a přecitlivělou. Také Lucie 2 vyjádřila, že k dítěti přistupuje mnohem více zodpovědněji, váží si totiž toho, že to takto dobře nemuselo dopadnout, a pociťuje, že ji zkušenost předčasného porodu s dítětem sblížila.

3. Kdo/ co pomáhalo matkám situaci předčasného porodu zvládnout?

Jednoznačnou odpovědí u všech matek bylo, že jejich největší oporou byl pro ně partner. Některým matkám pomáhala podpora (uklidňování) rodiny. Jiné z matek se cítily lépe při sdílení prožitků s ostatními matkami na pokoji. Prožívání matek se také zlepšilo s pokroky dítěte, či přeložením potomka na „lepší“ oddělení.

Kláře konkrétně pomohl především fakt, že její dítě nemělo žádné zdravotní komplikace. Linda se cítila lépe díky vstřícnému přístupu sester a lékařů ošetřujících její dítě. Haně pomohlo, že se s manželem uzavřeli vůči okolnímu světu. Lucii 1 prospěl návrat do práce. Markéta situaci lépe snášela díky možnosti srovnání předčasného porodu dcery a syna. Lucie 2 pomohla nejvíce vidina šťastné budoucnosti.

Zajímavé je, že když byla některým matkám nabídnuta odborná psychologická pomoc, matky ji buď nevyužily, nebo jim nepřišla příliš přínosná. Naopak matky, kterým psychologická pomoc nabídnuta nebyla, by ji rády uvítaly a jsou přesvědčeny, že by jim pomohla.

4. Vyrovnaly se matky s prožitkem předčasného porodu?

V souboru matek se se zkušeností předčasného porodu vyrovnaly čtyři matky (Klára, Hana, Markéta, Lucie 2). Jako nejčastější důvod uváděly uvědomění si, že to mohlo dopadnout ještě mnohem hůř. Na základě srovnání situace vlastního a cizího dítěte se tak dokázaly se situací smířit.

Zbylé dvě matky mají pocit, že k vyrovnání nedošlo. V případě Lindy tkví hlavní důvod opět v tom, že jí znemožnili zahájení interakce s dítětem ihned po porodu. Mrzí ji, jak se to událo. Roli hraje i to, že Linda neví, jestli situaci nezapříčinila nějakým způsobem ona. Nerozumí, proč se to vlastně stalo. Lucie 1 se se situací nevyrovnala proto, že přišla nečekaně o jedno dítě. Cítí nespravedlnost.

Snaží se se situací smířit. Pomáhá jí k tomu myšlenka, že je to osud, že to tak má být. Jiným způsobem si uspokojivě smrt dítěte nedokáže vysvětlit. Po vyhledání a konzultacích s psychologem se Lucie 1 sice cítí lépe, ale nemění to nic na tom, že situaci stále nepřijala.

4 Diskuze

4.1 Porovnání výsledků s teorií prof. Zdeňka Matějčka

První fázi Matějčkovy teorie (2011) zaujímá Otřes, šok, ohromení z prvotní informace a z pochopení jejího smyslu. U pěti z šesti matek (Klára, Lindy, Hany, Lucie 1, Lucie 2) se prokazatelně šok vyskytnul při zjištění předčasného porodu. Jen u jediné (Markéty) chyběl a to z toho důvodu, že matka situaci dobře znala, prodělala již jeden předčasný porod. Dvě matky (Klára, Lucie 2) ani po explicitním oznámení lékaře o předčasném porodu nebyly schopny tuto informaci přijmout. Stalo se tak až několik chvil před porodem.

Druhou fázi Matějček nazývá jako Reakci zoufalství, beznaděje, akutního smutku. Prožitky zoufalství a beznaděje prožívala jako jediná Linda. A to především v době její hospitalizace a odvezení syna do jiné nemocnice. Pociťovala neúnosnost situace a myslela si, že když to nezvládne ona, tak ani syn. Vykazovala známky deprese. Smutek pociťovaly Hana a Lucie 1, ale pokud bychom pod smutek zahrnuli i lítost, tak tento pocit zažívaly všechny matky.

