

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie
Sociální psychologie

**PSYCHOLOGICKÁ INTERVENCE U MATEK
NEDONOŠENÝCH DĚTÍ**

(Psychological Intervention for Mothers
of Premature Newborns)

Disertační práce

Vedoucí disertační práce:
Doc. PhDr. Lenka ŠULOVÁ, CSc.

Vypracovala:
Mgr. Milada MATOUŠOVÁ

Praha 2011

Děkuji doc. PhDr. Lence Šulové, CSc. za odborné vedení disertační práce, za všechny cenné připomínky, ale také za její trpělivost, podporu a důvěru.

S úctou vzpomínám a děkuji prof. PhDr. Oldřichu Mikšíkovi, DrSc. za pomoc s metodologickou částí výzkumu, za jeho rady a zájem o výsledky mé práce.

Doc. MUDr. Jan Janota, Ph.D. a doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc. mi laskavě umožnili sbírat data pro tuto práci na jejich oddělení, za což jim velmi děkuji.

Děkuji pí. Pavle Kovářové, pí. Janě Matějkové a pí. Daně Melicharové za pomoc s formální úpravou disertační práce a za všechny rady, opravy a připomínky.

Děkuji svým rodičům, manželovi, dětem a všem, kteří mě vždycky podporovali, ať již ve studiu nebo v mém osobním životě.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 31. března 2011

Abstrakt

Disertační práce je zaměřena na problematiku předčasného porodu a vlivu narození nedonošeného dítěte na psychický stav jeho rodičů. Zejména matky nedonošených novorozenců zpravidla prožívají předčasný porod velmi negativně, ale jedná se o složitou životní situaci, která klade zvýšené nároky na oba rodiče, resp. celou rodinu. Stupeň nezralosti a zdravotní stav nedonošeného dítěte zásadním způsobem ovlivňují a narušují kontakt a ranou interakci rodič-dítě, což má vliv na celý vývoj jejich vzájemného vztahu. S následky nedonošenosti se mohou rodiče i dítě vyrovnávat dlouhou dobu, protože nezralost dítěte při narození s sebou nese riziko zdravotních problémů po celý jeho život

Lékařská péče o nedonošené novorozence je v České republice na vysoké úrovni a statistické ukazatele péče o tyto děti se drží v celosvětové špičce. V rámci komplexního přístupu k tělesnému a duševnímu zdraví jedince by bylo žádoucí doplnit vynikající lékařskou péči o předčasně narozené děti o psychologickou podporu a pomoc věnovanou jejich rodičům, a později, v případě potřeby, celé rodině.

Klíčová slova: rizikové těhotenství, předčasný porod, prenatální vývoj, hranice viability, nedonošený novorozenec, raná interakce, kojení, péče o dítě

Abstract

The dissertation thesis focuses on the problem of premature delivery and the effect of a premature newborn on his parents' mental state and feelings. In particular, mothers of premature infants usually experience premature delivery in a very negative way. It is a difficult life situation, which increases demands on both parents, respectively on the whole family. The level of immaturity and medical condition of the premature child significantly affect and violate the natural contact and the early parent-child interaction, which in turn affects the development of their relationship. The consequences of the premature birth for parents and children may last very long, because the immaturity at birth carries a risk of health problems for the whole life.

Medical care of premature newborns in the Czech Republic is at the high level and statistical indicators of this specialized care are at the top. In order to archive the best results, excellent medical care for premature infants must be completed by specialised psychological support and assistance given to the parents and whole families.

Key words: risk pregnancy, premature delivery, prenatal development, limit of viability, premature newborn, early interaction, breastfeeding, child care

OBSAH

Teoretická část	13
<u>Úvod</u>	13
<u>1. Náročné životní situace</u>	15
1.1. Narození nedonošeného dítěte jako náročná životní situace.....	17
1.2. Veřejnost a problematika nedonošenosti.....	21
<u>2. Těhotenství a porod</u>	23
2.1. Průběh těhotenství	23
2.1.1. První trimestr.....	25
2.1.2. Druhý trimestr	26
2.1.3. Třetí trimestr.....	27
2.1.4. Předporodní kurzy a příprava k porodu.....	29
2.2. Těhotenství fyziologické, rizikové, patologické	30
2.2.1. Vícečetné těhotenství	31
2.3. Porod, klasifikace porodu.....	32
2.3.1. Průběh porodu	33
2.3.2. Šestinedělí	35
2.4. Předčasný porod	37
2.4.1. Příčiny předčasného porodu	37
2.4.2. Diagnostika a terapie předčasného porodu.....	40
2.5. Syndrom mrtvého plodu.....	40
2.6. Mateřské úmrtí	46
2.7. Systém péče o těhotné ženy a rodičky v ČR	49
2.7.1. Stručný nástin historie	49
2.7.2. Současná situace.....	51
2.7.3. Perinatologická a intermediární centra v ČR	53
2.7.4. Převoz novorozence, transport „in utero“	54
<u>3. Prenatální vývoj dítěte</u>	56
3.1. Preembryonální období	56
3.2. Embryonální období.....	58
3.3. Fetální období.....	60
<u>4. Nedonošený novorozenec</u>	67
4.1. Základní demografické pojmy	67
4.2. Klasifikace novorozenců a vymezení novorozeneckého období	68
4.3. Zjišťování zdravotního stavu a poporodní adaptace novorozenců.....	70
4.4. Fyziologický novorozenec	71
4.4.1. Péče o fyziologického novorozence	73
4.5. Nedonošený novorozenec	77
4.5.1. Klasifikace nedonošených novorozenců	78
4.5.2. Nejčastější zdravotní komplikace nedonošených novorozenců	79
4.5.3. Péče o nedonošené novorozence	84
4.5.4. Raná interakce rodičů s nedonošeným dítětem	84
4.5.5. Propuštění do domácí péče.....	86

4.5.6. Prognóza.....	88
4.5.7. Psychologické problémy a chování nedonošených novorozenců	89
4.5.8. Korigovaný věk	91
4.6. Výživa nedonošeného dítěte.....	92
4.6.1. Kojení jako přirozená výživa novorozenců.....	92
4.6.2. Kojení nedonošených dětí	95
4.6.3. Kojení dvojčat (trojčat)	98
4.6.4. Alternativní metody krmení novorozenců.....	99
4.6.5. Umělá výživa.....	100
4.7. Přenášený novorozenec	101
4.8. Syndrom náhlého úmrtí kojence	102
4.8.1. Definice SIDS, rizikové faktory a doporučená prevence	102
4.8.2. Rodičovské organizace.....	105
4.8.3. Ambulance SIDS v České republice	106
5. Péče o rodiče nedonošeného dítěte	107
5.1. Komunikace s rodiči nedonošeného dítěte.....	107
5.2. Rady rodičům nedonošeného dítěte	111
5.3. Reakce nejbližšího okolí rodičů	113
5.4. Možné způsoby pomoci rodičům nedonošeného dítěte	114
5.4.1. Nedoklubko, o. s.....	115
5.5. Komplexní péče o celou rodinu	117
6. Etické problémy týkající se předčasných porodů	121
6.1. Hranice viability a zahájení péče o předčasně narozené novorozence.....	121
6.2. Další možné etické otázky související s těhotenstvím a porodem	129
6.2.1. Asistovaná reprodukce	129
6.2.2. Vícečetné těhotenství	131
6.2.3. Redukce těhotenství	131
6.2.4. Vedení porodu	133
6.2.5. Analgezie za porodu.....	135
6.2.6. Přítomnost partnera nebo jiné osoby u porodu.....	136
6.2.7. Separace matky a novorozence	137
6.2.8. Délka hospitalizace.....	138
6.2.9. Porod doma	139
6.2.10. Porod do vody	141
6.2.11. Diskrétní a utajovaný (anonymní) porod	142
6.2.12. Babyboxy v ČR	142
6.2.13. Problematika matek kuřáček, alkoholiček a drogově závislých matek.....	145
Výzkumná část.....	151
7. Východiska pro výzkumnou část	151
7.1. Cíl výzkumu, úkoly pro výzkumnou část.....	151

<u>8. Metodologie</u>	152
8.1. Popis jednotlivých metod	152
8.1.1. Strukturovaný rozhovor s otázkami pro matky nedonošených dětí	152
8.1.2. Strukturovaný rozhovor s otázkami pro otce nedonošených dětí.....	157
8.1.3. Přímé pozorování interakce rodiče-dítě, rodiče-zdravotníci	160
8.2. Zadávání a získávání údajů	160
8.2.1. Strukturovaný rozhovor – matka.....	160
8.2.2. Strukturovaný rozhovor – otec	161
8.2.3. Pozorování interakce (komunikace) rodiče-dítě, rodiče-zdravotníci	161
<u>9. Vlastní výzkum</u>	162
9.1. Místo sběru dat	162
9.1.1. Ústav mateřství, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha 4-Krč	162
9.1.2. Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí.....	164
9.1.3. Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2-Apolinář.....	167
9.2. Výzkumný vzorek	168
9.2.1. Velikost výzkumného vzorku.....	168
9.2.2. Kritéria pro výběr do vzorku – matky	168
9.2.3. Kritéria pro výběr do vzorku – novorozenci	170
9.2.4. Kritéria pro výběr do vzorku – otcové	171
9.3. Předvýzkum.....	171
9.4. Popis výzkumného vzorku	172
<u>10. Zpracování a interpretace výsledků</u>	173
10.1. Strukturovaný rozhovor – matky (SR-M)	173
10.2. Strukturovaný rozhovor – otcové (SR-O)	217
<u>11. Kazuistiky</u>	234
11.1. Kazuistika č. 1 – paní Barbora a syn Vojtěch (28 + 3) – soubor č. 1.....	236
11.2. Kazuistika č. 2 – paní Martina a syn Antonín (28 + 4) – soubor č. 1	245
11.3. Kazuistika č. 3 – paní Alena a dcera Lenka (32 + 1) – soubor č. 2.....	258
11.4. Kazuistika č. 4 – paní Lucie a syn Adam (34 + 2) – soubor č. 2	266
11.5. Kazuistika č. 5 – paní Dana a syn Jan (24 + 5) – soubor č. 3	273
11.6. Kazuistika č. 6 – paní Helena a syn Tomáš (27 + 0) – soubor č. 3.....	280
11.7. Kazuistika č. 7 – paní Kamila a trojčata (32 +3) – soubor č. 1	291
11.8. Kazuistika č. 8 – paní Veronika a dcera Eliška (33 +3) – soubor č. 1	299
<u>12. Závěr výzkumné části</u>	303
<u>Resumé</u>	310
Seznam literatury	311
Seznam příloh	323

Zkratky

AAP	Americká pediatrická společnost (American Academy of Pediatrics)
ADHD	onemocnění spojené s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (attention-deficit hyperaktivity disorder); pojem příbuzný českému LMD
AR	asistovaná reprodukce
BFHI	iniciativa Baby Friendly Hospital (nemocnice přátelská dětem)
CNS	centrální nervová soustava
CPAP	dechová podpora na principu vytváření kontinuálního (trvalého) přetlaku v dýchacích cestách, distenční terapie (continual positive airway pressure)
CRL	temeno-kostrční vzdálenost; měření délky plodu
CRP	indikátor zánětlivého procesu v těle
ČGPS	Česká gynekologicko-porodnická společnost
ČNeoS	Česká neonatologická společnost
ČLS JEP	Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
DMO	dětská mozková obrna
ELBW	extrémně nízká PH (extremely-low-birth weight) – pod 1000 g
ILBW	neuvěřitelně nízká PH (incredible-low-birth weight) – pod 500g
IUGR	intrauterinní růstová retardace (intrauterine growth retardation)
JIP	jednotka intenzivní péče
JIPN	jednotka intenzivní péče pro novorozence, neonatální JIP
JIRP	jednotka intenzivní a resuscitační péče
KP	konec pánevní (porodní poloha plodu)
LBW	nízká PH (low-birth weight) – pod 2500 gramů
LMD	lehká mozková dysfunkce, starší pojem příbuzný dnešnímu ADHD
MM	mateřské mléko
MÚ	mateřská úmrtnost
nCPAP	nazální CPAP, dechová podpora zavedením trvalého přetlaku nazální (nosní) cestou do horních cest dýchacích
PD	porodní délka
PH	porodní hmotnost
PN	pracovní neschopnost
RDS	syndrom respirační tísně (respiratory distress syndrome)
RI	systém péče, kdy je dítě na pokoji s matkou (rooming-in)
S.C.	císařský řez (lat. section caesarea)
SIDS	syndrom náhlého úmrtí kojence (sudden-infant-death syndrome)
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů (United Nations Children's Fund)
UPV	umělá plicní ventilace
ÚPMD	Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí
UPT	umělé přerušování těhotenství
UZ	ultrazvukové vyšetření, ultrazvuk
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VLBW	velmi nízká PH (very-low-birth weight) – pod 1500 gramů
VVV	vrozené vývojové vady
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Terminologie

Bottalova dučej – krevní céva u plodu, která spojuje plicnici s aortou; u plodu jí protéká krev, která obchází plíce, ty nejsou u plodu funkční, protože plod získává kyslík z matčiny krve v placentě, po narození se za normálních okolností dučej uzavírá; její přetrvávání narušuje normální proudění krve a někdy musí být uzavřena chirurgicky

Bradykardie – zpomalení srdeční frekvence

Celiakie – onemocnění, kde v důsledku chronické zánětlivé reakci na lepek neboli gluten dochází v tenkém střevě k destrukci střevních klků s následnou nedostatečnou absorpcí živin

Crohnova choroba – zánětlivé střevní onemocnění, které postihuje různé úseky střeva, často konečnou část tenkého střeva

Enterokolitida – zánět tenkého a tlustého střeva, obvykle infekčního původu

Fortifikace – obohacování potravin vitaminy, bílkovinami, vlákninou (zde: obohacení mateřského mléka přidáním práškového/případně liquidního) multinutričního fortifikátu

Gestace – těhotenství, gravidita

Gestační věk – stáří plodu v děloze, udává se obvykle v týdnech

Gravidita – těhotenství, gestace

Hranice viability – v ČR je to 24. týden gestačního věku (od roku 1994)

Hypertenze – zvýšený krevní tlak

Hypospadié – patologické vyústění močové trubice, druh vrozené vývojové vady

Kalendářní (chronologický) věk – počítaný se od data narození

Koncepce – početí, oplodnění; dochází k němu splnutím dvou pohlavních buněk – ženské vajíčka a mužské spermie ve vejcovodu

Korigovaný věk – od kalendářního věku odečte doba, o kterou se dítě narodilo dříve, než byl předpokládán termín porodu

Kryptorchismus - porucha sestupu varlete - varlata vznikají u plodu mužského pohlaví uvnitř břišní dutiny a během vývoje sestupují tříselným kanálem do šourku; jejich sestup je jedním ze znaků donošeného dítěte

Lanugo – jemné chloupky na kůži lidského plodu; objevuje se na konci 4. lunárního měsíce vývoje plodu a po porodu mizí; ve větší míře bývá u předčasně narozených dětí

Mikroftalmus – vývojová anomálie oka spočívající ve výrazném zmenšení celého oka; často se sdružuje s jinými VVV

Morbidita – nemocnost; poruchy zdraví, které se vyskytují v neonatálním období, jsou souhrnně označovány jako časná morbidita; morbiditou pozdní označujeme dlouhodobé až trvalé následky perinatálních komplikací. Obecně jde o číselný údaj vztažený pro danou nemoc k určitému časovému úseku a počtu obyvatel nemocných za rok na 100000 obyvatel.

Mortalita – úmrtnost na určitou nemoc nebo celková úmrtnost

Nedonošený novorozenec – novorozenec narozený před dokončeným 37. gestačním týdnem

Nekrotizující - způsobující nekrózu, vedoucí k nekróze, provázený nekrózou

Nekróza – odumření buňky, tkáně či části orgánu.

Novorozenec – dítě ve vývojovém stadiu od dne narození do 28 dnů života

Novorozenec s neuvěřitelně nízkou porodní vahou (incredible-low-birth-weight infant) – dítě s porodní vahou nižší než 500 g

Novorozenec s nízkou porodní vahou (low-birth-weight infant) – dítě s porodní vahou nižší než 2500 g

Novorozenec s velmi nízkou porodní vahou (very-low-birth-weight infant) - dítě s porodní vahou nižší než 1500 g

Novorozenec s extrémně nízkou porodní vahou (extremely-low-birth-weight infant) - dítě s porodní vahou nižší než 1000 g

Neonatologie – obor, jehož obsahem je komplexní péče o novorozence od zabezpečení nerušené poporodní adaptace fyziologických novorozenců, přes ošetřování komplikací vzniklých v souvislosti s porodem a řešení vrozených vývojových vad až po péči o extrémně nezralé novorozence na hranici viability

Osifikace - kostnatění

Parenterální – mimostřevní; jiná než perorální (ústí podávaná) aplikace např. výživy, léku

Parita – pořadí porodu u rodičky

Perinatologie – obor lékařství, který zahrnuje péči o těhotnou ženu, plod a novorozence v období od viability plodu (tj. 24 + 0 den), přes období porodu a šestinedělí, resp. do časného a pozdního neonatálního období (tj. 28 dnů po narození dítěte); na této péči se nezastupitelně podílí obor neonatologie

Rektální teplota – měřená v konečníku

Retenční – vzniklý retencí, zadržením, tj. poruchou přirozeného vylučování

Seróza – tenká lesklá blána vystýlající některé tělesné dutiny hrudní, břišní a osrdečnickovou, které mají společný embryonální původ; tvoří výstelku těchto dutin a přechází i na orgány v nich uložené jako jejich zevní vrstva

Serózní - 1. týkající se serózy 2. podobající se krevnímu séru.

Surfaktant – látka pokrývající vnitřek plicních sklípků alveolů; snižováním povrchového napětí brání smrštění sklípků a následnému kolapsu plic, který by způsobil těžkou poruchu dýchání; předčasně narozeným dětem bývá často dodáván s okamžitým efektem; v současnosti se získává z prasečích a hovězích plic

Tachykardie – zvýšení srdeční frekvence

Teratogenní – chemický nebo fyzikální faktor prostředí vyvolávající vznik vrozené vady

Uterus – děloha

Viabilita – životaschopnost plodu ve smyslu přežitelnosti v extrauterinním prostředí po předčasném porodu

Teoretická část

Úvod

Poslední desetiletí přinesla do naší společnosti mnoho změn v celé řadě oblastí a oborů. Pokrok ve vědách lékařských znamenal obrovský posun v péči o pacienty a mnoho lidí, kteří by před několika lety neměli šanci přežít, zůstává nejen naživu, ale mohou zůstat nadále aktivní, nebo jsou jejich omezení menší než dříve.

Mezi obory, jejichž rozvoj je více než významný, patří i perinatologie a neonatologie. Perinatologie jako interdisciplinární vědní obor se zabývá péčí o zdravý vývoj nového jedince a poruchami tohoto vývoje v perinatálním období, které zahrnuje poslední fázi nitroděložního vývoje plodu a první hodiny a dny po narození dítěte, kdy se novorozenec adaptuje na extrauterinní život. Odborníci z oborů pediatrie a porodnictví spolupracují s patologi, genetiky, kardiologi, neurologi, ale i psychologi, biochemikou, fyziologi, statistikou a jinými specialisty. Česká perinatologie zaznamenala výrazný rozvoj v druhé polovině 20. století a významně přispěla ke snižování mateřské a novorozenecké úmrtnosti v naší zemi.

Neonatologie je obor medicíny, který se zabývá péčí o novorozence v široké škále stavů od zdravých donošených novorozenců přes novorozence s vrozenými vývojovými vadami a chorobnými stavy až po extrémně nezralé děti s porodní hmotností kolem 500 gramů. Vyvíjela se v průběhu 20. století a u vzniku tohoto oboru stála snaha porodníků zachovat při životě děti, které se narodily předčasně.

Poslední desetiletí přinesla významnou změnu v možnostech přežití předčasně narozených dětí. Výrazný vývoj oboru přineslo v 80. letech zavedení metod intenzivní medicíny na jednotkách intenzivní péče o novorozence, především intenzivní péče s řízenou ventilací. Rozvoj nejmodernějších technologií a farmakoterapií a mezioborová spolupráce s dalšími odborníky lékařských i nelékařských oborů tak umožňuje přežití novorozenců, jejichž prognóza byla dříve velmi špatná.

V 90. letech došlo k velkému pokroku především v léčbě syndromu respirační tísně, zejména díky objevení surfaktantu. Zdokonalení technik řízené ventilace a zlepšení ošetrovatelské péče znamenaly další úspěch tohoto lékařského oboru. Zvyšování počtu přeživších dětí a zlepšování jejich životní perspektivy souvisí též s přesunem většiny předčasných porodů na úzce specializovaná pracoviště, do tzv. perinatologických a intermediárních center. Lékařům, zdravotním sestřám, psychologům, rehabilitačním pracovníkům a všem, kteří se na péči o nedonošené děti podílejí, však nejde jen o přežití těchto dětí, ale také o to, aby jejich zdravotní stav a vývoj byl co nejpříznivější.

Předčasné narození je velmi náročnou situací nejen pro nezralé dítě. Jeho rodiče, kteří ještě nejsou na příchod dítěte plně připraveni, jsou touto situací zaskočeni a prožívají obavy o život a zdraví dítěte, nejistotu, pocity viny, selhání, zklamání. Vliv rodičů na vývoj dětí raného věku je nezpochybnitelný a dobrá psychická pohoda rodičů i příznivá atmosféra v celé rodině je pro zdravý vývoj dítěte nesmírně důležitá. Narození nedonošeného nebo nemocného dítěte je pro rodiče zdrojem negativních emocí, které mají na psychiku velký dopad, a je v zájmu rodičů i novorozeného dítěte, aby tyto pocity (obavy, starosti, výčitky atd.) byly co nejdříve odstraněny nebo alespoň minimalizovány. Komplexní zdravotní a psychologická péče by proto měla být věnována jak rizikovým dětem, tak jejich rodičům.