Třetí fáze je fáze Obranné tendence, jež mohou mít podobu „popření skutečnosti“, „hledání viny a viníka“, „sebeobviňování“, „protestu proti skutečnosti“, mnohdy s agresivním vyhrocením. Podle výsledků tvrdím, že žádná z matek nevykazovala agresivní tendence. Ovšem ostatní obranné tendence se u matek vyskytovaly. Nejčastější obrannou tendencí vyskytující se u všech matek bylo popření (předčasného porodu, nepříjemných zpráv, hrozících zdravotních následků, celé události). Obranná tendence hledání viny a viníka je zřejmá u Lucie 1 a také u Lucie 2. Lucie 1 se tak snažila vyrovnat s úmrtím dítěte. Lucie 2, z naprosté nepochopitelnosti a rychlého průběhu celé situace, po porodu neustále přemýšlela, kde se stala chyba, kdo za to může. Sebeobviňování se vyskytlo u čtyř matek (Klára,

Lindy, Hany a Lucie 2). Pramenilo především z důvodu neznalosti příčiny, či špatně podaného vysvětlení lékaře. Jediná z matek Linda přemýšlí o své vině na předčasném porodu dodnes. Pakliže rozumíme protest proti skutečnosti například i to, že matka odejde do práce, snažíc se nepřemýšlet nad celou situací, pak se tato obranná tendence vyskytla jednou u matky Lucie 1.

Poslední fáze, nazvaná jako Postupné přijímání reality a její pozitivní zpracování, probíhala stoprocentně u matek, které se s danou situací vyrovnaly (Klára, Hana, Markéta, Lucie 2).

Matky Linda a Lucie 1 s tímto přijímáním reality mají trochu problém. Lindě stojí v cestě nezpracování si okamžiku odnesení syna po porodu. Lucii 1 nevysvětlitelnost situace, proč její syn zemřel. Obě se snaží se situací vyrovnat a vidět ji pozitivně, ale úplné přijetí je otázkou budoucnosti.

4.1.1 Shrnutí

Podle mého názoru teorie prof. Zdeňka Matějčka, ač nebyla záměrně vytvořena pro matky, jež předčasně porodily, prokazuje velmi významnou spojitost s prožíváním matek po předčasném porodu s reakcemi matek na nemoc s nepříznivou prognózou jejich dětí.

Ne všechny matky prožívaly každou z fází, což je běžné s ohledem na variabilitu lidské psychiky a jistě se tak děje i u matek dětí nemocných s nepříznivou prognózou. Ovšem na druhou stranu ani jedna ze čtyř fází nezůstala neobsazena.

Proto si myslím, že tuto „nadčasovou“ teorii by měli znát především všichni psychologové, lékaři a sestry, kteří přicházejí do styku nejenom s matkami, ale i s otci a rodinami předčasně narozených dětí, aby jim lépe porozuměli a přizpůsobili své chování vůči nim.

4.2 Ovlivnitelnost výsledků

I když jsem se snažila udržet co největší objektivitu, jak při sběru dat, tak při vyhodnocování výsledků, existují faktory, které by mohly vyvozené závěry ovlivnit.

Mezi ně zahrnuji tykání se dvěma matkami Klárou a Lindou. Ani jednu z matek jsem osobně do doby rozhovoru neznala. Byly mi doporučeny kolegyní a tykání nabídly ony. Já jsem tykání přijala z toho důvodu, že jsem nechtěla ztratit

jejich důvěru. Tykáním jsme mohly vytvořit intimnější atmosféru a tím i detailnější informace, proto ostatní matky mohly být v nevýhodě.

Dále mohla výsledky ovlivnit nesourodost výzkumného souboru, i když byla předem dána kritéria. Mohla být ovšem přísnější, aby si matky ve svých prožitcích byly více podobné a výsledky pak více přesné.

Matky se lišily například v tom, že Markéta měla obě děti nedonošené a v rozhovoru tudíž mluvila o obou, i když původní záměr bylo vést rozhovor o synovi. Mohlo tak dojít k omezení části výpovědi na úkor vyprávění o starší dceři. Také její předchozí zkušenost s předčasným porodem značně ovlivnila výsledky. Markéta se skoro ve všech aspektech prožívání od ostatních matek lišila. Byla mnohem lépe připravená a vyrovnanější.

Matky Klára a Linda se od ostatních matek odlišovaly tím, že obě rodily přirozenou cestou a jejich dítě spadalo do kategorie normální a nízká porodní hmotnost, na rozdíl od všech ostatních matek, jejichž děti byly v kategorii extrémně nízká porodní hmotnost. Jejich prožitky z porodu byly jiné než-li u matek rodících císařským řezem s celkovou anestezií. To se promítlo i do navazování vztahu s dítětem, kdy v případě Kláry převažovala neustálá lítost, že nemá dítě u sebe na pokoji a v případě Lindy po odvezení syna po porodu do jiné nemocnice nastaly pocity odcizení a nereálnosti dítěte. Ostatní matky oddělení od dítěte takto silně neprožívaly. Mohl to také ovlivnit fakt porodní hmotnosti, kdy u dětí s extrémně nízkou porodní váhou matka ani neočekává, že by mohla mít dítě u sebe, protože se dítě nemůže obejít bez inkubátoru. Kdežto matky, jež sice porodily předčasně, ale jejich děti měly nízkou nebo normální porodní hmotnost, neviděly důvod, proč s dětmi nemohou být.