Osobní setkání s lidmi, kterým se jejich dítě narodilo dříve, mě utvrdilo v přesvědčení, že se jedná o velmi složitou životní situaci a že je třeba soustředit se na tyto rodiče, věnovat jim dostatek času, pozornosti a nabídnout pomoc, aby se s nelehkou rolí matky a otce předčasně narozeného dítěte vyrovnali. Proto bych se ráda ve své práci zaměřila na stavy a emoce rodičů (zejména matek) nedonošených dětí a zjistila, jak toto období vnímají a prožívají a jaké jsou možnosti odborné psychologické pomoci.

Práce je koncipována jako teoretická a výzkumná s těžištěm ve výzkumné části. Teoretická část zahrnuje otázky týkající se těhotenství, porodu, předčasného porodu, prenatálního vývoje plodu, péče o nedonošené děti včetně jejich výživy, péče o rodiče nedonošených dětí a etiky ve spojení s předčasným narozením dítěte. V části výzkumné jsou vyhodnocena a okomentována data a informace získané od rodičů předčasně narozených dětí prostřednictvím vytvořeného strukturovaného dotazníku a pozornost je rovněž věnována nejzajímavějším kazuistikám.

1. Náročná životní situace

„Kdo je nepoznal? Komu se vyhnuly? Kdo si může být jist tím, že se s nimi v dalších fázích života nesetká? Kdo si může dovolit zavírat před nimi oči a tvářit se, že se ho netýkají? Těžké životní situace mají různou podobu. Někdy přicházejí v podobě náhlého úmrtí blízkého člověka, jindy v podobě zklamání – jako například u rozvodu, při rozchodu s blízkými přáteli apod. Někdy mají podobu zásahu vyšší moci – například při autohavárii, úrazu, popálení, nemoci, nucené změně zaměstnání, bydliště, pracoviště apod. Jindy se dlouhodobě, plíživě vtírají do našeho života. Často jsou ryze osobní, třeba při zážitcích typu „na to nestačím“ nebo „to v daném čase nezvládnou“. Mnohdy se snoubí s pocity ohrožení a méněcennosti. Často se dotýkají samého jádra naší osobnosti, našeho já. Jsme-li v tísní, klesá naše sebevědomí. Snižuje se naše kladné sebehodnocení. Ztrácíme pevnou půdu pod nohama. To vše – a řadu dalších osobních zážitků – označujeme termínem „jsem ve stresu“ (Křivohlavý, 1994, s. 7).

Když se nám v životě přihodí něco zlého a my prožíváme velkou bolest a smutek, většina z nás se ptá: Proč já? Proč se to stalo právě mně? Proč to postihlo mě, mé blízké, mou rodinu? Takové otázky jsou v určitých těžkých, bolestných situacích obvyklé, ale jen těžko na ně nacházíme odpovědi, a pocit nespravedlnosti v nás zesiluje.

Lidé si často myslí, že jsou ve svém trápení osamoceni, což vystihuje svými slovy Kushner¹ (2005): *„Původně jsem si myslel, že já a moje žena jsme výjimky, když jsme ve světě plném normálních lidí ztratili dítě. Zjistil jsem, že na světě je velmi málo „normálních“ lidí. ... A ti, co nezažili tragédii tohoto druhu, prožili pravděpodobně něco jiného nebo je ještě něco čeká, pokud budou žít dost dlouho a bude jim na někom záležet“* (Kushner, 2005, s. 10).

¹ Harold S. Kushner je rabínem židovské obce v Naticku, státě Massachusetts v USA. Jako každý duchovní pomáhá lidem překonávat bolest a zármutek. Ale teprve, když se dozvěděl, že jeho tříletý syn Aaron na začátku puberty zemře na nevléčitelnou chorobu, byl nucen sám se zamyslet nad věčnou otázkou: Proč se zlé věci stávají dobrým lidem? Z jeho zkušenosti vznikla kniha pro každého člověka, jemuž život ublížil a jenž je přesvědčen, že by si zasloužil lepší osud. Výpověď H. S. Kushnera se dotkla srdcí miliónů lidí, kteří prožili zármutek a ztrátu. Byla přeložena do jedenácti jazyků a je vysoce oceňována teology, psychiatry a psychology.

Život není v přidělování „zlého“ spravedlivý a skutečně se „zlé věci stávají dobrým lidem“. Lidem, kteří nikomu neublížili, dětem, které stojí na začátku své cesty životem. Někteří svou životní cestou projdou jednoduše a bez větších klopýtnutí, jiní se musí poprat s každým krůčkem. Někdo musí překonávat překážky od prvních chvil svého života, jiný se s nimi setká až v době, kdy už má nějaké životní zkušenosti a umí se s těžkostmi vyrovnat.

Náročné životní situace však nemusí být nutně spojené pouze s neštěstím, nemocí, ztrátou, zklamáním a podobně. V životě člověka nastane mnoho situací, které přes svůj pozitivní emoční náboj představují pro člověka zásadní životní změnu a které mohou být stresující, a dotyčný potřebuje určitý čas, aby se nově vzniklým podmínkám přizpůsobil. Plánování a založení rodiny, očekávání narození dítěte a příchod nového človíčka na svět, péče o něj a jeho výchova mezi takové situace bezpochyby patří.

Těhotenství bývá nazýváno „jiným stavem“, což je určitě název oprávněný. Jedná se o období, které pro ženu představuje značnou fyzickou i psychickou zátěž. Narození dítěte je pak velkou změnou, se kterou je potřeba se vyrovnat, zvyknout si na nový režim a na nové povinnosti spojené s přijetím role rodiče. Pro matku dítěte jde zpravidla o naprostý zvrat v jejím dosavadním životě, ale otec dítěte jistě pocítí rozdíl v partnerském, resp. rodinném životě také. I v případě, že je vše naprosto v pořádku a neobjeví se ve spojení s uvedenými událostmi žádné komplikace a problémy, je nutná určitá doba, aby život rodiny dostal jiný řád a pořádek a vytvořily se nové vztahy, vazby či zvyklosti.

„Dítě vnáší do života manželského páru řadu nových pozitivních prožitků. Budí v rodičích dosud nepoznaný ochranný postoj, který dává nový smysl jejich životu, poskytuje mnoho radostí z každodenního soužití, z rychlých vývojových změn a projevů přichylnosti dítěte. Na druhé straně přináší dítě i řadu nových nároků do dosud poměrně pohodlného životního způsobu. Vyžaduje úplnou změnu denního rozvrhu rodičů, znamená pro ně řadu závažných povinností, nedovoluje už tak sledování vlastních zájmů a nutně vyvolává i mnoho starostí, obav a konfliktů. Také k rodičovství musí člověk dozrát“ (Langmeier, J., 1991, s. 163).

1.1. Narození nedonošeného dítěte jako náročná životní situace

Předčasný porod a narození nedonošeného dítěte mezi stresové a náročné životní situace bezpochyby patří. *„Nedonošenost a předčasný porod nejsou pouze zdravotní problém, který má svůj průběh, svoje komplikace a svoje prognózy. Nedonošenost je problém složitě strukturovaný, který nepostihuje pouze matku a dítě, ale dotýká se široké rodiny, příbuzných, odborné i laické veřejnosti. Při jeho řešení je nutné zohlednit medicínské, etické, kulturní, psychologické, legislativní, ekonomické a náboženské aspekty. Nedonošenost je pro dítě a jeho rodiče celoživotním tématem“* (Straňák, 2009, s. 9).

Sobotková et al. (2009) na základě svých zkušeností píší: *„O vlivu rodičovské role na vývoj dětí raného věku dnes snad již nikdo nepochybuje. Aby však rodiče mohli dobře vychovávat své děti, musí být splněny určité podmínky, k nimž patří také dobrá psychická pohoda rodičů a klidná rodinná atmosféra. V případě narození dítěte s problémy však tato podmínka splněna není, což platí zejména po narození v útlém věku“* (Sobotková et al., 2009, s. 10).

Pocity rodičů jsou poté, co se jejich dítě narodilo dříve (a někdy dokonce o hodně dříve) než mělo, velmi vzdálené psychické pohodě a klidu. Naopak. Každá matka, která takovou situaci sama prožila, dobře ví, že: *„Narodí-li se rodičům dítě předčasně, nikdo nepochybuje, že jde o náročnou zátěžovou situaci. Všichni zainteresovaní byli vnitřně nastavení na určitý průběh, který je v takovém případě narušen. Z toho jistě plyne zmatek, nejistota, změny na poslední chvíli, improvizace. Opar z růžového snu ještě zcela nezmizel a už jsou vrženi do řešení problémů na hranici mezi životem a smrtí. Do popředí se dostává především šok a dezorientace“* (Dokoupilová et al., 2009, s. 42).

Většina nastávajících rodičů se na narození svého potomka těší, chystá se na jeho příchod např. malováním, přestavováním a uklízením bytu („budování hnízda“) či sháněním a kupováním různých věcí (oblečení, hračky, postýlka, kočárek, nábytek atd.). Značná část nastávajících matek chce chodit na cvičení, plavání nebo jógu pro těhotné, plánuje účast na předporodní přípravě nebo se chce podívat do porodnice, kterou si pro příchod svého potomka vybrala.

Všechny uvedené kroky jsou důležitou součástí přípravy na mateřství, resp. rodičovství, protože řadu předporodních kurzů navštěvují oba partneři, zejména v případě, že si přejí být u narození dítěte spolu. Mnoho žen má představu, jak by měl „jejich“ porod vypadat, a představují si první chvíle s novorozeným dítětem.

Předčasný porod však veškeré plánování, těšení se a snění nekompromisně a tvrdě přetrhne a doba určená přípravě na příchod dítěte a daná původně vypočítaným termínem porodu je náhle (někdy podstatně) zkrácena a ukončena. Nastává šok, je obtížné celou situaci vůbec pochopit, vyznat se v ní a než se nastávající rodiče vzpamatují, jsou z nich skuteční rodiče. Rodiče nezralého, pro příchod na svět nepřipraveného dítěte. Ale rodiče ještě nejsou na jeho příchod připraveni – ani „materiálně“ (mám na mysli ono nedobudované a nepřipravené „hnízdo“), ani psychicky (očekávali narození dítěte až za několik týdnů nebo dokonce měsíců, měli v plánu absolvovat přípravný kurz, chtěli spolu strávit dovolenou, matky potřebovaly ukončit svoji práci, rozloučit se s kolegy a odejít na mateřskou apod.).

Najednou je všechno jinak – cesta do porodnice, vyšetření, příjem, cesta na porodní či operační sál ... a na světě je maličké stvoření, které ještě mělo dny a týdny zrát, růst a sílit v děloze své matky. *„Vše je jaksi neuvěřitelné, absurdně hororové. Není divu, že jedním z prvních impulzů je probudit se z tohoto zlého snu, odejít z kina s nevhodným filmem, odmítnout stávající situaci jako svůj nastávající život. Mysl hledá, za jakých okolností by bylo možné tuto zónu opustit a vrátit se do světa, na který jsme zvyklí“* (Dokoupilová et al., 2009, s 45).

S touto situací přímo souvisí pocity silné úzkosti, která, jak píše Honzák (1995), signalizuje stav nebezpečí, ohrožení, nepohody, nekontrolovanou změnu nebo nežádoucí stav. Objevuje se zvýšená citlivost k podnětům, zvýšená vnímavost (ovšem zejména na negativní stránky věci) a většinou se očekává spíše nepříznivý vývoj situace. *„Úzkost je psychosomatický stav. To znamená, že její příznaky probíhají jak v úrovni psychologické, tak v úrovni tělesné“* (Honzák, 1995, s. 21). *„Psychické projevy úzkosti jsou stejné jako projevy strachu. Liší se však tím, že při úzkosti není známa přesná příčina těchto nepříjemných pocitů, ... Úzkost znamená, že narůstá nervozita, od jisté úrovně se zhoršuje schopnost soustředit se“* (Honzák, 1995, s. 23).

Mnoho žen popisuje při počínajícím předčasném porodu a pochopení, že se dítě opravdu narodí (o tolik) dříve, než mělo, pocity jakéhosi ochromení, neschopnost něco dělat, smysluplně odpovídat na otázky, vnímat okolí, rozhodnout se, myslet.

„Při silnější úzkosti se může stát, že se myšlení ve velkém zmatku doslova zablokuje, člověk je „jako svázaný“ nebo „ztuhlý“, cítí se zahrnut do kouta, ze kterého není úniku, není schopen rozhodování, nemůže myšlenkově z místa, má pocit naprosté mentální a intelektuální paralýzy. Má dojem, jakoby se mu zastavil mozek, že jeho jedinou jistotou je vidina, že se mu v nejbližší chvíli rozletí hlava na kousky, že se musí zbláznit, že provede něco strašného, i když přesně neví co, že právě teď umírá“ (Honzák, 1995, s. 24).

Zmatek, nechápání celé situace a pocit, že se to všechno děje někomu jinému, je po porodu (často po operativním porodu a probuzení se na JIP) vzápětí vystřídán nejistotou, co se děje s dítětem. Žije vůbec, kde je, jak vypadá, jak mu je? Je to holka nebo kluk? Co se děje? Kdy ho uvidím? ... I když za matkou přijde lékař s prvními informacemi, ukončí tuto nejistotu až cesta za novorozěnětem, které bývá umístěno v inkubátoru. První návštěva znamená zpravidla šok a veškeré emoce přehluší pocit strachu, beznaděje, výčitky svědomí, sebeobviňování.

„Jedna z nejhorších věcí, která může potkat člověka, jehož život nějak zranil, je tendence zhoršovat situaci tím, že se sám dál zraňuje. Nejen že prožil nějaký neúspěch, bolestnou ztrátu, nehodu nebo neštěstí, často cítí ještě potřebu pohlížet na sebe jako na špatného člověka, který si to všechno zaviniil, a proto od sebe odhání lidi, kteří se k němu snaží přiblížit a pomoci mu. ... Máme pocit, že si nezasloužíme pomoc, a tak dovolíme, aby vina, hněv, závist a dobrovolná samota naši situaci ještě zhoršovala“. (Kushner, 2005, s. 89).

Z prvních sdělení lékaře si rodiče většinou moc nepamatují, protože všichni chtějí stejně slyšet jenom jedno jediné: „Nebojte se, vaše holčička/váš chlapeček/vaše dvojčátka/trojčátka budou v pořádku.“ - „... vzpomínám si zcela jasně, že jsem chtěla slyšet: „„Nebojte se, maminko, dobře to dopadne, Honzík bude úplně v pořádku““ (Sobotková et al., 2009, s. 31).

Ale to jsou slova, která si lékaři nemohou dovolit říci, protože stav nedonošených dětí (zejména těch, které přišly na svět velice brzy) je často velmi vážný, nejistý, a kdykoliv může dojít k prudkému zvratu a problémům. Před dítětem a jeho rodiči jsou dlouhé dny, týdny a někdy měsíce, které musí uběhnout, než půjdou všichni domů.

Emoce, které se během této doby vystřídají, pokryjí široké spektrum od naprostého zoufalství a beznaděje, obav, výčitek a zlosti, přes naději a doufání, někdy možná apatii, fyzickou únavu z nevyspání, psychickou únavu úplně ze všeho, co se děje, až k pocitům něhy při prvním doteku, dojetí z prvního chování, radosti při prvním klokánkování, při sledování ručičky váhy, která se pomalu, ale přece jen začala pohybovat směrem nahoru (Dokoupilová et al., 2009).

Výše uvedené emočně negativní tenze (strach, úzkost, nepohoda, únava, zlost apod.) jsou hlavním psychologickým indikátorem stresu, který se následně u lidí projevuje např. zvýšenou vzrušivostí nebo naopak útlumem (apatií), nesoustředěností, netrpělivostí, chybnými úkony, roztržitostí, neschopností uvolnit se atd., může se dostavit neusea, zvracení, průjem nebo bolesti hlavy (Machač, Macháčová, Hoskovec, 1985).

Krmení a pokusy o přikládání a kojení jsou dalším zdrojem velkých emocí, pochopitelně opět velice rozmanitých – smutek i výčitky svědomí, když se nedaří zahájit a hlavně udržet laktaci, když se přikládání dítěte nedaří, když matka pod vlivem celé stresové situace o mléko přijde. Nebo radost, když matka nosí dítěti odstříkané mléko, hrdost, jak jim začíná jít kojení a dítě pomaličku přibývá. Pak přijde těšení se na přebalování a koupání, častější chování, mazlení a nedočkavě se očekává den, kdy bude mít maminka dítě konečně u sebe a začne plně přebírat veškerou péči.

Odchod domů se blíží, ale ne vždy je vyhráno. Před mnoha rodinami je velmi náročné období, kdy budou řešit plno zdravotních i jiných problémů svého dítěte. Pochopitelně vždy záleží na konkrétní situaci, ale obecně lze říci, že narození nedonošeného novorozence je pro jeho rodiče velice těžkou životní zkouškou. Většina lidí ale touto zkouškou kvůli svým dětem projde se ctí. Jak píše Sobotková et al. (2009), rodiče, se kterými byla v kontaktu a kteří si tímto náročným obdobím prošli, se po prvním šoku starali o to, jak nejlépe o své nedonošené dítě pečovat.

Každý rodič si jistě přeje, aby se mu narodilo krásné a zdravé děťátko. Ne všem se to splní, ale každý se musí s danou situací nějak vyrovnat, přijmout ji a v zájmu dítěte i sebe sama, své rodiny a svých nejbližších směřovat do budoucna. Na této cestě ovšem potřebuje pochopení, podporu a povzbuzení, ale také radu, pomoc, zájem a ocenění, protože to není cesta jednoduchá.

1.2. Veřejnost a problematika nedonošenosti

V posledních letech se na knižním trhu objevuje velké množství publikací věnovaných těhotenství, porodu, kojení a péči o dítě. Jejich autoři zpravidla popisují „normální“ (tedy fyziologické) situace spojené s těhotenstvím a porodem dítěte. Pozornost věnovaná rizikovým či patologickým stavům, ke kterým může někdy dojít a kam bezpochyby spadá i předčasný porod a narození nezralého dítěte, je spíše jen okrajová.

Nicméně již v roce 2003 uvedla na trh Grada útlu knížku Sobotkové, Dittrichové a jejich spolupracovníků: *„Narodilo se s problémy, a co bude dál?“*, takže rodiče, kteří se v podobně těžké situaci ocitli, měli možnost konečně získat tolik potřebné informace a přečíst si o zkušenostech jiných rodičů dětí, které se narodily nedonošené, nemocné nebo postižené.

O šest let později tuto publikaci doplnil Portál o knihu *„Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti“* autorů Dokoupilové, Fišárkové, Novotné, Kopasové, Kaiserové a Müllera. Také tato knížka může rodičům nedonošeného dítěte velmi pomoci s pochopením celé situace předčasného porodu včetně jejich vlastních pocitů a nabízí mnoho užitečných rad i odkazů.

Rovněž média čím dál častěji přinášejí informace o nedonošených dětech, zejména o těch, které se narodí jako extrémně nezralé a mají velmi nízkou porodní hmotnost. Často se sice jedná o různé bulvární noviny a časopisy, pro které je podobná událost senzací, ale díky tomu je veřejnost s obrázkem maličkého miminka obklopeného spoustou hadiček v inkubátoru konfrontována.

V několika městech České republiky se konala výstava fotografií s příběhy nedonošených dětí „*Miminka do dlaně*“ fotografa Jindřicha Štreita. Jednalo se o projekt občanského sdružení Nedoklubko, jehož cílem byla osvěta problematiky nedonošenosti. Výstava začala svoji cestu v květnu 2009 v Olomouci a konala se již v deseti městech, v Praze byly fotografie J. Štreita k vidění dokonce dvakrát v porodnici U Apolináře, Praha 2 (Novotná, Czirková, 2010).

Odborná veřejnost věnuje péči o nedonošené děti velkou pozornost a snaha lékařů a ostatních zdravotníků zachránit život a zachovat při zdraví i ty děti, které by dříve neměly žádnou šanci přežít, vynesly českou perinatologii a neonatologii mezi celosvětově uznávanou špičku. Díky jejich obětavému úsilí, ale i všem ostatním výše uvedeným publikacím, sdělením a aktivitám už není problém nedonošenosti „uzavřen jen do inkubátorů na jednotkách intenzivní péče“, ale dostává se do povědomí širší veřejnosti.

2. Těhotenství a porod

„Těhotenství představuje stav organismu ženy, který začíná oplozením vajíčka a končí porodem nového jedince. Trvá přibližně 280 dní, čili deset lunárních měsíců, kdy každý lunární měsíc má přesně čtyři týdny“ (Rokyta, Marešová, Turková, 2003, s. 201).

Ratislavová (2008) píše o těhotenství a porodu jako o „velmi významné vývojové krizi v životě ženy. Změny probíhají v oblasti somatické, fyziologické, endokrinní, psychické i sociální. V době těhotenství se žena vyrovnává s velkým množstvím zásadních životních změn. ... Těhotná se učí a přivyká nové životní roli, mění staré modely chování, reorganizuje, doplňuje nové typy chování“ (Ratislavová, 2008, s. 16).

Těhotenství je v životě ženy obdobím relativně krátkým, ale velmi důležitým, a porod dítěte je jednou z nejzásadnějších změn, ke kterým během lidského života dochází. „Narozením prvního dítěte se z manželství stává rodina a manželé vedle své dosavadní role musejí přijímat nové úkoly spojené s rolí otce či matky“ (Langmeier, 1991, s. 163).

2.1. Průběh těhotenství

Těhotenství je proces, který započne splynutím ženské a mužské pohlavní buňky (vajíčka a spermie) v těle ženy² a končí porodem dítěte, které je schopné žít mimo dělohu. Obvykle trvá 40 týdnů a v tomto období se v těle matky vytváří a formuje nový jedinec. K oplození vajíčka spermií dochází v době ovulace v širší části vejcovodu a jejich spojením vzniká zygota, která se hned začne dělit neboli rýhovat. Tím začíná složitý vývoj nového jedince, o jehož pohlaví je rozhodnuto již v momentě splynutí spermie s vajíčkem.

Tělo ženy se od okamžiku početí dítěte až do jeho porodu mění, aby se přizpůsobilo rostoucím potřebám plodu, a pro budoucí matku jde o období náročné jak po stránce fyzické, tak psychické.

² Nebereme-li v úvahu metody asistované reprodukce.

„Klinicky se průběh těhotenství dělí na tři období neboli trimestry:

1. trimestr trvá do 12. týdne
2. trimestr do 28. týdne (12.–27. týden)
3. trimestr od 28. týdne do termínu porodu“ (Vacek, 2006, s. 65).

„Podle vývoje vztahu těhotné ženy k plodu se dá těhotenství rozdělit do tří období. První období začíná, když žena zjistí, že je těhotná, a končí, když ucítí pohyby dítěte. Při sdělení diagnózy těhotenství žena často prožívá strach a ambivalenci, jako při každé důležité životní změně. ... Druhé období začíná, když žena pocítí pohyby plodu, a končí v době, kdy je plod už schopen samostatného života mimo tělo matky, tedy asi ve 34.–36. týdnu. Hlavní úkol v tomto období spočívá v tom, že žena musí rozlišit dítě a sebe samu a přijmout realitu nového jedince. V této době začíná matka s plodem komunikovat. Nejistotu ohledně pohlaví vyplňuje fantazií. Blížící se porod je prožíván ambivalentně ... Třetí období je doba, kdy už je dítě schopné samostatného života. Zatímco dosud se žena bála, že porodí předčasně, nyní by chtěla porodit co nejdřív. Psychologická příprava na porod je už v podstatě dokončena. U ženy se vytváří chování ve smyslu „stavění hnízda“ (Čepický, 1992, s. 20–21).

Podobně popisuje psychologické fáze těhotenství také Gloger-Tippelt (1988). Podle jejích poznatků následuje po zjištění těhotenství fáze nejistoty, která trvá zhruba do 12. týdne. Poté si matka začíná dítě vizualizovat, vytváří se obraz dítěte v „hlavě“ matky a narůstá její touha po dítěti. Tato fáze trvá přibližně do 15. týdne, kdy žena (resp. oba rodiče) obdrží první ultrazvukový obraz dítěte. Další, konkretizační fáze souvisí s vnímáním pohybů dítěte kolem 20. týdne těhotenství, kdy matka vnímá „dítě v břiše“ s jeho vlastním životem a úmysly. Jak se blíží termín porodu, začínají ženy anticipovat budoucí „dítě v náručí“, představují si konkrétní, nějak vypadající bytost, o kterou budou pečovat – anticipační či přípravná fáze, která se projevuje kolem 30. týdne těhotenství (Gloger-Tippelt, 1988 cit. podle Šulová, 2004).

2.1.1. První trimestr

Žena z počátku o těhotenství neví a okamžik potvrzení gravidity je individuální. Často záleží na tom, zda si žena těhotenství plánuje a přeje si ho, protože pak je citlivější a více sleduje první těhotenské příznaky: amenorhea neboli vynechání menstruace, pocity podobné premenstruačním pocitům, změny prsou (pocit napětí, zvětšení, ztmavnutí dvorce a bradavky), ranní nevolnost, zvracení, časté nucení na močení, únava, ospalost, změna jídelních návyků (averze k některým jídlům nebo naopak „těhotenské chutě“), ale také psychické změny – náladovost, plačtivost, podrážděnost, střídání emocí. Tyto projevy např. Roztočil et al. (2008) zahrnuje mezi nejisté známky a příznaky těhotenství.

Mezi pravděpodobné známky těhotenství patří zvětšení břicha, změny ve tvaru, velikosti a konzistenci dělohy a další specifické znaky, zjistitelné gynekologickým vyšetřením. Jisté známky gravidity jsou: obrysy a pohyby plodu (což je ovšem patrné až v pozdějších stádiích těhotenství), přítomnost akce srdeční (od 6. týdne zachytitelná pomocí ultrazvuku (UZ) a po 17. týdnu stetoskopem), zobrazení plodu UZ (rentgenové vyšetření se vzhledem k možnosti poškození plodu nepoužívá) a především přítomnost těhotenského hormonu hCG neboli lidského choriového gonadotropinu v moči nebo krvi. Tento test je možné udělat již několik dní po vynechání menstruace a podle koncentrace hCG lze těhotenství potvrdit (Pařízek, 2008; Roztočil et al., 2008).

V prvních měsících není těhotenství patrné, ačkoliv v těle ženy probíhají výrazné změny související s preembryonálním a embryonálním vývojem plodu. Žena přibere během 1. trimestru asi 1 kg (při silnější nevolnosti může zhubnout), pozoruje na sobě drobné tělesné změny (prsy, poševní sekrece) a těhotenské příznaky, ale pro okolí je její „jiný stav“ zatím skrytý a je pouze na jejím rozhodnutí, komu řekne, že je těhotná.

Psychické projevy v 1. trimestru souvisí nejen s počáteční gestací, ale jsou silně ovlivněné plánovaností a přijetím těhotenství. Velmi obecně lze říci, že ženy, které si dítě přejí a jejichž těhotenství je chtěné a vítané, prožívají první týdny i přes pocity určitého diskomfortu (ranní nevolnost, únava apod.) radostně, a naopak ženy, jejichž těhotenství je neplánované a nechtěné, mají pocity negativní. U mnoha žen (včetně těch, které si dítě přály) se mohou objevit ambivalentní emoce (smíšené, protichůdné citové postoje) plynoucí z obav, aby vše dobře dopadlo a dítě bylo zdravé, strach z časné ztráty, ale také nejistota, zda se o dítě dovedou dobře postarat a vychovat ho (Chalmers, 1990, aj.).

„V první třetině gravidity je těhotná zaměřena na sebe, stává se introvertní, sleduje vlastní tělo, snaží se zjistit, zda je opravdu těhotná. Úkolem prvního období je přijetí těhotenství. Z hlediska afektivity jsou typické rozladěnost, nejistota a náladovost“ (Roztočil et al., 2008, s. 103).

Ratislavová (2008) zdůrazňuje citlivost ženy na partnerovu reakci ohledně těhotenství i na to, jak partner reaguje na její těhotenské obtíže, zda je chápe a snaží se jí pomoci. Toto období nejistoty někdy vede ženu k vyhledávání kontaktu se svou matkou.

2.1.2. Druhý trimestr

Začátkem druhého trimestru odeznívají a v jeho průběhu definitivně mizí počáteční těhotenské obtíže a polevuje emoční nestabilita. Těhotenství začíná být patrné i pro okolí ženy (ale pokud chce, je ještě možné pár týdnů graviditu skrývat, např. z pracovních důvodů). Postupně se však ženě zvětšuje obvod pasu i prsou a koncem tohoto trimestru je už těhotenství zřejmé. Váhový přírůstek postupně vzrůstá, žena přibírá 1–2 kg za měsíc. Objevuje se zvýšená chuť k jídlu. Tlak na dolní orgány způsobuje častější močení, příp. zácpu, nadýmání a pocit plnosti, nepříjemné je pálení žáhy. Mateřský organismus prodělává významné endokrinní a imunologické změny, pohlavní orgány se přizpůsobují rostoucímu plodu. Může se objevit vodnatá sekrece z prsů (kolostrum), některým ženám začíná tvrdnout břicho. Typické jsou počínající otoky dolních končetin, které se zhoršují s rostoucí hmotností, krvácení dásní z důvodu prosáklejších tkání a pigmentace kůže (Hourová, Králíčková, Uher, 2007; Pařízek, 2008; Neesová-Delavalová, 1995).

V této třetině těhotenství se budoucí matky obvykle cítí velmi dobře. K jejich spokojenosti rozhodně přispívají i zprvu jemné a sotva postřehnutelné, později už jednoznačné a nepochybné pohyby plodu. Prvorodičky je cítí kolem 20. týdne, vícerodičky o dva týdny dříve. Rostoucí břicho zatím neznamená větší omezení a ev. pocity nepohodlí (bolesti v zádech, otoky nebo potíže se spaním) je možné celkem dobře zvládat (polohování, odpočinek přes den).

Jak už bylo výše uvedeno, z psychologického hlediska vstupuje žena do druhé třetiny těhotenství právě s objevujícími se pohyby plodu. Uvědomuje si jeho existenci a přijímá ho jako samostatnou bytost (Roztočil et al., 2008). Mnoho žen v této fázi vyhledává pohybovou aktivitu a zajímá se o informace ohledně těhotenství, porodu a mateřství. Je-li žena poprvé těhotná, nebo má za sebou již jiné úspěšně zvládnuté těhotenství a porod, a nyní nemá žádné obtíže, prožívá vše v podstatě v klidu.

Pokud ale má již negativní zkušenost s předchozím nevydařeným těhotenstvím, zdravotní potíže nebo jde o ženu velmi úzkostnou, může pociťovat obavy z potratu nebo předčasného porodu, z narušení zdravého vývoje plodu atd. (Ratislavová, 2008).

2.1.3. Třetí trimestr

Od 28. týdne těhotenství začíná třetí trimestr. Tělo těhotné ženy se mění díky rostoucímu plodu, jehož pohyby jsou časté a citelné (ke konci trimestru se mohou objevovat méně, protože plod již v děloze nemá moc místa). Dítě více tlačí na všechny orgány, což způsobuje různé potíže (pálení žáhy, potíže s dýcháním, neustále nucení na močení aj.). Stále intenzivnější jsou pocity tvrdnutí břicha, Mezi zdravotní problémy tohoto období patří otoky, křeče v lýtkách a chodidlech, hemoroidy, postupně sílí bolesti v zádech, v podbřišku a mnoho žen pociťuje bolesti rodidel vlivem hormonů na spojení pánevních kostí. Kůže je napjatá, objevují se praskliny a „pajizévký“ na bříše i na prsou. V posledních dnech před porodem se může objevit nespavost nebo sny spojené s dítětem.

Žena se začíná cítit „neohrabaná, neobratná“, zadýchává se díky zvyšující se váze (asi 1,5 kg za měsíc, ale v posledním měsíci někdy váha naopak klesne) a zvětšujícímu se bříšku. Časté pocity únavy znamenají vyšší potřebu odpočinku i přes den. S blížícím se termínem porodu se objevují pocity úlevy, že žena těhotenství zvládla, už nemá strach z předčasného porodu, naopak se na porod připravuje a přeje si porodit co nejdříve. Zároveň pochopitelně prožívá i nejistotu a nervozitu, kdy den „D“ nastane, zda vše proběhne dobře a ona porod zvládne podle svých představ. Nejsou ojedinělé ani obavy o dítě, ale spíše převládá těšení se na něj, doplňování a příprava výbavičky a „stavění hnízda“ (Chalmers, 1990; Roztočil et al., 2008 aj.).

Ratislavová (2008) v souvislosti s třetí fází psychologické přípravy upozorňuje, že se jedná o období, které je opět emocionálně vypjatější a náročnější, což souvisí nejen s fyzickou únavou a tělesnou nepohodou, ale i s výše uvedenými obavami z porodu, zvládnutí bolesti, možných komplikací v průběhu porodu, ale i z toho, zda žena zvládne svou novou mateřskou roli a péči o dítě. V extrémních případech se mohou objevit silné obavy o zdraví a o život (sebe i dítěte) a strach ze smrti.

Nicholson (2001) vidí mateřství jako těžký úkol a těhotenství, porod a období po porodu jako velmi obtížné, protože s sebou nese „výrazné změny ve fyziologii, v tělesné hmotnosti, funkcích a tvarech postavy. Narození dítěte je šokující, bolestné, fyzicky zničující a vede k úzkosti, obavám a velkému pocitu zodpovědnosti. Přináší však i radost a má své kouzlo. První měsíce mateřství (vždy) vyžadují výrazný posun v systému vztahů a práce (doma i v zaměstnání) v době, kdy se žena zotavuje z nepříznivých následků po porodu. Není téměř pochyb a nemělo by být žádným překvapením, že tato přeměna zřejmě vede k emoční labilitě a náladovosti“ (Nicholson, 2001, s. 99). Autorka těchto řádků vychází ze zkušeností s „normálními“ matkami, ale její slova o emoční labilitě platí pro rodiče nedonošených dětí dvojnásob díky krizové situaci, ve které se tak náhle ocitli.

Naprostou běžnými pocity spojenými s těhotenstvím jsou obavy z porodu zejména u prvorodiček, protože zážitek z rození dítěte zatím nemají. „Porod je v každém případě bolestivý a stresující bez ohledu na výsledek. Ženy se dostanou do porodních bolestí obvykle po devíti měsících rozrušení, nejistoty a starosti o dítě. Jsou vyčerpané z toho, že musely nosit váhu navíc, zvláště ke konci těhotenství a zoufale se těší, že to vše skončí. Horší než jakákoliv bolest může být děsivé prožívání nejistoty v kterémkoliv stádiu. Ženy se samy sebe ptají: jak dlouho to bude trvat, jak to bude bolestivé, jak budu snášet bolest, bude personál schopný, jak budu uvažovat o dítěti? Málo žen si myslí, že porod je snadný, i když většina z nich optimisticky očekává, že celý proces dobře zvládnou“ (Nicholson, 2001, s. 58–59).

Během celého těhotenství by měla žena dbát na zdravou výživu, dostatek spánku a odpočinku, tělesnou hygienu a přiměřenou pohybovou aktivitu, pokud je vše v pořádku a její lékař jí nenařídil jiný režim. Těhotná by se měla vyhybat nadměrné fyzické i psychické zátěži, působení teratogenních vlivů (látky, které poškozují vývoj plodu – např. chemické látky, rentgenové záření) a požívání látek, které poškozují zdraví její i zdraví

plodu – nikotin, alkohol, drogy. Užívání léků by měla vždy zkontrolovat s lékařem, protože řada farmakologických preparátů je v těhotenství nejen nevhodná, ale někdy dokonce kontraindikovaná (Tošner, 2006, Gerych, 2006).

2.1.4. Předporodní kurzy a příprava k porodu

Fyzické a duševní změny, které jsou součástí těhotenství a k přípravě na narození dítěte patří, byly popsány výše. V současné době ale mají nastávající matky možnost navštěvovat a absolvovat různé předporodní kurzy, jejichž náplň tvoří informace o probíhajícím těhotenství, porodu, péči o dítě, kojení a výživě. Pokud takovýto kurz probíhá v porodnici, je jeho součástí obvykle prohlídka porodního sálu, oddělení šestinedělí a konkrétní informace, např. k možné účasti otce u porodu.

Bouřlivé diskuze, které se odehrály v 90. letech minulého století na stránkách odborného tisku (Soukupová, 1995), jsou dávnou minulostí. Pokud vše probíhá dobře, je přítomnost otce na porodním sále samozřejmostí, otec dítěte se stal součástí porodního děje, je své manželce či partnerce oporou během porodu a může spolu s ní přivítat novorozené dítě na světě hned po jeho narození.

Považuji předporodní kurzy a přípravy pro budoucí rodiče (mnoho párů je absolvuje společně) za důležité a užitečné. Jednak získají spoustu cenných rad a informací, ale hlavně se dopředu seznámí s prostředím, kde budou rodit a kde stráví první dny se svým novorozeným dítětem. Pokud rodící žena přijde z domova do zcela neznámého prostředí porodnice, kde se neorientuje, může to zvyšovat její úzkost, obavy a negativně ovlivnit i průběh porodu (Klaus, Kennell, Klaus, 2001).

Za zmínku stojí ještě různá cvičení pro těhotné ženy (jóga, plavání apod.). Při volbě pohybové aktivity je vždy na místě opatrnost a primárně by se žena měla poradit se svým ošetřujícím lékařem. Vzhledem k tomu, že infekce je jednou z přímých a nejčastějších příčin předčasného porodu, velmi důrazně bych budoucím matkám doporučila zejména konzultaci ohledně plavání. Uvědomuji si, že se jedná o aktivitu těhotným ženám příjemnou a často vyhledávanou, ale nejsem si jistá, zda je vhodné navštěvovat veřejné plavecké bazény.

2.2. Těhotenství fyziologické, rizikové, patologické

„*Anglická terminologie diferencuje těhotenství podle míry rizika na non-risk, low-risk a high-risk*“ (Roztočil et al., 2008, s. 57), což odpovídá našemu rozlišení těhotenství na fyziologické, rizikové a patologické.

Převážná většina gravidit (přibližně 75–80 %) probíhá fyziologicky a u těhotných žen se postupně objevují tělesné změny tak, jak bylo popsáno výše. Zhruba u 20–25 % těhotných žen se v průběhu gravidity vyskytnou rizikové faktory, které její fyziologický průběh mohou v kterékoliv fázi gestace závažně změnit. Právě ve skupině těchto gravidit je pak nejvyšší výskyt statisticky nepříznivých ukazatelů, jako je perinatální úmrtnost a perinatální morbidita (Hájek et al., 2004b).

Problémy často způsobuje absence lékařské péče (ať již nevědomá, protože žena o svém těhotenství zatím neví, nebo vědomá, kdy žena z jakýchkoliv důvodů nechce lékaře navštívit – např. uživatelky drog). Hájek et al. (2004b) upozorňují, že ženy, které mají ještě před těhotenstvím zdravotní obtíže (hypertenze, potíže se srdcem, onemocnění plic, cukrovku, interní nebo neurologické onemocnění apod.), se někdy bojí doporučení lékaře přerušit těhotenství, a proto k němu raději nejdou. Přitom mohou být ženy s výše jmenovanými i jinými zdravotními riziky silně ohrožené a jejich stav náleží do závažné těhotenské patologie.

Proto je nutná detekce znaků, které vymezují graviditu jako rizikovou (= jsou přítomny biologické nebo sociální rizikové faktory):

1. Věk matky (nižší než 18 a vyšší než 35 let)
2. Výška (méně než 155 cm – častěji předčasný porod, různé další komplikace)
3. Hmotnost před otěhotněním (ženy s nízkou hmotností jsou ohrožené předčasným porodem; ženy s nadváhou jsou ohrožené operativním porodem, ale také např. těhotenskou cukrovkou)
4. Kouření, alkohol a užívání drog sebou nesou vysoké riziko předčasného porodu, předčasného odtoku plodové vody, porodních komplikací, ale i intrauterinního úmrtí plodu nebo zdravotních komplikací novorozence
5. Zaměstnání (náročné a stresující zaměstnání zvyšuje riziko předčasného porodu) (Roztočil et al., 2008).

Hájek et al. (2004b) zdůrazňují nutnost zjistit pečlivě a podrobně osobní, rodinnou, gynekologickou a porodnickou anamnézu ženy a provést řádně všechna vstupní vyšetření, která mohou odhalit zdravotní problémy a rizika, jako např. nějaké onemocnění, vícečetnou graviditu aj. V průběhu všech prenatalních prohlídek v těhotenské poradně je třeba těhotné ženě pečlivě provést všechna vyšetření, která jsou v rámci prenatalní péče v České republice předepsaná a která by měla každá budoucí matka absolvovat v rámci ochrany svého zdraví i zdraví nenarozeného dítěte (jejich podrobný soupis uvádí např. Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 107-110; Pařízek, 2008, s. 90-94; Roztočil et al., 2008, s. 58).

2.2.1. Vícečetné těhotenství

Vícečetné těhotenství, kdy se v děloze vyvíjí více než jeden plod, patří mezi rizikové gravidity. Jedná se o dvojčata (gemini), trojčata (trigemini) nebo čtyřčata (quadrigemini). V naší republice bylo zaznamenáno několik porodů čtyřčat, vyšší gravidita ukončená porodem živých dětí se nevyskytla. Pařízek (2008) uvádí, že v literatuře jsou zaznamenané porody sedmerčat, médiu proběhla v lednu 2009 informace o porodu osmerčat v Los Angeles, ale takto početná těhotenství jsou nejen velmi vzácná (často jsou následkem léčby neplodnosti), ale znamenají vysoký stupeň rizika pro matku i pro děti.

K výpočtu pravděpodobnosti vícečetného těhotenství se používá tzv. Hellinsovo pravidlo, podle něhož se předpokládá výskyt dvojčat $1:85$, trojčat $1:85^2$ a čtyřčat $1:85^3$ (Roztočil et al., 2008). V posledních letech je ovšem výskyt vícečetných (nejčastěji dvojčetných) gravidit především v důsledku rozvoje metod asistované reprodukce výrazně vyšší (Hájek et al, 2004b).

Vícečetná gravidita znamená pro matku podstatně vyšší fyzickou i psychickou zátěž, a proto bývá žena od potvrzení vícečetného těhotenství pečlivě sledována jako rizikově těhotná a většinou je v průběhu těhotenství převedena na pracovní neschopnost.

2.3. Porod, klasifikace porodu

„**Porodem (partus)** nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec s menší hmotností alespoň 24 hodin. U mrtvě rozeného plodu je nově stanovenou podmínkou porodu rovněž minimální hmotnost 500 g“ (Srp, 2006, s. 121).

„**Porod** je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky“ (Roztočil et al., 2008, s. 109).

„**Porod** je proces, při kterém dítě opouští dělohu a přichází na svět“ (Pařízek, 2008, s. 661).

„**Podle průběhu porodu klasifikujeme porod následovně:**

1. Samovolný (spontánní) porod je ten, který nastoupil na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez zásahu porodníka.
2. Medikamentózní porod. Po spontánním nastoupení porodní činnosti jsou přirozené pochody modifikovány aplikací léčebných prostředků, a to převážně za účelem koordinace děložní činnosti, zmírnění bolestivosti nebo ovlivnění III. doby porodní.
3. Indukovaný porod je vyvolán uměle aplikací uterokinetických preparátů (oxytocin, prostaglandiny), a to buď z lékařské indikace, nebo z důvodů medicínských (programovaný porod).
4. Operativní porod je takový, kde muselo být těhotenství ukončeno nebo porod urychlen z indikace ohrožení života nebo zdraví matky, plodu, nebo obou porodnickou vaginální nebo abdominální operací. Mezi operativní porody řadíme i ty, kdy byla vykonána porodnická operace ve III. době porodní.
5. Fyziologický porod probíhá působením přirozených porodních mechanismů za pomoci a nikoliv zásahu personálu porodního sálu.
6. Porod patologický je ten, kdy dochází k rozvoji porodnické patologie, kterou je nutno aktivně řešit. Přesnou hranici mezi porodem fyziologickým a patologickým je někdy obtížné určit“ (Roztočil et al., 2008, s. 110).