Poslední odlišnost v souboru matek zastupovaly matky Hana a Lucie 1 a to ze dvou důvodů. Obě dvě čekaly dvojčata a po porodu jedno z jejich dětí zemřelo. Musely se tedy ještě v průběhu prožívání po předčasném porodu vyrovnávat s touto skutečností. Hanu smrt jejího dítěte ovlivnila v tom, že se upnula na dceru, která přežila a stala se jejím smyslem, proč dále žít. Luciino 1 chování se po smrti jejího syna taktéž změnilo. Do nemocnice na každou návštěvu začala chodit s mnohem větším strachem, co kdyby se to stalo znova. Také se změnilo její původní pozitivní myšlení a těšení se domů na mnohem realističtější prožívání celé situace předčasného porodu.

Výše zmíněné faktory mohly ovlivnit celkové výsledky studie. Pro zlepšení

k dalšímu výzkumu bych navrhla upravit kritéria pro výběr matek. Především týden narození dítěte, váha, jedno dítě nebo dvojčata, atd. Myslím si také, že zahrnutí prožívání otců předčasně narozených dětí do výzkumu, by přineslo komplexnější představu o tom, jak matky předčasný porod prožívají. Z důvodu rozsahu studie to ovšem v mém případě nebylo možné.

4.3 Využitelnost získaných poznatků v praxi

Podle mého názoru může popsání prožívání žen předčasně rodících být přínosem jak pro odbornou, tak pro laickou veřejnost, jelikož není tomuto tématu současně věnována velká pozornost, i když se situace stále zlepšuje. Toto popsání totiž dokazuje, že předčasný porod není pouze o fyzické stránce věci, ale velkou měrou také o té psychické. Právě pomocí zmapování pocitů a psychických potřeb matek předčasně narozených dětí, můžeme přispět k lepšímu pochopení jejich duševního rozpoložení a zároveň přizpůsobit své chování vůči nim a taktéž poskytovanou pomoc.

Vzhledem k tomu, že informovanost o problematice psychického prožívání předčasného porodu není v řadách psychologů příliš rozšířená, zastupují jejich úlohu v českých nemocnicích lékaři a zdravotní sestry. To ovšem není primárně v jejich kompetencích. Často se pak stává, že nesprávný přístup zdravotnického personálu vede ještě ke zhoršení celého prožívání matek se zkušeností předčasného porodu. I když by tomu tak nemuselo být, kdyby znali jednotlivé fáze, kterými si tyto matky ve svém prožívání procházejí. V ideálním případě by pak na odděleních nemocnic, kde jsou hospitalizovány nedonošené děti či samotné matky, měl působit psycholog se znalostí dané problematiky, aby pomohl, především včas, matkám v této nelehké situaci. Měl by vědět, v jaké fázi prožívání se matka momentálně nachází, poskytnout jí informace o prožívání předčasného porodu a podpořit ji, aby nedošlo k narušení vztahu matka a dítě, či dokonce ke vzniku některých psychických poruch. Zajisté by měl také pracovat s rodinou předčasně rodící ženy za účelem podpory její soudružnosti a porozumění v období po předčasném porodu. To je ale otázkou budoucnosti.

Proto se domnívám, že poznatky, které jsem získala díky svému výzkumu, by měly sloužit k rozšíření povědomí o psychologické stránce předčasného porodu. Jsou určeny zejména psychologům, lékařům, zdravotním sestrám, ale i rodinám žen se

zkušeností předčasného porodu, protože jedině informovanost o tom, co tyto ženy prožívají, může vést k tomu, že k nim nebude nevhodně přistupováno a dostane se jim pozornosti, kterou opravdu potřebují.

5 Závěr

Když jsem začala psát tuto bakalářskou práci, netušila jsem, jak mne poznatky a zkušenosti, které jsem během jejího zpracovávání získávala, obohatí.

Myslím si, že jsem skrze rozhovory s matkami předčasně narozených dětí získala zcela nový pohled na téma porodu.