„Podle ukončeného týdne těhotenství klasifikujeme porod následovně:

1. Předčasný porod. K porodu dojde před ukončením 37. týdne těhotenství.
2. Porod v termínu. K porodu dojde v průběhu 38.–40. týdne těhotenství.
3. Potermínový porod. K porodu dojde po ukončeném 40.–42. týdnu těhotenství.
4. Porod po 42. týdnu těhotenství. Jde o patologické přenášení, kterému je nutné zamezit“ (Roztočil et al., 2008, s. 109).

2.3.1. Průběh porodu

Vlastní porod má tři porodní doby, Roztočil et al. (2008) uvádí, že z časového hlediska a podle probíhajících procesů dělíme celý porod na období přípravné, tři doby porodní a dobu poporodní.

Období přípravné je typické výskytem tzv. poslíčků, odborně se nazývají Braxtonovy-Hicksovy kontrakce (Srp, 2006), které se objevují jako předzvěst děložní činnosti vedoucí k porodu. Jsou ale nepravidelné a buď mohou zcela ustát, nebo přejít do kontrakcí pravidelných. V tomto období se mění tvar, konzistence i uložení děložního hrdla, děložní svalovina je dráždivější, následkem úbytku plodové vody se mírně zmenší objem břicha. Několik dní před porodem dochází k odchodu hlenové zátky, což signalizuje otevírání porodních cest. U prvorodiček uvedené známky blížícího se porodu probíhají v posledním měsíci před porodem, u vícerodiček těsně před začátkem porodu.

I. doba porodní se nazývá dobou otevírací, začíná nástupem pravidelných kontrakcí (vůlí neovladatelné stahy dělohy), které otevírají děložní hrdlo, a končí zánikem branky, tj. úplným otevřením porodních cest. V této fázi zpravidla praská vak blan a dochází ke spontánnímu odtoku plodové vody, což posiluje děložní kontrakce a zkracuje průběh této porodní doby. Celý porod včetně II. doby porodní vyžaduje u prvorodiček 110–150 kontrakcí, u vícerodiček 60–80 kontrakcí (Klementa, 1981; Srp, 2006).

První doba porodní se dále dělí na:

1. latentní fázi – trvá do dilatace (rozšíření) branky 2–3 cm, porod probíhá pomalu a je těžké předvídat, jak dlouho bude tato fáze trvat; zvyšuje se frekvence, trvání a intenzita kontrakcí

2. aktivní fázi – porod se zrychluje, kontrakce zesilují, ale zkracují se a vedou k rychlému rozvoji nálezu na brance (na počátku této fáze je branka 3 cm, na konci 8 cm)
3. tranzitorní fázi – průběh porodu se mírně zpomaluje, branka úplně zaniká a zvyšuje se frekvence děložních kontrakcí.

I. doba porodní je nejdelší, u prvorodiček může trvat až 12 hodin; některé zdroje ovšem uvádí kratší rozmezí: 6–7 hodin. Pokud dojde k dilataci děložního hrdla až do jeho zániku skrytě, ke konci těhotenství, tak je tím trvání této doby velmi výrazně zkráceno (Srp, 2006). Ve vztahu k trvání porodu Roztočil et al. (2008) poukazuje na faktory, které se ukázaly jako významné – parita, věk ženy, intervaly mezi porody, vztah mezi velikostí plodu a porodními cestami, gestační stáří, stav výživy těhotné ženy a její hmotnost, únava, psychický stav a její připravenost na porod, medikace, poloha matky v průběhu porodu a uložení plodu, resp. uložení hlavičky.

„Velmi obecně lze říci, že prvorodičky rodí 6–12 hodin a víceroďičky 3–9 hodin. Délka trvání porodu je velmi individuální. ... V civilizovaných zemích by neměl porod překročit 12 hodin“ (Roztočil et al., 2008, s. 118).

II. doba porodní je dobou vypuzovací, označuje prostup plodu porodními cestami a končí porodem plodu. Rodička při kontrakcích vědomě používá břišní lis. Vzhledem k tvaru a velikosti jednotlivých pánevních rovin se musí hlavička plodu v porodních cestách natáčet (rotovat), aby nedošlo k jejímu stlačení nebo uvíznutí. Tato doba zpravidla trvá 5–10 minut, její délka by neměla překročit jednu hodinu.

III. doba porodní se nazývá lůžková nebo „doba k lůžku“. Během ní dochází k porodu placenty (lůžka) včetně plodových (lůžkových) obalů, protože po porodu plodu se děloha začne stahovat a placenta se odloučí od děložní stěny. K tomuto procesu jsou stále ještě nutné děložní kontrakce, ale jejich síla je mnohem slabší než ve II. době porodní a rodička je někdy ani nevnímá. Tato doba má podle mechanismu odlučování placenty tři fáze: odlučovací, vypuzovací a hemostatickou (Roztočil et al., 2008). Nedojde-li ke komplikacím, je trvání této doby 5–10, max. 20 minut, a tím končí vlastní porod.

IV. doba porodní je de facto dobou poporodní, resp. jde již o tzv. rané šestinedělí. Jedná se o první dvě, max. tři hodiny po porodu, kdy je žena (nyní již „nedělka“) nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením, a z toho důvodu zůstává na porodním sále pod kontrolou zdravotníků. Sleduje se krevní tlak, teplota, puls. Pokud je vše v pořádku, je žena po uplynutí dvou hodin převezena na oddělení šestinedělí. Po šesti hodinách může vstát a pomalu začít pečovat o sebe i svoje novorozeně (Čepický, Kurzová, 2003; Srp, 2006; Pařízek, 2008; Roztočil et al., 2008).

Většina porodnic nabízí matkám možnost mít svoje dítě u sebe a pečovat o ně, což je tzv. systém péče „rooming-in“. Styk s matkou má pro dítě velmi pozitivní význam, zejména somestetický (kožní) styk a čichové podněty jsou velmi důležité, poněvadž dítě rozezná pach matky a podle něj si hledá např. prs. Rooming-in slouží k všestrannému somatickému i psychickému rozvoji dítěte a k upevnění vzájemného vztahu matky a dítěte (Rokyta, Marešová, Turková, 2003, s. 205).

2.3.2. Šestinedělí

Porodem plodu končí pro ženu období těhotenství a začíná období poporodní, jehož prvních šest týdnů bývá nazýváno **šestinedělí** neboli **puerperium**. Přibližně do šesti týdnů se pohlavní orgány (vyjma mléčné žlázy) vrací do stavu, v jakém byly před těhotenstvím. Děloha se zavinuje a hojí se porodní poranění (Rokyta, Marešová, Turková, 2003, s. 206).

První dny šestinedělí tráví žena v porodnici. Propuštění domů závisí na průběhu porodu, tělesném a duševním stavu novopečené matky a samozřejmě na zdravotním stavu dítěte. V některých případech (např. po předčasném porodu, v případě zdravotních komplikací apod.) je možné ženu propustit, ale novorozeně musí ještě zůstat v péči lékařů. Pokud jsou matka i dítě v pořádku, tak jsou po fyziologickém porodu běžně propouštěni domů 4.–5. den, po operativním porodu bývají matky propouštěné 5.–7. den.

Další průběh šestinedělí probíhá doma a je vhodné, aby tyto dny žena věnovala péči o dítě a péči o sebe a svou hygienu (poporodní poranění), hodně odpočívala a vyhýbala se větší fyzické námaze i psychické zátěži. V období šestinedělí probíhají v těle ženy silné hormonální změny – normalizují se hladiny hormonů estrogenů, progesteronu a hCG

vylučovaných v těhotenství placentou a naopak z hypofýzy (podvěsku mozkového) přechází do krve nedělkou hormon prolaktin a oxytocin, které jsou důležité pro podporu laktace a vylučují se zejména při dráždění bradavek při kojení (Pařízek, 2008).

Vedle tělesných změn, kdy dochází ke ztrátě hmotnosti nabrané během těhotenství, mění se proporce prsů, pigmentace kůže atd., jsou pro toto období typické psychické výkyvy, depresivní nálada, plačtivost, sklíčenost, únava, pocit jakési prázdnoty, úzkosti, stejně jako pocity štěstí a naplnění. Některé ženy mají obavy, protože třeba hned po narození dítěte necítí „mateřskou lásku“, ale tento pocit zpravidla postupně odeznívá a jejich „mateřské cítění“ se postupně objevuje a sílí.

U 50–80 % žen se 3.–6. den po porodu objevuje tzv. poporodní blues (v anglické terminologii Baby Blues, Postpartum Blues), což je přechodná subdepresivní epizoda, která se projevuje právě zmíněnou plačtivostí, podrážděností, emoční labilitou, pocity nejistoty a úzkosti, letargií. Mohou se objevit i další příznaky jako je nespavost, bolesti hlavy, bolesti zad, zažívací obtíže atd. V zásadě jde většinou o normální jev, který rychle odezní.

Pokud však příznaky přetrvávají delší dobu nebo se dokonce prohlubují, je nutné vyhledat pomoc, protože by se mohly rozvinout ve vážnější formy poporodní deprese (Ratislavová, 2008; Pařízek, 2008; Čepický, 1999).

Čerňanová (2009) udává až 20krát vyšší riziko vzniku duševní poruchy po porodu než v jiném období života ženy. Z hlediska relapsu psychotického onemocnění se jedná o velmi senzitivní období. Za nejčastější psychickou poruchu poporodního období je považována deprese.

2.4. Předčasný porod

„Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1977 je předčasný porod definován jako těhotenství ukončené v období kratším než ukončený 37. týden gestačního stáří, to je méně než 259 dní od prvního dne poslední menstruace. Horní hranice je tudíž dobře definovatelná. Hůře definovatelná je dolní hranice předčasného porodu“ (Roztočil et al., 2008, s. 163).

V českém zdravotnictví je předčasný porod stále závažným problémem současného porodnictví a má výrazný dopad nejen zdravotní, ale i rodinný, sociální a ekonomický. Podíl předčasných porodů se ve světě pohybuje průměrně okolo 10 % všech porodů, v České republice se pohybuje okolo 6 %. Přes veškerý pokrok medicíny a zkvalitňování prenatální péče se nedaří jeho četnost snižovat a v posledních letech dokonce u nás jeho četnost mírně stoupá. Je to způsobeno tím, že předčasný porod je spojen např. s vyšším věkem rodiček, s těhotenstvím po umělém oplodnění nebo s vícečetným těhotenstvím (Hájek et al., 2004b; Štembera, 2004).

„Medicína intenzivně hledá nějaký marker (jednoznačný signál), který by včas upozornil na skupinu těhotných, které jsou předčasným porodem ohroženy. Zatím se takový jednoznačný marker nepodařilo odhalit. Vytipováno již bylo okolo 300 rizikových faktorů, které nějakým způsobem mohou negativně ovlivnit průběh těhotenství, ale v podstatě žádný z nich sám o sobě nemusí vést k předčasnému ukončení těhotenství“ (Pařízek, 2008, s. 210).

2.4.1. Příčiny předčasného porodu

Binder (2005) a Pařízek (2008) přehledně a podrobně popisují, že *„mezi faktory, které jsou v **přímé souvislosti** s rizikem předčasného porodu, patří:*

1. Poruchy placenty (špatná tvorba, špatné umístění, předčasné odlučování). Tyto poruchy se podílí až v 50 % na předčasném porodu. Špatná funkce placenty může ohrozit vývoj plodu v děloze a je-li lékaři včas diagnostikována, vede k jejich rozhodnutí předčasně, v zájmu plodu těhotenství ukončit.

2. Infekční příčiny (38 %). Zánět v hrdle děložním může vyprovokovat děložní svalovinu k předčasné činnosti nebo může přejít na plodové obaly a způsobit jejich prasknutí a předčasný odtok plodové vody. Předčasný odtok plodové vody se objevuje až u 1/3 předčasných porodů.

3. Imunologické příčiny (30 %) představují doposud nejméně objasněnou oblast. Geneticky jsou tkáně plodového vejce z jedné poloviny mateřskému organismu cizí, pochází od otce. Pro úspěšný průběh těhotenství se musí v mateřském organismu ustavit imunologická tolerance. Dojde-li k jejímu nevytvoření, mateřský organizmus se snaží dříve nebo později tohoto "vetřelce" zbavit. Z tohoto pohledu jsou nejvíce ohroženy ženy, které s daným partnerem mají jen krátkou dobu nechráněný styk, a jejich imunitní obranný systém si za krátkou dobu nestihl toleranci vytvořit.

4. Nedostatečnost uzávěrového aparátu hrdla děložního. Čistá nedostatečnost hrdla děložního je jako příčina předčasného porodu poměrně vzácná. Týká se žen, které opakovaně tzv. bezbolestně potratily v II. trimestru gravidity. Zkrácení a prostupnost hrdla děložního je mnohem častěji vyvoláno do té doby klinicky němým zánětem v samotném děložním hrdle nebo nadměrným tlakem vyvolaným obsahem dělohy (vícečetné těhotenství). Cerclage je operační výkon, kdy se hrdlo děložní uzavírá silným stehem, aby se jeho funkce podpořila. Dříve se jednalo o nejčastější operační výkon, výsledky však nepřinesl. Dnes se již provádí přísně výběrově v jasně indikovaných případech.

5. Mateřské příčiny. Těžké onemocnění matky může mít negativní vliv na průběh těhotenství a naopak těhotenství může vést k dramatickému zhoršení onemocnění matky. Je-li ohrožen vývoj plodu nebo zdraví a život matky, je těhotenství nutné ukončit předčasně.

6. Anatomické abnormality dělohy. Patří k méně častým příčinám. Děloha se zakládá ve svém vývoji splynutím dvou Müllerových vývodů. Poruchy tohoto splnutí mohou vést k celé řadě vrozených vývojových vad dělohy. Děloha pak není schopná těhotenství svou kapacitou donosit do termínu porodu. Na děloze se mohou vytvořit i nezhoubné nádory, tzv. myomy, které svým umístěním nebo velikostí mohou být příčinou předčasného porodu. Rovněž jizvy po předchozích operacích na děloze včetně císařského řezu mohou negativně ovlivnit délku těhotenství.

7. Abnormality plodu. Vrozené vývojové vady plodu jsou další z příčin předčasného porodu. Příroda má do určité míry schopnost zbavovat se svých chyb. V těchto případech je věcí prenatalní diagnostiky odhalit, o jakou poruchu vývoje se jedná, jestli je vada slučitelná se životem a do jaké míry tato vada ohrozí v budoucnu kvalitu života ještě nenarozeného jedince.

8. Vícečetné těhotenství. Je po všech stránkách rizikové. Těchto těhotenství přibývá hlavně dnes již rutinními technikami umělého oplodnění. Lidská děloha je však stavěna na donošení jednoho plodu. Z toho důvodu se dvojčata rodí průměrně ve 36. týdnu, trojčata ve 32. týdnu a čtyřčata se málokdy podaří převést přes 28. gestační týden.

9. Trauma a chirurgické intervence. Pády, údery do břicha a hlavně úrazy při sportu a v dopravě mohou způsobit předčasné odloučení placenty, které je urgentní příčinou okamžitého ukončení těhotenství. Rovněž chirurgické zákroky v průběhu těhotenství (zánět slepého střeva, operace žlučníku apod.) zvyšují riziko předčasného porodu“ (Binder, 2005; Pařízek, 2008, s. 216- 217).

„Mezi **nepřímé faktory**, které mohou vést k předčasnému porodu, řadíme např. předčasný porod v anamnéze ženy, špatné sociální a ekonomické podmínky, malý vzrůst v kombinaci s nízkou tělesnou hmotností, profesní rizika a zevní vlivy (kouření, užívání drog apod.) a vliv zevního prostředí (špatná kvalita ovzduší, vody apod.)“ (Binder, 2005; Pařízek, 2008, s. 216).

Hájek et al. (2004b) jako nejčastější příčiny, které vedou k předčasnému porodu, popisují následující faktory:

1. Infekce
2. Věk matky, parita a sociální faktory
3. Riziko opakování předčasného porodu
4. Riziko vícečetné gravidity
5. Zvýšené riziko předčasného porodu při patologické graviditě
6. Kouření, alkohol, drogy a péče v těhotenství
7. Vliv tělesné námahy a zaměstnání

Dort et al. (2004) vidí jako nejčastější příčinu předčasného porodu (a příp. intrauterinní retardace růstu plodu) infekci, která pronikne do dutiny děložní, vyvolává zánět placenty a plodových obalů a může napadnout plod. Ze strany matky jsou rizikovými faktory nízký nebo naopak vyšší věk, poruchy životosprávy, stresové situace, kouření, abusus alkoholu a drog, podvýživa, ale i vrozené vady dělohy, léčená sterilita nebo chronická onemocnění (diabetes mellitus, kardiorespirační onemocnění, hypertenze).

Větr (1999) uvádí, že z hlediska sociálních faktorů je závažný věk, parita, interval mezi graviditami, životní styl, příjem rodiny, vzdělání a migrace. U mladších žen je riziko předčasného porodu nebo potratu vyšší, jako příčina se udává nedokončený tělesný vývoj ženy (hypoplázie dělohy) a nevhodné sociálně ekonomické podmínky spojené s většími stresy a anxiózitou. Riziko předčasného porodu potom opět ve skupině žen nad 35. rokem stoupá a objevují se u nich i častější porodnické komplikace (včetně vyššího počtu operačních porodů). Také matky, v jejichž anamnéze jsou opakované potraty, předchozí předčasné porody nebo mají komplikace těhotenství (např. preeklampsie), jsou ohroženy předčasným porodem. Rovněž svobodné matky patří k této skupině ohrožených těhotenství.

2.4.2. Diagnostika a terapie předčasného porodu

Při diagnostikování předčasného porodu se rozlišují „4 klinická stadia“:

1. *Předčasný porod hrozící (partus praematurus imminens)*
2. *Předčasný porod počínající (partus praematurus incipiens)*
3. *Předčasný porod v běhu (partus praematurus in cursu)*
4. *Předčasný odtok plodové vody (defluvium liquoris amnialis praecox)“*
(Hájek, 2006, s. 190).

Terapie předčasného porodu spočívá především v pečlivém zvážení všech příznaků, stavu těhotné ženy a stavu plodu. Je-li možné hrozící nebo počínající porod odvrátit, zpravidla jsou těhotné aplikována tokolytika (léky tlumící děložní činnost), antibiotika (jako protizánětlivá terapie) a jsou aplikovány kortikosteroidy, které urychlují tvorbu surfaktantu v plicích plodu, což zlepšuje prognózu novorozence po porodu (Čepický, Kurzová, 2003).

Těhotná žena s příznaky předčasného porodu je pokud možno transportována do nemocnice vyššího typu, do tzv. **perinatologického** nebo **intermediárního centra**. V České republice je zřízena síť těchto center, které jsou schopny poskytnout nedonošenému novorozenci ihned po porodu tu nejkvalitnější intenzivní péči. Šance na přežití nedonošeného novorozence narozeného v centru je až 5x vyšší, než když se narodí mimo něj (Štembera, 2004).

2.5. Syndrom mrtvého plodu

Mrtvorozenost je v České republice již několik let stabilní a podle statistik se pohybuje mezi 2–3 %, což je v celosvětovém porovnání příznivé. V rozvinutých zemích se mrtvorozenost pohybuje mezi 4,2–6,8 %, zatímco v rozvojovém světě je to poměr 20–32 mrtvorozených na 1000 narozených dětí, což ovšem souvisí s často neadekvátní, příp. nedostupnou lékařskou péčí, a je pravděpodobné, že konečné číslo je vyšší (Smith, Fretts, 2002; Pařízek, 2004).

Pařízek (2004) vysvětluje, že o „syndrom“ se jedná z toho důvodu, že při zjištění mrtvého plodu a jeho porodu mohou nastat komplikace závažně ohrožující zdravotní stav či dokonce život matky. Pod tento syndrom patří všechna úmrtí plodu v těhotenství a za porodu, kdy se narodí plod o hmotnosti vyšší než 500 g bez známek života, což jsou akce srdeční, pohyb, dech a křik.

Těhotná žena s mrtvým plodem musí být neprodleně odeslána k hospitalizaci na příslušné gynekologicko-porodnické oddělení, protože rychlým porozením nebo potracením mrtvého plodu je možné předejít komplikacím, ke kterým může dojít kvůli infekci a rozvoji sepse (vždy je nutná profylaxe antibiotiky). Pokud jsou u ženy patrné již počínající komplikace, je vhodné vést i porod mrtvého plodu v perinatálním centru. Zdravotníci považují za vhodnější indukovat spontánní porod plodu a vyhnout se císařskému řezu. Při úmrtí jednoho plodu u vícečetného těhotenství je postup vždy individuální, záleží na typu gravidity (jiný je postup u monozygotních nebo dizygotních dvojčat) a při prvních známkách nitroděložní tísně, opožděného růstu nebo zhoršení průtoku krve je nutné graviditu ukončit císařským řezem (Pařízek, 2004).

Lékařské postupy při syndromu mrtvého plodu popisuje uvedený autor podrobně, ale co se týče psychologické stránky této nešťastné události, je velmi stručný: *„Úzkost a zármutek rodičů nad ztrátou očekávaného potomka vyžadují emoční podporu postiženým. Nejlépe je volit odbornou pomoc klinického psychologa“* (Pařízek, 2004, s. 395).

Naproti tomu Roztočil et al. (2008) se *„managementu perinatální ztráty“* věnují daleko pečlivěji a přes jistou strohost jeho textu je patrné, že si uvědomuje tragičnost celé situace a nutnost zachovat určitou pietu, takt a ohleduplnost: *„Tato smutná povinnost není sice denním chlebem porodní asistentky a porodníka, nicméně zvláště proto je dobré stanovit si standardní postupy v této situaci. Neinformovat rodiče telefonicky, pro informaci volit důstojné, uzavřené prostředí bez přítomnosti cizích osob. Informováni by měli být oba rodiče, a to porodníkem, porodní asistentkou, neonatologem. Nespěchat, nelhat a nevymýšlet si. Volit výrazové prostředky adekvátní schopnostem chápání rodičů. Docílit jejich pochopení případu. Klidně a vyčerpávajícím způsobem odpovědět na všechny jejich možné i nemožné otázky. Nestavět se do nadřizené, mentorské pozice. Chápat smutek i negativní reakce. Umožnit rodičům společný pobyt po dobu nezbytně nutné hospitalizace. Ženu nehospitalizovat na oddělení rizikového těhotenství nebo na oddělení šestinedělí.*

Pokud možno ji hospitalizovat samostatně. Hospitalizaci zbytečně neprodlužovat. Nebránit rodičům ve vizuálním i taktilním kontaktu s mrtvým novorozencem. Pokud odmítají novorozence vidět a chtějí o něm informace, podrobně jim stav novorozence popsat. Opatrně volit výrazové prostředky pro popis macerovaného novorozence nebo při výskytu vrozených vývojových vad. Nebránit náboženským úkonům (křest). Probrat možnosti pohřbu a respektovat jejich přání. Nabídnout pomoc rodičům při informování příbuzných. Umožnit jim mít trvalou vzpomínku na mrtvého novorozence (otisk ruky, chodidla, pramínek vlasů) Pokud si to rodiče přejí, probrat s nimi možnosti dalších těhotenství“ (Roztočil et al., 2008, s. 130 – 131).

Při narození mrtvého dítěte (nebo při úmrtí novorozence) má reakce rodičů několik fází. Zpočátku je to otřes z poznání nezvratné skutečnosti. Ten je většinou vystřídán afektem smutku a zoufalství, a po nějaké době se objevuje obranná reakce (někdy až s agresivními postoji). Nakonec následuje fáze vyrovnání se se skutečností (Elstnerová, 2001b).

Honzák (1999) a Vyhnálek (1991) citují E. Kübler-Rossovou, která se zabývala problematikou terminálních onemocnění, umírání a popsala stádia, kterými prochází člověk vyrovnávající se v životně kritické situaci se svým terminálním onemocněním. „*Tyto fáze nutné ke zpracování neodvratné ztráty prožívají pozůstalí také, i když většinou v kratším časovém úseku*“ (Honzák, 1999, s. 100):

1. fáze šoku (bezprostředně po sdělení tragické zprávy; zejména při neočekávané a náhlé smrti může tato fáze nabýt velmi intenzivní podoby)
2. fáze popření (odmítnutí informací jako reality)^{1/}
3. fáze smlouvání (iracionální hledání důvodu, viníka, sliby; může se objevit i agrese proti okolí, lékaři, osudu,...)
4. fáze přijetí daného stavu (na kterou by měla v případě potřeby navazovat další pomoc).

Pozůstalí často chtějí zemřelého vidět, čemuž je vhodné vždy vyhovět. Někdy dochází k odmítnutí tohoto požadavku ze strany personálu nemocnice, aby pohled na tělo zemřelého pozůstalé ještě více netraumatizoval. Honzák píše: „*Setkal jsem se s tímto názorem na řadě pracovišť, dosud se dodržuje na mnoha porodnicích, rozhodně však takové řešení není pro pozůstalé vhodné, protože komplikuje proces postupného loučení se zemřelým*“ (Honzák, 1999, s. 100).

Rovněž Matějček (2002) popisuje fáze prožívání ztráty, jakou rodiče (a samozřejmě i jiné citově angažované osoby) při úmrtí dítěte nebo při informaci o krajním ohrožení života dítěte cítí, následovně:

1. Otřes, šok, ohromení z první 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“ (často s agresivní složkou)
4. Postupné přijímání reality a její pozitivní zpracování.

Jeho doporučení, jak citlivě komunikovat s rodiči v této těžké a emocionálně náročné situaci, jakou narození mrtvého dítěte nebo úmrtí novorozence záhy po porodu představuje, jsou vzhledem ke svému rozsahu uvedena v příloze č. 6.

Porod mrtvého dítěte je „paradoxní situací, kdy ve chvíli, která by měla být významnou pozitivní a radostnou událostí v životě ženy, páru, se situace mění v životní zklamání a zmar. Rodiče i personál jsou v této situaci na porodním sále přímo konfrontováni se smrtí jako kontrastem zrození, prožívají intenzivně negativní emoce, pocity selhání a bezmoci. Rituály využívané při podpoře rodičů při perinatální ztrátě by měly plnit funkci ochrannou, podpůrnou a dodávat pocit kontroly nad situací“ (Ratislavová, Beran, 2010 s. 462 – 463).

Ratislavová (2008) diferencuje mezi ženami, které do nemocničního zařízení přišly s plodem již mrtvým, a ženami, u kterých došlo k úmrtí plodu přes veškerou zdravotní péči až po příjmu do nemocnice. V prvním případě je snadnější navázat se ženou kontakt a nabídnout pomoc než v případě druhém, kdy rodička cítí především zlost a obviňuje personál ze špatné péče a pochybení (zde je i vysoké riziko soudní dohry).

Rituál rozloučení s mrtvým novorozencem, tak jak ho navrhuje např. Roztočil et al. (2008), je podle uváděné autorky v zemích západní Evropy a Skandinávie běžný, zatímco u nás je stále „někdy takové rituální chování považováno za absurdní až zvrácené. Podle všeho ale usnadňuje uzavření celé události, umožňuje započeti ozdravného procesu truchlení“ (Ratislavová, 2008, s. 76).

Mnoho rodičů je v okamžiku ztráty dítěte natolik v šoku a ve stresu, že je ani nenapadne chtít nějaké upomínky na dítě. Některé studie však dokazují, že rodiče, kteří mají na své zemřelé dítě nějakou konkrétní památku, jsou později spokojenější a méně úzkostní než ti, kteří nemají nic, co by je s dítětem spojovalo (Ratislavová, Beran, 2010).

„Pro rodiče je často velice těžké vypořádat se se situací, kdy se dítě narodí mrtvé. Nikdy nežilo mimo dělohu a neexistují tudíž na ně žádné vzpomínky, které by pomohly při truchlení. ... Ve většině nemocničních center v západních zemích zajišťují porodní asistentky tzv. 'upomínky' (memento pack), které obvykle obsahují fotografii dítěte oblečeného i nahého, otisk ručky a nožky, pramínek vlásků a identifikační číslo novorozence, které se dává kolem zápěstí. Takovéto upomínky bývají archivovány několik let ... až 80 % rodičů si je žádá a to v průměru 8 týdnů po úmrtí dítěte. Někteří rodiče kontaktují v této souvislosti nemocnice i po letech“ (Sobotková et al., 1999, s. 175).

Hughes et al. (2002) uvádějí, že za posledních 25 let došlo ke značnému posunu „psychosociálního managementu“ při porodu mrtvého dítěte. Zatímco dříve bylo dítě co nejrychleji odneseno, aby pohled na ně rodiče nestresoval, dnes jsou rodiče povzbuzováni k tomu, aby své dítě viděli, dotýkali se ho, rozloučili se, pohřbili ho a uchovali si nějakou památku (fotku, otisk ručičky nebo nožky, vlásky, oblečení) pro vzpomínku na toto dítě. Tyto rituály by jim měli umožnit vyrovnat se s perinatální ztrátou lépe, než kdyby dítě vůbec neviděli. Autoři zjistili, že některé matky chovaly své dítě, i když nechtěly, ale „bylo jim řečeno, že je to pro ně lepší“. Na základě své studie autoři doporučují, aby byly personálem, který v těchto situacích bývá úzkostný a smutný, rituály rozloučení nabízeny rodičům s ohledem na jejich přání, a pokud si rodiče něco nepřejí (např. držet mrtvé dítě), aby k tomu nebyli nuceni (byť „v jejich zájmu“).

Ratislavová a Beran (2010) uvádějí, že na psychiku rodičů při kontaktu se zemřelým dítětem silně působí jejich přání a očekávání, podpora (nebo tlak) ze strany personálu, ale také vzhled dítěte, jeho gestační stáří, výskyt vrozených vývojových vad atd.

Pocit „prázdné náruče“ je pro rodiče dlouhodobě stresující a může vést k různým reakcím (izolace od těhotných žen, odmítání vidět či se dotýkat jiných dětí až po palčivou touhu držet v náručí nějaké dítě, ať je to jakkoliv bolestné). Typické jsou zdravotní obtíže (nespavost, nechutenství), kolísání nálad a „nepochopitelné“ emoční výlevy. Kontakt s okolím je problematický, protože je pro jiné lidi těžké chápat jejich ztrátu. Bolest rodičů časem pomalu otupuje, ale nikdy zcela nevymizí a v určité dny žal a pocit ztráty zesílí.

Büchi et al. (2007) dlouhodobě sledovali rodiče dětí předčasně narozených ve 24.–26. gestačním týdnu, které zemřely. Zjistili, že ještě 2–6 let po této bolestné události se jejich rodiče potýkají se zármutkem. Z prezentovaných výsledků je zřejmé, že časné neonatální úmrtí prožívají hůře matky (cítí bolest a zármutek, když si na dítě vzpomenu, pláčou, dítě jim chybí a mají potřebu mluvit o své ztrátě) než otcové, kteří mají o něco „nižší skóre zármutku“. Při komunikaci s rodiči těžce nedonošeného zemřelého dítěte je nutné brát v úvahu, že tato událost život rodičů zásadně a dlouhodobě poznamená. S odstupem času se v životě rodičů (opět výrazněji u matek než u otců) začnou objevovat nové životní priority, poznání, že se dovedou vypořádat s těžkostmi a jsou silnější, než si mysleli, a že mají více pochopení pro ostatní. Mnozí mluví o poznání, že se v těžkém období mohou spolehnout na jiné lidi.

Ratislavová (2008) soustředí svou pozornost nejen na pocity a reakce matek po perinatální ztrátě, ale upozorňuje rovněž na truchlení otce, které je někdy zcela odlišné od truchlení matky, což může v konečném důsledku vést až k jejich partnerskému rozkolu (zejména v případě, že hledají odpovědnost za smrt dítěte v chování druhého partnera, což se v některých případech stává).

Muž se často uzavře do sebe nebo hledá různé aktivity, kterými naplňuje veškerý svůj čas. Zajímavé, a z mého pohledu velice správné, je uvědomění si, že u mužů dochází ke konfliktu rolí, které se s mužskou pozicí ve společnosti pojí a které mohou vést k obtížnému vyrovnávání se otce se smrtí dítěte. Jedná se o následující role:

1. Role silného muže, který nepláče a musí být silný za všech okolností
2. Role ochránce, který však selhal, protože neochránil své dítě před smrtí a svou ženu a zbytek rodiny před bolestí
3. Role soběstačného muže, který se nemůže zhroutit jako ostatní, připustit si své emoce
4. Role zajistitele, který musí živit rodinu a vrátit se do práce (Ratislavová, 2008).

Možná, že právě kvůli pocitu závazku, vyplývajícího z těchto rolí, je pro muže obtížné sdílet svůj smutek se ženou, dát najevo, že pro něj je to také těžké, a proto mezi nimi dochází ke komunikačním blokům, k pocitům nepochopení a někdy až k vzájemnému odcizení.

Binder (2007) ovšem uvádí, že „z psychologického hlediska se s porodem mrtvého dítěte většina párů vyrovnává snadněji než s porodem hendikepovaného dítěte. Porod mrtvého plodu pár spíše stmelí. Muži zůstává role ochránce“ (Binder, 2007, s. 62).

V souvislosti s časnou perinatální ztrátou jde o silné emocionální reakce, což je pochopitelné, protože se jedná o tragickou událost v rámci rodiny. Všechny pocity (šok, zděšení, panika, popření a odmítnutí události, hněv, hledání viníka, zlost atd.) jsou součástí obranných mechanismů a fází vyrovnávání se s touto nešťastnou událostí. Psychologickou péčí bych v těchto případech považovala za nezbytnou a nedílnou součást péče o celou pozůstalou rodinu.

Závěrem bych k této podkapitole chtěla napsat, že při sestavování osnovy pro teoretickou část disertační práce jsem měla v úmyslu jen stručné definování syndromu mrtvého plodu a naznačení vhodných postupů a komunikace s rodiči. K podrobnějšímu studiu a hlubšímu zamyšlení se nad touto smutnou problematikou mě vedlo nejen několik sdílených zkušeností matek, které velmi těžce nesly prenatalní ztrátu, ale především několik osobních a emocionálně náročných setkání s matkou, která ve 37. týdnu těhotenství rodila mrtvé dítě. Tento traumatizující zážitek silně poznamenal její prožívání dalšího porodu tentokrát našťastí živého, ale nedonošeného děvčátka. Uvědomila jsem si, jak nedostatečné podpory se jí při porodu mrtvého dítěte dostalo, a jak negativní dopad v jejím případě měla totální absence psychologické pomoci (více viz výzkumná část, kazuistika č. 3).

2.6. Mateřské úmrtí

„V České republice je používána následující klasifikace mateřských úmrtí (MÚ): MÚ se vykazuje jako celkový počet úmrtí žen v těhotenství, za porodu a do 42. dne šestinedělí na 100.000 živě narozených dětí.

1. *Celková MÚ zahrnuje všechna úmrtí žen v gestaci*
2. *Z hlediska příčin MÚ se rozlišují tyto kategorie:*
 - a) *přímá (specifická) MÚ zahrnující úmrtí na onemocnění přímo související s gestací*
 - b) *nepřímá (nespecifická) MÚ zahrnující úmrtí na diagnózy z neporodnických oborů, kdy průběh choroby však byl vlastní gestací ovlivněn*
 - c) *nahodilá MÚ zahrnující úmrtí, která gestací ovlivněna nebyla, např. úrazy apod.“ (Velebil, 2010c, s. 4).*

Přímá a nepřímá MÚ udávají tzv. „očišťenou“ MÚ, která pak v součtu s nahodilou MÚ udává celkovou MÚ. Výše uvedená klasifikace se používá v mnoha zemích světa.

Americké Centrum pro kontrolu nemocí a jejich prevenci (CDC) a Národní centrum pro zdravotnickou statistiku (NCHS) však tuto definici v USA změnilo a od roku 2000 definuje úmrtí v souvislosti s těhotenstvím jako úmrtí, k němuž dojde v průběhu těhotenství či v době do jednoho roku po ukončení těhotenství a je způsobeno komplikacemi souvisejícími s těhotenstvím (pregnancy-related death) (Velebil, 2010c; Cox et al., 2004).

Podle odhadů WHO ročně umírá na světě více než 500.000 žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím, ale 99 % těchto úmrtí připadá na rozvojové země, z nichž některé mají až 750 MÚ na 100.000 živě narozených dětí (nečastěji jde o infekční příčiny úmrtí jako je sepse, septický šok, chřipka, varicella, malárie, hepatitis E, AIDS, tuberkulóza a o úmrtí v souvislosti s nelegálním potratem). V zemích EU se MÚ ročně počítají na několik set, přesné údaje se získávají obtížně, ale celkově lze říci, že v Evropě je v důsledku poměrně vysoké úrovně zdravotní péče a velmi nízké úrovně plodnosti (malý počet dětí na ženu) MÚ relativně nízká. Z hlediska příčin MÚ je na prvním místě poporodní krvácení, dále embolie plodovou vodou, ostatní tromboembolické příhody a hypertenzní choroby v graviditě (Velebil, 2010c; Záhumenský, 2010).

Cox et al. (2004) vidí jako nezbytný předpoklad ke snižování MÚ edukaci těhotných žen, pravidelné prohlídky, důkladný screening, řešení mimoděložního těhotenství, prevence preeklampsie, včasné předávání rizikových pacientek do spádových center a především zdokonalení komunikace, informovanosti a metodiky postupů. V USA je MÚ sledována dlouhodobě, ale statistické údaje se za posledních 30 let skoro nezměnily, je trvale vykazováno 7–8 MÚ na 100.000 živě narozených dětí a nedaří se toto číslo snížit.

V České republice se v polovině minulého století pohybovala MÚ přibližně kolem počtu 400 úmrtí na 100.000 živě narozených dětí, ovšem hned po válce se začala výrazně snižovat. Pak následovala stagnace tohoto poklesu, což vyvolalo řadu otázek a cílenou analýzu tohoto stavu. Statistiky ukázaly, že šlo často o ženy, které nechodily do poradny, a o úmrtí spojená s potraty do 28. týdne gravidity (přičemž asi ¼ z nich tvořily kriminální potraty), sepse v souvislosti s nedostatečnou léčbou antibiotiky a vykrvácení v důsledku mimoděložního těhotenství.

Od r. 1959 počet MÚ klesl pod 50 úmrtí na 100.000 živých novorozenců a tento počet dál vykazoval klesající trend i díky přesunu porodů z domácího do ústavního prostředí. Ve 2. polovině 90 let toto číslo kleslo pod deset případů MÚ za rok. Prevencí MÚ je jednak celý systém prenatální péče, dostupnost lékařské péče a schopnost řešit akutní a krizové stavy v těhotenství. Pokud dojde k MÚ, jsou v ČR povinné legislativní kroky související s hlášením takového případu (Velebil, 2004a, 2010b).

Ve společnosti znamená MÚ vždy mimořádnou událost, protože MÚ i perinatální úmrtí je „společensky nepřijatelné“ – těhotenství, porod a narození zdravého dítěte jsou určitou samozřejmostí, „normálností“ a smrt k ní nepatří. V současné době je téměř jisté, že pokud dojde k MÚ nebo k perinatálnímu úmrtí, rodina podá na nemocnici trestní oznámení. V počtu soudních stížností hraje perinatální medicína jasný prim. Většinou vše probíhá bez komplikací, ale je určité procento případů (asi 15 % porodů), kde je nutná lékařská intervence. Jen minimum z nich končí neuspokojivě (poškození nebo smrt matky, plodu nebo obou), ale rodina pak zpravidla podává žalobu. *„Neúspěchy v perinatální péči jsou pro rodinu daleko méně pochopitelné, než neúspěchy (ať odvratitelné nebo neodvratitelné) například v kardiologii nebo v onkologii“* (Roztočil, 2004, s. 47).

Komunikace s pozůstalými je jak v případě MÚ, tak při úmrtí dítěte velmi náročná. Fallowfield a Jenkins (2004) obecně považují za nutné, aby lékaři a zdravotníci absolvovali v rámci vysokoškolského a postgraduálního vzdělávání efektivní školení a trénink pro situace, kdy musí komunikovat (ať již pacientovi nebo jeho rodině) sdělovat smutnou, špatnou nebo obtížnou zprávu, protože je to nepříjemná, ale neoddělitelná součást medicíny. Způsob, jakým takovéto zprávy zdravotníci sdělují, mají velký vliv na to, jakým způsobem se postižení s celou situací vyrovnají. Jejich výzkum ukázal, že necitlivé sdělení negativní zprávy může způsobit zmatek, dlouhotrvající úzkost a odpor. Adekvátní a citlivé sdělení zprávy, byť smutné, může napomoci jejímu přijetí, porozumění a vyrovnání se s ní.

V případě mateřského úmrtí by měla být správná komunikace a psychologická péče nezbytnou součástí (často dlouhodobé) péče o pozůstalou rodinu. Dobře cílená a adekvátní podpora může za určitých okolností odvrátit dokonce i soudní spor, ale především by měla pomoci pozůstalým vyrovnat se se ztrátou, která je opravdu jen těžko pochopitelná, protože k ní došlo ve chvílích, které měly být pro zemřelou ženu a její nejbližší naopak nejkrásnějšími okamžiky v životě.

2.7. Systém péče o těhotné ženy a rodičky v ČR

2.7.1. Stručný nástin historie

Česká republika má v současné době propracovaný a diferencovaný systém péče o těhotné ženy, který se začal vytvářet a formovat po roce 1945. Ve zdravotnictví se postupně zřizovaly perinatální poradny, zaváděla se registrace těhotných a těhotenské průkazky a porody se přesouvaly z domácího prostředí do zdravotnických zařízení. Gynekologové a porodníci se vzdělávali v rámci specializační odborné přípravy. Jako nová subspecializace pediatrie vznikla neonatologie a začala se zakládat neonatologická pracoviště, která se postupně přesunula do porodnic (Hájek et al., 2004b).

V roce 1919 se v Praze sešli chirurgové a gynekologové a rozhodli se založit jednotnou společnost. První sjezd této společnosti se konal 2.–4. dubna 1921 v Praze za předsedání prof. O. Kukuly. Spolupráce společnosti trvala téměř dvě desetiletí, ale na obou stranách se objevovala volání po osamostatnění jejích obou sekcí. Tento požadavek prvně pronesl tehdejší předseda společnosti prof. Jerie v r. 1929, návrh však narazil na odpor chirurgů a teprve valná hromada 22. 2. 1936 schválila dobrovolný rozchod. Počátek samostatné České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS) lze tedy označit uvedeným datem (Hořejší, 2006–2011).

V roce 1970 zřídil výbor ČGPS **Komisi perinatální medicíny** a v roce 1982 souhlasilo předsednictvo České lékařské společnosti Jana Evangelisty Turkyňě (ČLS JEP) s návrhem výboru ČGPS přeměnit dosavadní Komisi na **Sekci perinatální medicíny** v rámci ČGPS. Vedením Sekce pověřil výbor ČGPS prof. Štemberu.

Od roku 1983 byl zahájen celostátní sběr vybraných agregovaných údajů o perinatální péči v ČR prostřednictvím krajských perinatologů. Analýza získaných dat byla prováděna v ÚPMD v Podolí jak z hlediska celostátního, tak z hlediska jednotlivých krajů a výsledky byly referovány na každoročním "Pracovním jednání Sekce" (první jednání se uskutečnilo v roce 1984). Těchto jednání se kromě porodníků se zájmem o perinatologii začali pravidelně zúčastňovat i neonatologové.