Porod totiž nemusí proběhnout tak, jak jsme si jej vysnili. Můžeme se den ze dne vyskytnout v situaci, která po nás žádá, abychom se rychle zmobilizovali a uvědomili si, že to, co jsme si tak dlouho idylicky představovali, bude úplně jinak. Je to situace, na kterou se člověk nepřipraví. Ještě do poslední chvíle doufá, že se nestane právě jemu. Matky si pak prochází nejrůznějšími pocity. Mezi ty hlavní patří dozajista strach (o život dítěte, z komplikací, z budoucnosti, z trvalých následků ...), lítost (z oddělení od dítěte, že dítě trpí ...) a napětí (z nejistoty). Velmi často se u těchto matek projevují obranné mechanismy, především popření a hledání viníka. Tyto ženy se vyrovnávají odlišnými způsoby podle jejich způsobů zvládnání zátěžových situací. K tomu jim pomáhá zejména fakt, že dítě dělá pokroky, že nemá zdravotní komplikace, že to mohlo dopadnout ještě mnohem hůř. Svou velice významnou roli hraje určitě i podpora partnera každé matky, rodina a matky ve stejné situaci. A taktéž přístup zdravotnického personálu, který má velkou moc nad psychickým rozpoložením matky nedonošeného dítěte.

Zda se s touto situací ženy vyrovnají, to už závisí na každé z nich, do jaké míry v ní dokáží vidět pozitivum a její smysl.

Když jsem zpracovávala teoretickou část, uvědomila jsem si, jak málo informací o prožívání předčasného porodu rodiči nedonošených dětí máme. Chybí publikace, jež by nabízely výzkumy či ucelené teorie na toto téma. Informovanost o psychické stránce předčasného porodu je v České republice ještě opravdu malá. I když se zvyšuje počet rodičů, kteří si zkušeností předčasného porodu prochází. Jedním z hlavních důvodů je, že díky rychlým technickým i medicínským pokrokům stoupá i počet zachráněných dětí velmi nezralých, jež by bez těchto podmínek nebyly schopny přežít. Pro mnohé z těchto rodičů je nesmírně důležité, aby jim v této zátěžové situaci, kterou předčasný porod dozajista je, byla nabídnuta včasná, vhodně zvolená psychologická pomoc, jak se ukázalo mimo jiné i v praktické části mé práce ve vlastním výzkumu.

Nechci ale působit pesimisticky. Naštěstí se psychologickou problematikou předčasného porodu zabývají v určité míře i čeští vývojoví psychologové, poradenští psychologové, lékaři aj., kteří své poznatky poskytují v rámci rozsáhlejších

publikací.

Věřím, že jsem svou prací poskytla ucelenou představu o významném tématu předčasného porodu a podnítila zvědavost o tuto problematiku. Myslím si, že je otázkou času, kdy budou psychologové žádáni o své služby i na odděleních českých porodnicí a perinatologických center, ještě v mnohem větší míře, než je tomu doposud.

6 Seznam použité literatury

DAVIS, L.; EDWARDS, H.; MOHAY, H.; WOLLIN, J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*. 2003, roč. 73, č. 1-2. ISSN 0378-3782.

DITTRICHOVÁ, J.; PAPOUŠEK, M.; PAUL, K. a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada, 2004. 192 s. ISBN 80-247-0399-8.

DORT, J. a spol. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum, 2004. 101 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0790-5.

ELKLIT, A.; HARTVIG, T.; CHRISTIANSEN, M. Psychological Sequelae in Parents of Extreme Low and Very Low Birth Weight Infants. *J CLin PSychol Med Setting*. 2007, roč. 14, č. 3. ISSN 1068-9583.

HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

HONZÁK, R. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf, 1995. 70 s. ISBN 80-85800-05-5.

KARATZIAS, T.; CHOULIARA, Z.; MAXTON, F.; FREER, Y.; POWER, K. Post-traumatic Symptomatology in Parents with Premature Infants: A Systematic Review of the Literature. *Journal of prenatal and perinatal psychology and health*. 2007, roč. 21, č. 3. ISSN 1097-8003.

LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

MACKŮ, F.; MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada, 1998. 328 s. ISBN 80-7169-589-0.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

PEYCHL, I. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. Praha: Galén, 2005. 164 s. ISBN 80-7262-283-8.

PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada, 1996. 184 s. ISBN 80-7169-334-0.

PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2008. 180 s. ISBN 978-80-7367-501-1.

RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.

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

SIKOROVÁ, L.; SUSZKOVÁ, M. Benefity metody klokánkování pro nedonošeného novorozence - Evidence based practice. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2011, roč. 2, č. 3. ISSN 1804-2740.

SOBOTKOVÁ, D. Týmová spolupráce a rodičovská role v nejranější péči o předčasně narozené děti: výhledy do budoucna. In *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence 2001*. Spracovala Martina Pilařová a Petr Pöthe (ed.). Praha: Futurum, 2001.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.