V roce 1990 dal výbor ČLS JEP souhlas, aby se Sekce perinatální medicíny stala právním subjektem v rámci ČGPS s vlastním, každé 4 roky voleným výborem, evidovaným členstvím a samostatným finančním hospodařením. Každoroční "Pracovní jednání Sekce" se postupně změnila na Konferenci Sekce. Původní 100členná účast postupně vzrostla až na současných cca 400 účastníků. Kromě tradiční analýzy sebraných agregovaných dat se konference v odborné části programu, většinou zaměřeného monotematicky, zaměřuje na nejaktuálnější problémy v oblasti perinatální medicíny. Výsledkem jednání jsou pak členskou základnou odsouhlasené tzv. doporučené postupy řešení konkrétních stavů perinatální péče (Štembera, 2007–2011).

Výbor Sekce perinatální medicíny úzce spolupracuje s Českou neonatologickou společností, jejíž historie započala v roce 1972, kdy byla při České pediatričké společnosti (ČPS) ustavena **Neonatologická komise**. V roce 1986 výbor ČPS doporučil ČLS JEP přeměnit komisi na **Neonatologickou sekci**. Nicméně nevelký zájem vedoucích pediatriů o činnost neonatologa i po ustavení Sekce se částečně změnil až po listopadové revoluci (Štembera, 2004).

V rámci probíhající transformace zdravotnictví neonatologové dne 21. 5. 1990 požádali ČLS JEP o přeměnu sekce na samostatnou **Českou neonatologickou společnost** (ČNeoS) s cílem pokračovat v úzké spolupráci se Sekcí perinatální medicíny při ČGPS, ale také s genetiky, fyziology, dětskými neurology a psychology.

Pro efektivní fungování a plánování další činnosti výše uvedených sekcí se jako velmi významné ukázalo i zdokonalení systematického sběru adekvátních dat. Štembera (2004) píše, že již v roce 1949 zavedl Český statistický úřad povinné celostátní hlášení jednotlivých případů perinatálního úmrtí. Od roku 1952 se na sběru dat do zdravotnického systému podílel Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Jako zcela zásadní se ukázalo „zavedení „Zprávy o rodičce“ a „Zprávy o novorozenci“³ jako oficiálního celostátního instrumentu sběru individuálních perinatologických dat pod záštitou ÚZIS ČR za spolupráce Sekce perinatální medicíny“ (Velebil, 2004b, s. 423).

³ Formuláře obou „Zpráv“ navrhli Z. Štembera a J. Vocel (Štembera, 2004).

Sledování a vyhodnocení získaných dat vedlo k tomu, že Sekce perinatální medicíny v roce 1990 stanovila jako prioritní následující úkoly:

1. Snižování podílu vrozených vývojových vad (VVV) na celkové perinatální úmrtnosti
2. Snižování podílu časně novorozenecké úmrtnosti (ČNÚ) novorozenců s porodní hmotností (PH) 2000 g a více bez VVV
3. Snižování podílu ČNÚ novorozenců s PH nižší než 2000 g bez VVV
4. Snižování podílu mrtvorozenosti novorozenců s PH 2000 g a vyšší bez VVV (Štembera, 2004; Hájek et al., 2004b).

2.7.2. Současná situace

Všechny výše uvedené skutečnosti spolu s úsilím a snahou lékařů o stále zlepšování péče o rodičky a novorozence vedly k tomu, že jsou výsledky perinatální péče v ČR srovnatelné se zeměmi, které mají nejlepší výsledky na světě (Skandinávie, Japonsko). Ke splnění priorit stanovených Sekcí perinatální medicíny přispělo rozhodující měrou vybudování diferencovaného systému zdravotní péče o těhotné ženy:

1. Obvodní perinatální poradny – sledování fyziologických gravidit a první screening rizikových gravidit.
2. Ambulance pro ohrožené a patologické těhotenství (zpravidla pro určitou spádovou oblast) – jsou vytvářené v návaznosti na lůžková oddělení převážně v nemocnicích II. typu a rozhodují o další perinatální péči, příp. odesílají na superkonziliární pracoviště. Tyto ambulance mají návaznost na adekvátně vybavenou neonatologickou jednotku intermediární péče.
3. Superkonziliární ambulance pro patologická těhotenství – jsou zřizovány při gynekologicko-porodnických klinikách nebo odděleních nemocnic III. typu, mají úzkou specializaci na méně častou nebo vysoce závažnou těhotenskou patologii a disponují širokou škálou diagnosticko-léčebných metod. Velmi důležitá je rovněž mezioborová spolupráce (zejména s neonatologem, internistou, genetikem a biochemikem). Tyto ambulance mají přímou návaznost na neonatální jednotku intenzivní péče (Roztočil, 2001).

Pařízek (2008) popisuje třístupňový systém zdravotních poraden pro těhotné ženy a poskytovanou péči takto:

1. Poradny základní péče – ambulance určené pro zdravé těhotné ženy; tento typ poradny navštěvuje naprostá většina žen.
2. Poradny s intermediární péčí – ambulance pro ohrožená a patologická těhotenství (tzv. „poradny pro riziková těhotenství“).
3. Poradny v perinatologickém centru – poradny pro těhotné s nejzávažnějšími riziky; bývají zřizovány při krajských porodnicích nebo při gynekologicko-porodnických klinikách a jsou nazývána perinatologickým centrem.

Uvedený systém zajišťuje ohroženým těhotným ženám nejvyšší možnou léčebnou a diagnostickou péči a novorozencům z těchto gravidit pak optimální porodnickou a neonatologickou péči (Pařízek, 2008).

Během těhotenství ženy navštěvují prenatalní poradnu, kde je průběžně sledován jejich zdravotní stav a vývoj plodu, v optimálním případě podle následujícího schématu:

- do 24. týdne těhotenství každé 4 týdny
- do 32. týden těhotenství každé 3 týdny
- do 36. týden těhotenství každé 2 týdny
- do 40. týdne těhotenství každý týden
- po 40. týdně 2x týdně; 10. den po termínu porodu hospitalizace, indukce porodu (Hourová, Králíčková, Uher, 2007)

2.7.3. Perinatologická a intermediární centra v ČR

V roce 1994 fungovalo po celé ČR celkem 20 specializovaných center. Na základě činnosti expertní skupiny jmenované ministrem zdravotnictví⁴ byla provedena komplexní revize přístrojového vybavení i odbornosti personálu. Výsledkem byla redukce počtu těchto center, vytyčení požadavků na zakoupení přístrojů a odpovídající doškolení zdravotníků.

Vzhledem k tomu, že díky práci těchto center dosahuje Česká republika v péči o předčasně narozené, nemocné či jiné rizikové novorozence dlouhodobě vynikajících výsledků, uvádím zde jejich kompletní seznam:

Perinatologická centra:

Fakultní nemocnice Motol, Praha 5
Všeobecná fakultní nemocnice, Praha 2
Ústav péče o matku a dítě, Praha 4
Nemocnice Most, p. o., Most
Masarykova nemocnice v Ústí n. L., p. o., Ústí nad Labem
Fakultní nemocnice, Hradec Králové
Nemocnice, České Budějovice
Fakultní nemocnice, Plzeň
Fakultní nemocnice Brno, Brno
Fakultní nemocnice s poliklinikou, Ostrava Poruba
Fakultní nemocnice, Olomouc 5
Baťova krajská nemocnice Zlín, Zlín

Perinatologická centra zajišťují péči o novorozence v plném rozsahu, disponují plně vybavenými jednotkami intenzivní a resuscitační péče, kde se soustřeďují na nejzávažnější neonatální patologické a nezralostní stavy v rámci regionu.

Intermediární centra:

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Praha 4
Nemocnice Karlovy Vary, Karlovy Vary
Krajská nemocnice Liberec, Liberec 1
Nemocnice, Písek
Nemocnice Kladno, Kladno
Krajská nemocnice, Pardubice (Sekce, 2007–2011).

⁴ Expertní skupinu tvořil tým dvou porodníků (Štembera, Unzeitig), dvou neonatologů (Plavka, Zoban) a dvou zástupců MZ ČR (vedoucí odd. péče o matku a dítě a ekonom). Revize stávajících center proběhla v listopadu 1994 (Štembera, 2004).

Intermediární centra řeší patologické a nezralostní stavy od dokončeného 32. týdne gestace; jedná se o stavy, které nevyžadují intenzivní péči.

Perinatologická centra, ve kterých se např. v roce 2008 narodilo 38 288 dětí, jsou průběžně pečlivě sledována a hodnocena, protože v souvislosti s rychle se měnícími diagnostickými a léčebnými postupy v neonatologii se mění i požadavky na technické vybavení pracovišť (Kopecký, Plavka, 2009).

2.7.4. Převoz novorozence, transport „in utero“

Analýzou statistických dat bylo zjištěno, že zejména u skupiny novorozenců s porodní hmotností méně než 2000 g bez vrozených vývojových vad, narozených po předchozím transportu těhotných žen s hrozícím předčasným porodem do některého specializovaného centra, je výrazně nižší časná novorozenecká úmrtnost proti skupině novorozenců porozených v jiném zařízení, a teprve po porodu převezených do některého specializovaného centra.

Transport „in utero“ (t. j. transport plodu v děloze matky) se ukázal jako neoptimálnější a nejšetrnější způsob převozu plodu a jednou z cest, jak snížit novorozeneckou úmrtnost, bylo zvýšení počtu takto převážených těhotných žen do perinatologických nebo intermediárních zařízení (Štembera, 2004).

Pokud tato forma převozu již není možná a narodí se dítě, které musí být z jakýchkoliv příčin převezeno na jiné pracoviště, je k dispozici specializovaná novorozenecká transportní služba. Podle momentální potřeby převozu může jít o transport naléhavý, pokud dítěti selhávají životní funkce, jeho klinický stav se zhoršuje nebo jinak nepříznivě vyvíjí, nebo o transport normální bez naléhavosti.

“Postnatální transport novorozenců na novorozenecké oddělení s JIRP perinatologického centra provádí regionální převozní služba pro novorozence nebo tým příslušného perinatologického centra. Za poporodní ošetření a stabilizaci novorozence do doby transportu odpovídá odesílající pracoviště“ (Věstník, 2003).

Transport z místa na místo je vysoce riziková záležitost, a proto musí neonatologický transportní tým tvořit vždy lékař-neonatolog s patřičnou intenzivní praxí, neonatologická sestra a jeden nebo dva pracovníci RZP, z nichž jeden je řidičem sanitky. Neonatologický vůz je vybaven přístroji, léky a dalším materiálem nezbytným k převozu novorozence na úrovni péče na JIPN a se zajištěním co největšího komfortu pro převážené dítě, které je nejdříve nutno stabilizovat do stavu, kdy bude převoz možný. Přes veškeré vybavení a odbornou péči neonatologického transportního týmu je ovšem transport novorozence „in utero“ šetrnější a vhodnější (Hanák, 2001).

3. Prenatální vývoj dítěte

Dobu vývoje dítěte v matčině děloze nazýváme obdobím prenatálním a jedná se o první stupeň v ontogenetickém vývoji člověka. Toto období dělíme na tři fáze:

1. „preembryonální – od prvního dělení oplozeného vajíčka po nidaci v děloze⁵
2. embryonální (od koncepce do 8. týdne) – v této době probíhá organogeneze
3. fetální (od 3. měsíce do konce intrauterinního období) – růst a diferenciací tkání a rozvoj některých funkcí“ (Dort et al., 2004, s. 10).

Někteří autoři dělí prenatální období pouze na dvě fáze, např. Pařízek (2008) uvádí, že „vývoj dítěte v děloze matky se dělí na dvě období:

1. embryonální (vývoj zárodku = embrya) – prvních 8 týdnů po oplodnění vajíčka⁶
2. fetální (vývoj plodu = fétu) – od 9. týdne po oplodnění do porodu“ (Pařízek, 2008, s. 143).

Růst plodu je ovlivňován konstitučními faktory, genetickými dispozicemi (genetické abnormality), fetální infekcí, poruchami spojenými s fungováním placenty, ale také chorobami matky, poruchami matčiny životosprávy a komplikacemi, které během těhotenství mohou nastat (Dort et al., 2004).

3.1. Preembryonální období

Preembryonální období začíná splynutím vajíčka a spermie poté, co v jednom z vaječníků ženy dozrálo a uvolnilo se vajíčko (tzv. ovulace). Vejcovodem, který ho zachytil, je posunováno směrem k děloze, a kdyby do něj v následujících 24 hodinách nepronikla spermie, zaniklo by. Dojde-li k oplodnění, vzniká útvar nazvaný zygota, který se přibližně za 30 hodin po oplodnění rozdělí na dvě buňky. Každá z nově vzniklých buněk se dál dělí a toto dělení se mnohonásobně opakuje. Tímto dělením vznikne útvar, který je podobný plodu moruše a nazývá se morula. Jeho velikost je přibližně 0,1 mm (Larousse, 1996; Pařízek, 2008).

⁵ Hourová, Králíčková a Uher (2007) hovoří o období blastogeneze; časové vymezení je shodné – od oplodnění do uhníždění zárodku v děloze.

⁶ Embryonální období logicky zahrnuje také období preembryonální.

Jakmile je v tomto shluku více než dvacet buněk, zevní buňky se spojují a uvnitř kulovitého útvaru se vytváří dutina – blastocysta, což je kulička vyplněná tekutinou. Její zevní buňky vytvářejí obal, který je základem budoucí placenty. Uvnitř k této vrstvě přiléhá shluk buněk, což jsou buňky kmenové neboli embryoblast (Pařízek, 2008).

Během tohoto procesu se blastocysta velká asi 1 mm posouvá (migruje) do dělohy a začíná se zanořovat do děložní sliznice, která je v době ovulace vysoká a prosáklá. Důležitá je změna folikulu, ve kterém doznělo vajíčko, ve žluté tělísko, které začíná produkovat hormony estrogeny a progesteron. Tyto hormony ovlivňují sliznici dělohy, jsou nezbytné pro úspěšné „uhníždění“ neboli nidaci či implantaci vajíčka v děloze a udržují těhotenství do chvíle, než tuto funkci plně převezme placenta. Podle Hourové, Králíčkové a Uhra (2007) je blastocysta vnořena do sliznice dělohy již 9. den prenatalního vývoje; Pařízek (2008) uvádí, že proces nidace začíná 6.–7. den a končí až 12. den po oplodnění.

Celý proces nidace je pro budoucí těhotenství naprosto zásadní: „*Uhníždění je kritickou fází vývoje oplozeného vajíčka. 30 až 60 % oplozených vajíček zaniká pro poruchu vývoje anebo pro poruchu uhníždění. Zaniklé, i když původně oplozené vajíčko, je v termínu očekávané nebo o něco opožděné menstruace odplaveno s menstruační krví*“ (Pařízek, 2008, s. 146).

Během procesu nidace se silně mění jak vnější část blastocysty neboli trofoblast, tak její vnitřní část neboli embryoblast a zároveň probíhá jejich další diferenciaci (Klementa et al., 1981).

Důležité je vytvoření zárodečných listů ektodermu a entodermu, mezi nimiž se počátkem 3. týdne (již tedy v embryonálním období) objevuje mezoderm. Z každého zárodečného listu se zvlášť diferencují různé tkáně a orgány. Z ektodermu vzniká celá nervová soustava, hypofýza, dřev nadledvinek, smyslové epitely čidel spolu s hladkými svaly duhovky, sliznice nosu a část sliznice dutiny ústní a zubní sklovina, dále kůže, potní a mazové žlázy, vlasy, chlupy a nehty a epitely části mužské močové trubice a části ženského pohlavního ústrojí.

Z entodermu se vyvine téměř celá část trávicí soustavy – její epitel od hltanu až k análnímu otvoru, játra, slinivka břišní, dále některé žlázy s vnitřní sekrecí – štítná žláza, příštítná tělíska a brzlík. Epitel močového měchýře a močové trubice a dolní část dýchací soustavy od hrtanu až k plicím se tvoří také z tohoto zárodečného listu.

Z mezodermu vznikají serózní blány (pobřišnice, poplicnice, perikard, epikard). Dále pak celá pohlavní soustava, značná část močové soustavy a celá soustava cévní, slezina, kůra nadledvinek, kosti, chrupavky, vazivo a svalstvo včetně svaloviny srdeční (Klementa et al., 1981).

3.2. Embryonální období

Preembryonální období prenatalního vývoje je ukončeno nidací oplozeného vajíčka do dělohy a nastává embryonální období vývoje člověka neboli embryogeneze. Začíná **3. týdnem** prenatalního vývoje, což představuje 5. týden od poslední menstruace (PM) matky. Vytváří se gestační váček (budoucí placenta) a z mezodermu se začíná tvořit cévní a krevní systém. Na konci 3. týdne se tvoří základy srdce i mozku a míchy, resp. nervové soustavy, a tzv. somity neboli prvosegmenty jsou základem pro kosti lebeční, páteř, žebra a hrudní kost. V této době měří zárodek přibližně 2 mm, má plochý oválný tvar a je zřetelný základ hlavy i ocasní konec.

Ve **4. týdnu** prenatalního vývoje se dál vyvíjí hlavová část embrya (ústní a oční jamka, sluchové jamky), základy mozku, nervového systému a srdce. Vznikají též základy horních a poté i dolních končetin, dále jater, plic, štítné žlázy a slinivky. Svalovina srdce se začíná dělit na síňovou a komorovou část a na vnitřní straně zárodku je patrný srdeční hrbol. Primitivní kardiovaskulární systém je jako první systém plně funkční. Celé embryo rychle roste, na konci tohoto týdne měří 5 mm.

V **5. týdnu** embryo zdvojnásobí svou délku, ale tvar těla se zatím příliš nemění. Dochází k vývoji obličeje, který se naopak mění výrazně, a hlavová část je tím zřetelnější. Pokračuje vývoj končetin, srdce, mozku a vznikají základy pohlavních orgánů, svalů, nervů a krevtovorná tkáň.

O pohlaví dítěte je rozhodnuto v okamžiku splynutí vajíčka a spermie. Tyto buňky se od ostatních buněk lidského těla liší tím, že jejich jádro obsahuje pouze poloviční počet chromozómů (tedy 23). Ženská pohlavní buňka má vždy 22 autozómů a 1 pohlavní chromozóm X. Mužská pohlavní buňka má též 22 autozómů a buď pohlavní chromozóm X, pak se narodí děvče, nebo Y, pak se narodí chlapec (Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

V **6. týdnu** je výrazný předklon hlavové části dopředu. Vyvíjejí se oční víčka, zakládá se oční nerv, tvoří se struktura zevního ucha a vzniká zevní zvukovod. Vznikem patra a nosní přepážky se dotváří dutina ústní včetně jazyka. Srdce je čtyřdutinové a v plicích se formují hlavní zvukovody. Plod již má založeny základy všech orgánů. Na končetinách začínají být zřetelné jednotlivé části, tvoří se prsty. V tomto týdnu se 12 mm dlouhý zárodek začíná pohybovat, ale matka jeho pohyby ještě dlouhou dobu nevnímá.

V **7. týdnu** procházejí zásadní proměnou končetiny a nervová soustava. Pokračuje vývoj střev, močové soustavy, objevují se první svaly. Embryo má otevřené oči, které již mají panenky, oční čočku a sítnici, je patrný i nos a nosní dírky a vyvíjí se vnitřní ucho. Délka zárodku je přibližně 16 mm.

Posledním týdnem embryonálního období je **8. týden** prenatalního vývoje. Pařízek (2008) upřesňuje, že za konec embryonálního vývoje se považuje srůst okrajů očních víček zárodku, který měří 3–4 cm, váží 3–5 g a má již zřetelně lidskou podobu. Mizí poslední náznak ocasu, i když hlava je stále proti tělu výrazně velká (tvoří skoro polovinu celé délky). Po podráždění obličejové krajiny zárodek reaguje pootevřením úst a pohybem. Začínají fungovat první reflexy v míše a v rozšiřujícím se mozku vznikají první elektrické impulsy. Pokračuje vývoj všech soustav, např. v dýchací soustavě se vytváří chrupavčitý základ hrtanu a průdušnice, v trávicí soustavě jsou zřetelné pohyby tlustého střeva a vzniká základ konečníku. U děvčátek se vaječníky rozdělují na kůru a dřeň, ale pohlaví plodu se zatím nedá určit, ačkoliv se pohlavní orgány již formují (Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

3.3. Fetální období

Od **9. týdne** po oplodnění je ukončen vývoj embrya a začíná období fétu⁷. Na začátku tohoto období zárodek, resp. teď již plod, měří přibližně 3 mm a váží asi 3 g. Je-li dítě postižené nějakou rozštěpovou vadou, dochází k ní právě v tomto období, kdy se vytváří rty a patro a osifikují se neboli kostnatí čelisti. Zakládají se mléčné zuby, diferencují se zárodky smyslů. Pokračuje vývoj kloubních spojení, trávicí soustavy, ledvin. Ze společného základu se vyvíjejí mužské nebo ženské pohlavní orgány, při ultrazvukovém vyšetření (UZ) stále ještě nerozlišitelné. Varlata u chlapců začínají vylučovat mužský pohlavní hormon testosteron.

Pro **10. týden** je důležité dokončení vývoje placenty, která plně přebírá funkci zanikajícího žlutého tělíska. Tento přídatný embryonální orgán zprostředkovává výměnu krevních plynů a živin mezi matkou a plodem (Klementa, 1981). Podle Hourové, Králíčkové a Uher (2007) dochází u plodu k vývoji sacího reflexu a dozrávání chuťových buněk. Plod se intenzivně pohybuje, umí polykat plodovou vodu, sát, zívát, zatínat pěstičky. Objevují se vlasové váčky. Začíná pracovat jeho imunitní systém. Vývoj základů většiny orgánů je ukončen. Plod koncem 10. týdne měří 8–9 cm a váží 20 g.

Od **11. týdne** udávají Hourová, Králíčková a Uher (2007) míru plodu podle CRL neboli temenokostrční vzdálenosti (tedy vzdálenost hlava-zadeček), do které se nezapočítává délka dolních končetin, neboť je nelze vzhledem k pokrčení objektivně měřit. V tomto týdnu je tedy CRL plodu 7,5–8 cm a váha 20–35 g. Stále zřetelněji se projevuje reflexní aktivita plodu popsaná v týdnu předchozím. Na ultrazvuku je vidět téměř definitivní pozice očí a uší. Chrupavčitý základ kostry se přetváří díky probíhající osifikaci v kosti, jsou rozeznatelná žebra. Játra tvoří žluč a ledviny vylučují moč do močového měchýře. Vytváří se melanin, což je kožní barvivo neboli pigment podmiňující barvu tkání (kůže, vlasů, očí).

⁷ Je zajímavé, že většina odborné literatury i různé knihy o těhotenství určené široké veřejnosti zpravidla popisují velmi podrobně preembryonální a embryonální vývoj, ale fetální období bývá rozděleno do jednotlivých měsíců, a to buď kalendářních, nebo lunárních (těhotenství trvá 10 lunárních měsíců po 4 týdnech), a ty jsou popisovány již mnohem stručněji.

Ve **12. týdnu** si plod dlouhý 9,5 cm (CRL) a vážící 35–50 g procvičuje dýchací pohyby a zároveň roste jeho pohybová aktivita, pohybuje nožkami v kolenou, pohybuje očima, vrašťí čelo. Už má vzpřímenou hlavu, prodlužuje se krk a jeho nohy jsou delší než ruce. Na končetinách rostou nehty, objevují se první vlasy.

Ve **13. týdnu** je na UZ velmi dobře patrný obličej plodu, který teď měří přibližně 10,5 cm (CRL) a váží 50–100 g. Ohýbá končetiny a vykazuje „*dýchací pseudopohyby, plodová voda vstupuje a vystupuje z plic*“ (Hourová, Králíčková, Uher (2007, s. 46). Uvedení autoři dále uvádějí, že se na tenoučké pokožce plodu začíná objevovat lanugo neboli jemné chloupky, které pravděpodobně napomáhají regulaci tělesné teploty, a roste obočí. Plod začíná slyšet a má patrnou mimiku obličejce.

Ve **14. týdnu** je již možné sonograficky určit pohlaví plodu, pokud je ve vhodné poloze. V jeho kostech se usazuje (a tím je zpevňuje) vápník, imunitní systém tvoří první protilátky. Vyvíjí se základ mozkové kůry, svaly reagují na podněty z mozku. Kůže je stále velmi jemná, svraštělá a červená, jsou vidět cévy. Začíná se vyvíjet hmat, hmatové receptory již jsou v kůži. Fungují chuťové pohárky, plod „ochutnává“ plodovou vodu. Sítnice je citlivá na světlo, ale oční víčka jsou zavřená. Míry a váhy plodu v tomto týdnu jsou 11,5 cm (CRL), celková (tedy temenopatní) délka je 16 cm a váha se pohybuje mezi 100 až 160 g (Hourová, Králíčková, Uher, 2007; Pařízek, 2008).

Ve vývoji plodu nenastávají v **15. týdnu** v porovnání s minulým týdnem žádné výrazné změny, plod je stále aktivní, dokáže si cucat palečky, pohybuje prstíky. Oči má stále zavřené, obočí a řasy jsou dobře vidět. Polyká plodovou vodu a zároveň do ní vyměšuje moč.

O týden později, v **16. týdnu**, plod měří již 14 cm (CRL) a váží 200–230 g. V podkoží se začíná ukládat tuk, ale podkožní polštář je stále velice tenký. Na bříškách prstů se tvoří unikátní kožní šrafování – tzv. kožní lišty, které se využívají v daktyloskopii k identifikaci jedince podle otisků prstů. Srdeční činnost plodu je slyšitelná stetoskopem. Svaly sílí, pohyby jsou intenzivnější a složitější. Nervová vlákna se obalují myelinem (lipoproteinová látka, která obaluje nervové spoje a je vodičem nervových vzruchů).

17týdenní plod prospí až 20 hodin denně, ale zbývající čas je vyplněn značnou aktivitou. Výrazně pokračuje vývoj trávicího traktu, „*střevo začíná produkovat trávicí šťávy, plodová voda se vstřebává do krevního oběhu, ledviny filtrují krev a moč vylučují zpět do amniové dutiny, tedy do plodové vody*“ (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 52).

18týdenní plod má CRL délku 16 cm a váží 330–360 g. Mění se proporce těla, hlava už není v tak výrazném nepoměru k tělíčku, ale stále tvoří 1/3 celkové délky. Akceleruje vývoj smyslových orgánů. Dozrávají nervové buňky a spoje v centrální nervové soustavě (CNS), což je základ pro rozvoj paměti a myšlení. U plodu ženského pohlaví, kterému začaly být v předchozím týdnu vidět bradavky, se tvoří definitivní struktura vaječníků, kde má založeno přibližně šest milionů vajíček, dokončuje se vývoj dělohy. Plody mužského pohlaví mají vytvořenou prostatu a ve varlatech semenné kanálky.

Na tomto místě je třeba si uvědomit, že 18. týden prenatalního vývoje plodu znamená 20. týden od poslední menstruace (PM) matky. Počítáme-li těhotenství od PM na 40. týdnů, jsme právě v jeho polovině. Nastávající matka již cítí pohyby plodu.

U **19týdenního**, asi 18 cm (CRL) dlouhého a až 400 g vážícího plodu pozorujeme růst nehtů, vlasů i chloupků, jeho pohyby a „hru“ s pupečnÍkem, který ho spojuje s již definitivně vytvořenou placentou. Placenta plod vyživuje a má tři důležité základní funkce:

1. Zajišťuje výměnu látek (přísun živin a kyslíku a odvod katabolitů neboli odpadových produktů) mezi krví plodu a krví matky
2. Je zdrojem hormonů: hCG (udržuje v činnosti žluté tělísko, jehož hormony jsou důležité pro vývoj plodu), progesteron (snižuje kontraktilitu svaloviny děložní, a tím i riziko potratu, působí na rozvoj mléčné žlázy v těhotenství), estrogenů (podporují růst hladké svaloviny dělohy a růst mléčné žlázy), choriový somatomammotropin (působí jako růstový hormon) a relaxin (usnadňuje průchod plodu porodními cestami a má laktogenní aktivity)
3. Má funkci ochrannou – působí jako ochranná bariéra proti některým škodlivinám, které by mohly přejít z krve matky do krve plodu (mikroorganismy, toxiny). Chrání vyvíjející se plod před reakcí imunitního systému matky (Rokyta, Marešová, Turková, 2003).

Ledviny matky přes placentární okruh částečně filtrují odpadní produkty plodu, částečně je plod filtruje sám svými ledvinami. Zřetelné jsou sice nepravidelné, ale časté pseudodýchací pohyby plodu, vykazované již od 13. týdne.

Ve **20. týdnu** dosahuje plod váhy cca 500 g a měří 19 cm (CRL). Podle PM se jedná o 22. týden gravidity a možnosti přežití plodu vstupují do tzv. šedé zóny. V případě narození má extrémně nedonošené a nezralé dítě šanci přežít. V tomto týdnu plod začíná méně spát, ve fázi bdění slyší zvuky. Podle Neesové-Delavalové (1995) jde o širokou škálu zvuků, které plod vnímá – především je to tlukot matčina srdce, ale i zvuky placenty, proudící krve, trávicího systému matky, dále hlasy a zvuky pronikající skrz břišní stěnu matky k jeho sluchu.

Plod má stále ještě zavřené oči, oční duhovka se zabarvuje a oči získávají svou barvu. Zřetelné jsou již řasy a nehty na prstech. Kůže je červená, pokrytá lanugem a stále průhledná. Vytvořily se potní žlázy, ale vrstva podkožního tuku je velice slabá. Mazové žlázy produkují mázek (bělavá mastná substance), který citlivou kůži plodu pokrývá a chrání. V této části těhotenství plod nabral přibližně 400–500 g, během druhé poloviny musí svoji váhu ještě několikanásobně zvětšit (Teusen, Goze-Hänel, 2003; Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

21. týden prenatalního vývoje plodu je ve znamení čilé aktivity – „*pokud je dítě vzhůru, udělá až 60 pohybů za půl hodiny*“ (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 58). Pokožka plodu začíná zesilovat, lanugo mírně tmavne. Dítě reaguje na zvuky a stále lépe slyší, protože sílí kůstky ve středním uchu.

22. týden (resp. 24. týden dle PM) znamená v prenatalním vývoji přelomový týden, neboť plod dosáhl oficiální hranice viability neboli životaschopnosti.⁸

Plod, ačkoliv je „*velmi nezralý, je schopen při plné péči neonatologů přežít mimo dělohu. Nejvíce nezralým orgánem v tomto stádiu jsou plíce, které teprve začínají tvořit surfaktant – látku, která po porodu umožňuje rozepnutí plicních sklípků – alveolů – a umožňuje tak dýchání*“ (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 58).

Plod váží 560–650 g, měří asi 25 cm a poprvé od uzavření očních váček je schopen pootevřít oční štěrbinu. Obličej plodu začíná nabývat novorozeneckého vzhledu, ale celé

⁸ V ČR byl tento týden stanoven jako hranice viability v roce 1994.

tělíčko je stále velice hubené kvůli minimálnímu množství podkožního tuku. Kůže je červená, tenká a průsvitná (Vacek, 2006; Roztočil et al., 2008).

Ve **23.–24. týdnu** se začíná zvyšovat hmotnost plodu (700–900 g), který je proporcionálně vytvořen. Mírně se zvyšuje množství podkožního tuku, ale kůže je stále vrásčitá, je vidět krev v kapilárách. Začínají růst vlasy, je zřetelné obočí a řasy. Plod vnímá sluchové podněty a rozlišuje je. Na dotek reaguje pohybem a zvýšením srdeční frekvence. Jeho pohybová aktivita je velká (kopání, svírání dlaně, úchopy, protahování, odrazy), některé plody jsou otočené hlavičkou dolů, ale zatím nejde o stabilní polohu. Velmi důležitým předpokladem pro pozdější sání je intenzivní cucání palečků na základě sacího reflexu, někdy se objevuje škytavka nebo zakuckání při pití plodové vody (Teusen, Goze-Hänel, 2003; Pařízek, 2008).

25.–26. týden dosahuje plod váhové hranice kolem 1 kg a v případě předčasného narození se zvyšují jeho šance na přežití bez vážnějšího zdravotního handicapu. Má již vyvinutý a fungující žaludek, střeva a je prakticky ukončen vývoj ledvin. Plíce jsou sice vyvinuté a připravené pro výměnu plynů, ale stále ještě nezralé, i když se v nich pomalu začíná tvořit surfaktant. CNS je natolik vyvinutý, aby byl schopen řídit dýchací pohyby a částečně kontrolovat tělesnou teplotu, i když nezralé děti jsou silně termolabilní. Bez nepřetržité péče a přístrojové techniky by zatím nepřežily.

V tomto období se vytváří jasnější periody spánku a bdění, pokud plod nespí, tak se čile pohybuje. Má zcela otevřené oči, vyvinuté řasy, rostou mu vlasy a díky vytváření bílého tukového vaziva se začínají vyhlazovat kožní řasy a vrásky, takže se kůže mírně napíná, i když je stále tenká a červená (Vacek, 2006; Hourová, Králíčková, Uher, 2007; Pařízek, 2008).

Ve **27.–28. týdnu** pokračuje hmotnostní přírůstek, vyvíjí se tuková a svalová tkáň, takže plod dosahuje váhy 1300–1500 g, měří asi 35–40 cm a začíná zaplňovat většinu objemu dělohy, což (zatím mírně) omezuje jeho pohyblivost. Má plně vyvinuté, ale ještě ne zcela osifikované měkké kosti, kostní dřevina převzala kompletně křevetvorbu a kostra je pevnější. Plodu rostou nehty, sílí vlasy a začíná se pomalu vytrácet lanugo.

Ve **28.–30. týdnu** již 80 % plodů zaujímá polohu hlavičkou dolů a zadečkem nahoru. Plod hodně polyká plodovou vodu a zároveň do ní močí. Většinu času prospí, ale je zřetelný tzv. aktivní spánek – pohybuje končetinami, jsou vidět pohyby očních bulbů a reakce na zvukové podněty. Ve spánku má oči, které mají tmavě modrou barvu, zavřené, ve fázi bdění je otevírá (Hourová, Králíčková, Uher, 2007; Pařízek, 2008).

Rostoucí množství podkožního tuku napíná pokožku, která je hladká a růžová, a vypadávající lanugo pomalu nahrazuje ochranná vrstva mázku. Plod dostává novorozenecký vzhled, ke konci 30. týdne váží 1800 g a měří 40–43 cm.

Od **31.–32. týdne** prenatalního vývoje je plod v případě narození schopen bez větších problémů extrauterinního života, protože jeho váha již přesáhla 2 kg (většina plodů má hmotnost 2100–2300 g) a stále rychle roste. Plody, které jsou ve správné porodní poloze, se začínají posouvat hlavičkou do matčiny malé pánve, ale asi 10 % plodů ještě otočeno hlavičkou dolů není (Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Podkožní tuk napíná a vyhlazuje růžovou pokožku, která sílí. Kosti plodu jsou vyvinuté, ale denně je potřeba velké množství vápníku na jejich výstavbu. „*Lebka není dosud zcela pevná, dva hlavní lebeční lupínky (odborně fontanely), vazivové plošky mezi lebečními kostmi, se uzavřou až několik měsíců po narození*“ (Pařízek, 2008, s. 191). To je důležité pro hladký průchod hlavičky porodními cestami. Vývoj mozku stále pokračuje, roste jeho objem, pokračuje zbrázďování a tvorba mozkových závitů. Dozrává a dokončuje se tvar míchy. Také imunitní systém je již schopen bojovat proti některým infekcím. Ve střevech plodu se hromadí smolka (mekonium). Pravidelně je vylučována moč, protože plod intenzivně pije plodovou vodu, což je důležité pro trávicí i vylučovací soustavu. Plodová voda obvykle zůstává čistá (Teusen, Goze-Hänel, 2003; Pařízek, 2008).

33.–34. týden dochází mírně ke zpomalení růstu do délky (plod měří asi 45–47 cm), ale hmotnost významně stoupá – nyní je kolem 2500 g, ale do termínu porodu by se měla zvýšit ještě o 1 kg. Trávicí soustava je kompletně zralá a pomalu se ukončuje vývoj plic. Povrch těla je místo chmýří pokryt mázkem, nehty dorůstají konečky prstů a začínají je překrývat. Podkožní tuk zaobluje tvary plodu. „*Obličej je vyhlazený a vykazuje výraznou mimiku, plod se usmívá i mračí a je schopen mnoha dalších výrazů*“ (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 75).

35.–36. týden je kromě pokračujícího zrání důležitý z hlediska zaujmutí správné porodní polohy – pokud to ještě neučinila, tak se většina plodů nyní otáčí hlavičkou dolů (asi 3 % plodů však zůstanou v poloze koncem pánevním) a začíná nepříjemně tlačit na močový měchýř matky. Váha plodu se blíží 3 kg, v děloze je již málo místa, což omezuje jeho pohyb a plod zaujímá „pozici šetřící prostor“ – má skloněnou hlavu, pokrčené nohy a ruce složené na hrudníku nebo u obličeje (Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Podkožní vrstva tuku je vytvořena, proti předchozímu období se téměř zdvojnásobila a stále se zvětšuje, což je důležité pro termoregulaci. Patrné je ukládání podkožního tuku i na končetinách, na ruku nehty již přesahují konečky prstů. Kůže je růžová, hladká napjatá a mázek, který ji pokrývá, se začíná vytrácet, odlupuje se do plodové vody. Lanugo již skoro zmizelo, u donošených dětí bývá patrné už jen na zádech mezi lopatkami, příp. na ramenou (Vacek, 2006, Pařízek, 2008).

Ve **37.–38. týdnu** prenatalního vývoje (39.–40. týden těhotenství podle PM) měří plod 48–50 cm, váží 3200–3700 g a všechny jeho orgánové systémy včetně plic jsou připravené na přechod z intrauterinního do extrauterinního prostředí. Buňky v mozkové kůře stále dozrávají, vývoj mozku bude dále pokračovat a tvorba obalů nervů se bude dokončovat ještě několik let.

„Z miniaturního vajíčka a spermie vyrostlo velké dítě. Oproti počátečnímu stádiu, kdy shluk buněk (blastocysta) vážil jen asi čtyři tisícinny miligramu, nyní váží plod průměrně 3500 g, tedy miliardkrát více“ (Pařízek, 2008, s. 193).

„Každé těhotenství je malý zázrak. Během pouhých devíti měsíců vyroste z nepatrného shluku buněk nový človíček“ (Teusen, Goze-Hänel, 2003, s. 17).

Prenatální vývoj je ukončen, plod má nyní znaky donošeného fyziologického novorozence. V děloze je již velmi málo místa, zmenšuje se množství plodové vody a hlavička, resp. velká část plodu, naléhá na vchod pánevní. Placenta je zralá a začíná být méně efektivní v přenosu živin. Tělo matky se připravuje na porod dítěte.

4. Nedonošený novorozenec

4.1. Základní demografické pojmy

Živě narozené dítě je (live birth) každý plod, který po vybavení z těla matky jeví známky života a váží 500 g a více. Také plod s porodní hmotností (PH) pod 500 g je považován za živě narozené dítě, přežije-li 24 hodin. Za známky života je považován jeden z následujících parametrů: srdeční akce, dýchání, pulsace pupečníku, aktivní pohyb.

Mrtvě narozené dítě (fetal death, deadborn fetus) je plod bez známek života s PH 1000 g a vyšší. Pokud plod, který neprojevuje žádnou známku života, váží méně než 1000 g, je takto ukončené těhotenství považováno za potrat.

Perinatální úmrtnost (perinatal mortality) je součet mrtvě porozených dětí (mrtvorozenost) a živě narozených dětí zemřelých do konce 7. dne po porodu (časná novorozenecká úmrtnost – early neonatal mortality) na 1000 živě narozených novorozenců.

Pozdní novorozenecká úmrtnost (late neonatal mortality) je počet zemřelých novorozenců v období 8–28 dní po narození na 1000 živě narozených novorozenců.

Novorozenecká úmrtnost (neonatal mortality) je součet časně a pozdní novorozenecké úmrtnosti a vyjadřuje počet zemřelých novorozenců od narození do 28 dnů po narození na 1000 živě narozených novorozenců.

Ponovorozenecká úmrtnost (postneonatal mortality) značí počet dětí zemřelých po 28 dnech života až do konce 1. roku. Spolu s časnou a pozdní novorozeneckou úmrtností udává celkovou kojeneckou úmrtnost (infant mortality).

Specifická úmrtnost (specific mortality) je hodnocena v jednotlivých hmotnostních kategoriích, do kterých jsou novorozenci dle porodní hmotnosti (birth weight) rozděleni do váhových kategorií do 499 g, 500–749 g, 750–999 g, 1000–1499 g, 1500–1999 g, 2000–2499 g a nad 2500 g (Dort et al., 2004; Štembera, 2004; Peychl, 2005; WHO, 2006).

4.2. Klasifikace novorozenců a vymezení novorozeneckého období

Každý novorozenec je hned po narození charakterizován gestačním věkem, porodní hmotností (dále PH) a jejich vzájemným vztahem a na základě těchto údajů je možné novorozené děti zařadit do skupin, které mají vysokou výpovědní hodnotu z hlediska posouzení prenatálního vývoje, jehož stupeň prognózuje i možnou morbiditu nebo mortalitu.

V praxi se běžně používají klasifikační pojmy jako např. novorozenec předčasně narozený, narozený v termínu a přenášený nebo novorozenec s nízkou, velmi nízkou nebo extrémně nízkou PH nebo lehce, středně, velmi a extrémně nezralý novorozenec (Fendrychová, 2004).

1. „Podle délky gestace třídíme novorozence na:

- a) *předčasně narozené (gestační věk pod 38 týdnů)*
- b) *narozené v termínu (gestační věk mezi 38. a 42. týdnem)*
- c) *přenášené (gestační věk nad 42 týdnů“)* (Liška, 2002, s. 67).

Dort (2004) uvádí podle gestačního věku tuto klasifikaci:

- a) novorozenci nedonošení – porození ve 37. týdnu těhotenství a dříve
- b) novorozenci donošení – porození od 38. do 42. týdne těhotenství
- c) novorozenci přenášení – porození ve 43. týdnu těhotenství a později.

WHO (2006) uvádí dělení dle gestačního věku (gestational age): pre-term, term and post-term birth, přičemž týdny gestace jsou shodné se zde uvedenými klasifikacemi Lišky (2002) a Dorta (2004).

2. „Podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku rozeznáváme novorozence na:

- a) *eutrofický novorozenec – PH mezi 5. a 95. percentilem odpovídajícího gestačního věku (= odpovídá dosaženému gestačnímu stáří)*
- b) *hypertrofický novorozenec – PH nad 95. percentilem odpovídajícího gestačního stáří*
- c) *hypotrofický novorozenec – PH pod 5. percentilem hmotnosti odpovídajícího gestačního stáří“* (Liška, 2002, s. 67).

„Vztah porodní váhy a gestačního týdne při narození vyjadřují percentilové grafy. Porodní váha, která spadá do pásma mezi 10. a 90. percentil pro daný gestační věk, bývá považována za váhu přiměřenou (AGA – appropriate for gestational age), hodnota pod 3. a nad 97. percentil je velmi pravděpodobně patologická“ (Peychl, 2005, s. 37).

3. „Podle porodní hmotnosti:

- a) novorozenci obrovští (makrosomie) – 4500 g vyšší PH
- b) novorozenci s normální PH 2500 g – 4500 g
- c) novorozenci s nízkou PH pod 2500 g
- d) novorozenci s velmi nízkou PH pod 1500 g
- e) novorozenci s extrémně nízkou PH pod 1000 g“ (Dort et al., 2004, s. 7).

4. Stále se snižující hranice porodní hmotnosti, pod kterou je možné přežití dítěte, vedla k následující klasifikaci novorozenců předčasně porozených, podle níž se „rozlišují předčasně narození novorozenci do 4 skupin:

- a) novorozenci nízké PH 2499–1500 gramů (low birth weight /LBW infant)
- b) novorozenci velmi nízké PH 1499–1000 gramů (very low birth weight/VLBW infant)
- c) novorozenci extrémně nízké PH 999–500 gramů (extremely low birth weight/ELBW infant)
- d) novorozenci neuvěřitelně nízké porodní hmotnosti 499 a méně gramů (incredible low birth weight/ILBW infant)“ (Roztočil et al., 2008, s. 164).

S kategorií „ILBW infant“ jsem se poprvé setkala u citovaného autora. Jde o dělení výstižné, protože novorozenci s PH pod 500 g se také rodí, přežívají, ale jde o velmi specifickou skupinu dětí skutečně neuvěřitelně nízké PH a nezralosti.

Podle WHO je dělení novorozenců dle PH do jednotlivých kategorií shodné jako např. dělení Dorta (2004): low, very low, extremely low birth weight infant (WHO, 2006).

Časovým vymezením novorozeneckého období jsem se podrobně zabývala ve své diplomové práci (Soukupová, 1995). V České republice je novorozenecké období vymezeno okamžikem narození a následujícími dvaceti osmi dny života, což je v souladu s definicí WHO (2006).

4.3. Zjišťování zdravotního stavu a poporodní adaptace novorozenců

Každé novorozené dítě je vyšetřeno pediatrem nebo neonatologem, protože je třeba zhodnotit průběh poporodní adaptace, zjistit zdravotní stav dítěte, příp. odhalit vrozené vývojové vady. V perinatologických centrech jsou novorozenci předáni do péče lékaře hned po narození, v porodnicích je pediatr nebo neonatolog zván k porodu v případě, že se jedná o porod patologický nebo se předpokládá narození patologického novorozence (předčasný porod, vícečetný porod, porod koncem pánevním nebo císařským řezem, klešťový porod, porodní asfyxie apod.).

Pro zjištění bezprostřední poporodní adaptace novorozence se používá tzv. Apgar skóre, kdy se po narození sleduje pět významných projevů dítěte – srdeční frekvence, dechová aktivita, barva kůže, svalový tonus a reakci na podráždění. Dítě by měla hodnotit nezávislá osoba, tedy ne ten, kdo dítě rodil, ale raději sestra, která ho převezme do péče. Hodnocení má probíhat v 1., 5 a 10 minutě po narození, resp. 1. hodnocení by mělo začít v 55. sekundě po narození, „*ale pokud má dítě zřejmé potíže, nemá se s pomocí (resuscitací) čekat celou minutu*“ (Fendrychová et al., 2009, s. 42).

Apgar test je nazván podle americké lékařky dr. Virginie Apgarové (1909-1974), která ho v roce 1952 vypracovala a o rok později publikovala. Od té doby se rychle rozšířil a stal se běžnou součástí neonatologie. Jako mnemotechnická pomůcka sledovaná kritéria začínají v angličtině na písmena APGAR – **A**ppearance, **P**ulse, **G**rimace, **A**ctivity, **R**espiration (Babycenter, 2010).

Každý ze sledovaných znaků je hodnocen 0, 1 nebo 2 body, celkové skóre je tedy v každém časovém úseku 0–10 bodů:

- a) fyziologický novorozenec má Apgar skóre 8–10 bodů (80-90 % všech narozených dětí)
- b) novorozenec s lehkou porodní asfyxií má Apgar skóre 4–7 bodů
- c) novorozenec s těžkou poporodní asfyxií má Apgar skóre 0–3 body.

Někdy je 7–8 bodů bráno jako lehká a 4–6 bodů střední asfyxie. Je-li hodnota pod 7 bodů, doporučuje se hodnotit i po desáté minutě každých pět minut. Nízké Apgar skóre v 5. a 10. minutě života je spojeno se zvýšenou mortalitou a morbiditou (Rubín, Houšťková, 1986; Dort et al., 2004; Roztočil et al., 2008; Fendrychová et al., 2009).

Tabulka č. 1 – Skóre podle Apgarové

Popisovaný znak	Skóre = 0	Skóre = 1	Skóre = 2
Akce srdeční	Žádná	< 100/min	> 100/min
Dýchání	Nedýchá	Nepravidelné, pomalé, příp. lapání po dechu	Pravidelné, příp. s křikem
Svalový tonus	Těžká hypotonie, extenze končetin	Snížený tonus, ale určitý stupeň flexe končetin přítomen	Normální tonus, flexe končetin a aktivní pohyb
Reflexní dráždivost	Žádná	Chabá, grimasa	Obranný pohyb, příp. křik
Barva	Celková cyanóza nebo bledost	Akrocyanóza	Růžová

(Lebl, Provazník, Hejčmanová, 2003, s. 70–71)

4.4. Fyziologický novorozenec

Fyziologický novorozenec je novorozenec zralý, eutrofický, narozený v termínu (mezi 38.–42. týdnem těhotenství) a vyznačující se následujícím:

- porodní hmotnost se pohybuje mezi 2500–4500 g, průměrně 3500 g
- délka 44–55 cm, průměrně 50 cm
- obvod hlavy 32–37 cm, průměrně 33–35 cm
- obvod hrudníku o 1–2 cm méně než obvod hlavy
- tělesná teplota měřená v axile (v podpažní jamce) 36,1–36,6°C; rektální teplota (měřená v konečníku) 36,6–37, 1°C
- frekvence dýchání 30–60 dechů/min., průměrně 40 dechů/min.
- tepová frekvence 110–160 tepů/min., průměrně 120–140 tepů/min.
- tlak krve 50–75/30–45 mm Hg
- kůže je růžová, pokrytá mázkem, což je bílý sekret mazových žláz složený z tuku, mastných kyselin a oloupaných buněk epidermis
- na zádech mohou být zbytky lanuga (ochlupení)
- na nose mohou být milia (retenční cystičky mazových žlázek)
- na kořeni nosu, víčkách a v záhlaví jsou znatelné teleangiektázie (trvalé rozšíření kapilár viditelných na kůži v podobě červených nitek)
- nehty přesahují konce prstů
- prsní bradavky jsou dobře vyvinuté a pigmentované

- rýhování plosek nohou je dobře patrné po celé ploše
- ušní boltce mají dobře vyvinutou a elastickou chrupavku
- genitál je zralý - chlapci mají sestouplá varlata ve skrůtu, u děvčátek labia majora kryjí labia minora (Elstnerová, 2001a; Liška, 2002; Fendrychová, 2004).

Přechod z intrauterinního do extrauterinního prostředí je náročný i pro zralé a donošené novorozence, kteří jsou vybaveni základními nepodmíněnými reflexy nutnými pro adaptaci na změnu prostředí. Mezi základní nepodmíněné reflexy patří reflex hledací, sací, polykací, vyměšovací a reflexy obranné (kýchací, kašlací, blinkací, pupilární - zavření očí jako reakce na silné světlo), dále reflexy orientační, úchopové, polohové, pohybové a reflex úlekový – Moroův reflex (Soukupová, 1995).

„Každé zdravé dítě je vybaveno celou řadou reflexů, jejichž prostřednictvím automaticky ovládá všechny životně důležité funkce, aniž by muselo „vědět“, co dělá. Typickým příkladem je hledací a sací reflex: pohladíme-li miminko prstem na pravé tvářiče, otočí hlavičku doprava, otevře pusinku a hledá potravu. Nenajde-li matčinu prsní bradavku, cucá třeba svůj prstík“ (Teusen, Goze-Hänel, 2003, s. 71).

Fyziologický novorozenec má rozvinuté smyslové funkce, které mu zprostředkovávají kontakt s okolním světem, učí jej orientovat se v něm a diferencovaně reagovat na různé podněty. Tyto schopnosti se rozvíjejí na základě geneticky podmíněných vloh jedince, které se projevují jako rozdílný temperament, adaptabilita a dráždivost. Proto každý jedinec reaguje hned po narození individuálně. Projevy dítěte následně vyvolávají zpětné reakce rodičů, což je nezbytné pro stimulaci jeho dalšího vývoje (Bee, 1989).

Jak uvádí Lebl a Krásničanová (2002), smyslové schopnosti novorozence byly přesněji rozpoznány až v posledních desetiletích. Novorozenec má dobře rozvinutý sluch, dává přednost zvukům řeči, zbystří pozornost, slyší-li ženský hlas o vyšších frekvencích, který může avizovat nabídku potravy. Během prvních týdnů života se novorozenec naučí odlišit hlas matčin od jiných ženských hlasů. Křik o vysoké frekvenci jej zneklidní a vyvolá úzkostnou reakci. *„Zcela nová je pro dítě zkušenost slyšet sebe sama, když křičí. Je to možná zážitek, který ho poleká“ (Teusen, Goze-Hänel, 2003, s. 72).*

Zdravý donošený novorozenec má při narození dobře vyvinutou sítnici, ale vážně pohyblivost čočky a zraková ostrost. Nejlépe vidí na vzdálenost 18–40 cm, mimo toto zorné pole vidí jen nejasně. Fixace a sledování v zorném poli se objevují do dvou měsíců věku. Kojenci raději sledují lidskou tvář než geometrické obrazce a dávají přednost jasným barvám a barevným kontrastům. Doba, po kterou kojeneček zrakem fixuje, se považuje za výraz jeho vizuálních preferencí. Zraková ostrost je při narození nízká a postupně se zvyšuje. Strabismus (šilhání) je u novorozených dětí časté, obvykle mizí do tří měsíců věku. Pokud přetrvává po šestém měsíci, měl by dítě vyšetřit oftalmolog (Lebl, Krásničanová, 2002; Teusen, Goze-Hänel, 2003).

Čich hraje významnou roli při orientaci v prostředí – novorozenec se odvrací od nepříjemných pachů a naopak na vůně příjemné reaguje pozitivně. V jednom týdnu věku rozliší kojeneček vůni prsní bradavky své matky, přičemž rozpoznává vůni matky, nikoliv mléka samotného (Lebl, Krásničanová, 2002).

Chuťové preference má novorozenec jednoznačně již od samého narození. Má více chuťových pohárků než dospělý člověk. Dává přednost sladké chuti a vyhýbá se chuti hořké či jinak nepříjemné. „*Mateřské mléko chutná trochu nasládlé; je tak ideálně přizpůsobené chuti novorozenat, která jsou zvyklá na nasládlou plodovou vodu*“ (Teusen, Goze-Hänel, 2003, s. 73).

4.4.1. Péče o fyziologického novorozence

Po narození zdravého dítěte následuje základní vyšetření a ošetření na porodním sále. Ideálně je dítě přineseno k matce a následuje první přiložení, které je velmi významné pro nástup a rozvoj laktace. Po určité době, která je dána zvyky té které porodnice, je dítě předáno sestře z novorozeneckého oddělení, kde je dítě přijato, znovu zváženo, změřeno, ošetřeno, umyto a zpravidla uloženo do postýlky nebo termolůžka.

Matka zůstává na porodním sále dvě hodiny po porodu na observaci, poté je převezena na oddělení šestinedělí, kde ještě 6–8 hodin zůstává na lůžku. Během této doby je jí dítě přineseno ke kojení. V případě, že si to matka přeje a pokud to zdravotní stav obou dovoluje, může být již dítě u matky ponecháno, ale odpovědnost za ně má stále sestra.

Většina novorozenců je umístěna u svých matek, které o ně (z počátku s pomocí sester) pečují. Jedná se o tzv. system „rooming-in“ (dále RI). Tento systém se v našich porodnicích začal zavádět v devadesátých letech minulého století a nahrazovat původní systém oddělení matek na oddělení šestinedělí a novorozenců na oddělení novorozenecké, což kritizovala už např. Damborská (1980). Také celé vedení porodu včetně časně separace matky od dítěte, nerespektování individuálních potřeb jednotlivých dětí a vnučování pravidelných intervalů kojení (obvykle 3,5 hod.) hodnotila jako nefyziologické. Nejenže tento systém nepodporoval ranou interakci matka-dítě, ale byl i naprosto nevhodný pro přirozený nástup a rozvoj laktace u matek a správnou synchronizaci matky a dítěte při kojení. Zároveň neumožňoval novopečeným matkám naučit se o novorozeně pečovat. Zvláště prvorodičky si tak často domů odnášely dítě, o které se neuměly starat, nerozuměly jeho signálům, neuměly kojit a odchod domů byl frustrující záležitostí. Jednalo se o systém péče, který silně narušoval kontakt matky a dítěte ve dnech, které jsou pro navazování vzájemného vztahu senzitivní a kritické (Damborská, 1980; Soukupová, 1995).

Odklon od tohoto systému je návratem „*k přírodě, blíže přirozeným biologickým a psychologickým základům vztahů mezi matkou a dítětem. Celkový vývoj směřuje ke kontaktu co nejčasnějšímu, nejprirozenějšímu, nejtrvalejšímu...*“ (Matějček, 1989, s. 71).

„*Tomu, co se v několika málo hodinách po porodu mezi matkou a dítětem odehrává, se říká 'bonding', což by se mohlo přeložit jako 'vytváření vztahu'. ... Rozhodující při tomto prvním seznamování – bondingu – je to, že lze navázat tam, kde se předtím skončilo s prenatální komunikací. Pocity se stejně jako na začátku těhotenství přenášejí z matky na dítě, což mu umožňuje start do života. Pokud je to možné, dává se matkám po porodu příležitost s děťátkem komunikovat*“ (Goze-Hänel, 2003, s. 75–76).

Systém RI umožňuje a podporuje raný kontakt matky s novorozencem a jeho výhodou je především včasné zahájení výživy kojením podle potřeby a požadavků dítěte. Pro matku představuje možnost osvojit si ošetřování a péči o dítě. Díky imunologické symbióze matka-dítě došlo ke snížení výskytu nozokomiální infekce a nemocnosti dětí a v neposlední řadě je nesmírně důležitá „*stimulace duševního vývoje dítěte, jmenovitě v citové oblasti vlivem vytvářejícího se pevného svazku mezi matkou a dítětem, mající celoživotně pozitivní vliv nejen na oba, ale na celou rodinu a při širším pohledu na vývoj celé společnosti*“ (Fendrychová et al, 2009, s. 128–129).

Tzv. full-RI umožňuje, aby byl novorozenec s matkou nepřetržitě ve dne i v noci. Jeho „mírnější“ varianta – tzv. half neboli poloviční RI znamená, že matka má novorozence u sebe přes den a na noc ho předá na novorozenecké oddělení dětským sestřám, které jí dítě přinášejí jen na kojení. V některých porodnicích je systém half-RI praktikován první, ev. ještě druhý den po porodu a potom si již matka dítě nechává u sebe (full-RI). Praktikování tohoto systému péče je dané zvyklostmi konkrétních porodnic, zdravotním stavem novorozence a jeho matky a v neposlední řadě se respektuje přání ženy. Některé matky si po porodu chtějí odpočinout a uvítají možnost svěřit novorozence do odborné péče dětských sester, pro jiné je naopak oddělení od dítěte stresující a přejí mít novorozeně neustále u sebe.

Matějček (1989) vyzdvihuje pozitiva systému RI a zdůrazňuje, že si matky „velmi chválí to, že se s dítětem sžívají, že netrpí úzkostí, když dítě nevidí, že se mu učí rozumět, dokonale si mohou užívat radost z něho atd. Je zkrátka jejich od první chvíle života. A co je všeobecně uznáváno za velkou výhodu – když přijdou domů, už to s dítětem všechno umějí, rozumějí mu, znají jeho životní rytmus. Snáze zvládají nápor, který je čeká v novém domácím prostředí. Jsou klidnější a vyrovnanější“ (Matějček, 1989, s. 71).

„Námítka porodníků, že si rodička po porodu potřebuje odpočinout, není v tomto smyslu opodstatněná. Učí-li se ošetřovat své dítě až po příchodu domů, je to většinou bez pomoci nebo jen s pomocí dobře míněných rad ze strany zdravotníků nebo příbuzenstva. Učí se něco, co mohla zvládnout už v porodnici. Navíc odpočívá daleko méně, protože vedle péče o dítě přebírá také starost o domácnost“ (Šráčková, 2007, s. 28).

System RI novorozenci tedy umožňuje využít tzv. „protó-sociální“ chování, kterým přitahuje a udržuje pozornost pečující osoby, což je většinou matka. Ta je v rámci rané interakce predisponována pro svou mateřskou roli. V prvních dnech po porodu jde u matek o tzv. mateřskou senzitivní periodu. „Je to hormonální disponovanost ke vhodnému chování vůči vlastnímu dítěti. ... Tato hormonální připravenost trvá jen relativně krátké období. Nedostane-li matka nutné signály mláděte, či dojde-li k separaci delší než čtyři dny, mateřské chování slábně. Pokud je však mládě u matky ponecháno po porodu a k odloučení na 4 dny dojde později, účinky nejsou tak zásadní a mateřské chování se opět snadno projeví“ (Šulová, 2004, s. 39).

Šulová (2003) zdůrazňuje připravenost matky a novorozeného dítěte na navázání vzájemného vztahu, na určitou „předprogramovanost“ na ranou interakci i na vliv mnoha faktorů (spojených např. se zdravotním stavem matky a dítěte, s celkovou porodní a poporodní situací nebo se zralostí matky) na to, zde se jejich vzájemná komunikace „*stane synchronní (vyvážená, dobře se doplňující a na sebe navazující), či asynchronní (mnohá vzájemná nepochopení si, disharmonie – příkladně matka alkoholička, která nezachytí signály dítěte, jejíž chování se prudce mění a je pro dítě nečitelné)*“ (Šulová, 2003).

V době, kdy se oddělování dítěte do matky opět stalo „nemoderní“ a porodnice se začaly vracet ke společnému ošetřování obou, dochází „*k zásadnímu obratu v psychologickém přístupu k novorozenému dítěti. Nezkoumá se, co takový tvoreček nemůže, neumí, nedokáže, ale naopak, co dovede, jak je pro život vybaven, v čem je aktivní, jak působí na své okolí. Ukázalo se totiž, že i nejmenší dítě do značné míry kontroluje množství a kvalitu podnětů, vůči nimž je matka právě v době těsně po porodu a v následujícím období specificky citlivá. Dochází tedy k pozoruhodné součinnosti. Dobře je to patrné na z filmových záznamů, z nichž je zachyceno právě dítě položené na nahé tělo matky. Živá aktivita jednoho a radostné rozpoložení druhého z těchto obrázků přímo září*“ (Matějček, 1989, s. 72).

„*Systém rooming-in poskytuje rodičům nejlepší předpoklady pro hladký přechod do domácí péče o dítě a to jak u donošených, tak u nedonošených dětí*“ (Psychl, 2005, s. 23).

Jak uvádí Psychl (2005), zdravý novorozenec bývá propuštěn do domácí péče zpravidla mezi 4–7 dnem po narození. Roztočil et al. (2008) citují doporučení České neonatologické společnosti, podle něhož lze i v našich podmínkách propustit zcela zdravého novorozence z nemocničního ošetření po 72 hodinách. Délka hospitalizace se ve většině případů ovšem odvíjí od stavu novorozence, nikoliv od stavu nedělký.

Zvláštní situace nastává v případě, že je dítě v pořádku, ale matka je po porodu umístěna na JIP např. po císařském řezu nebo jiné porodní komplikaci. V těchto případech je snaha nosit dítě matce, jakmile to její zdravotní stav dovolí, co nejčastěji a po jejím přemístění na oddělení šestinedělí se péče o dítě přesouvá na matku pomalu a postupně za větší a častější pomoci dětských sester. Propuštění do domácí péče je pak dáno zdravotním stavem matky.

4.5. Nedonošený novorozenec

Jak vyplývá z výše uvedených klasifikací, za předčasně narozené dítě se považuje dítě narozené před dokončeným 37. týdnem gravidity. Jeho porodní hmotnost je většinou pod 2500 g. Nedonošený novorozenec bývá také nezralý, takže tyto dva pojmy lze používat jako synonyma. V ČR se v současné době předčasně rodí přibližně 6–7 % dětí.

Pro nezralého novorozence jsou typické následující znaky:

- kůže je u těžce nezralých dětí živě červená, průsvitná, želatinózní, mázek chybí, lanugo bývá řídké
- u méně nezralých je kůže tmavě růžová, prosvítají jen velké žilky, je bohatě pokryta mázkem, v různém rozsahu je pokryta jemnými chloupky - lanugem (hlavně na ramenou, zádech, krku); je často prosáklá, tvoří se otoky, zvl. na končetinách
- kůže nedonošených dětí je velmi citlivá (jak k desinfekčním roztokům, tak k mechanickým insultům) a může se lehce stát vstupní branou infekce
- sliznice jsou velmi citlivé na poranění
- prsí bradavky u těžce nedonošených dětí zcela chybí nebo jsou jen naznačeny, u lehce nedonošených je vytvořena bradavka, někdy i část dvorce
- ušní boltce bývají měkké, u těžce nedonošených dětí i neúplně vyvinuté
- genitál u chlapců – často nesestouplá varlata
- genitál u dívek – velké stydké pysky nepřekrývají malé
- rýhování na ploskách nohou a dlaních u těžce nedonošených prakticky chybí nebo jsou vytvořeny jen hlavní rýhy, u lehce nedonošených je rýhování více, ale rýhy jsou mělčí než u donošených dětí
- nehty nedosahují špiček prstů (Velemínský 1993; Elstnerová, 2001a).

Kromě uvedených znaků mají nedonošené děti (v závislosti na míře nedonošenosti) také nezralé dýchací, zaživací i vyměšovací funkce a jsou ohroženy silnou termolabilitou.

4.5.1. Klasifikace nedonošených novorozenců

Pro nedonošené novorozence se nejčastěji používá klasifikace podle porodní hmotnosti (viz výše - Dort et al., 2004, Roztočil et al., 2008) nebo podle gestačního věku na lehce, středně, těžce a extrémně nezralé novorozence:

1. lehce nezralí novorozenci – děti narozené mezi 35. až 37. týdnem gravidity (prognóza je obvykle velmi dobrá, přežít by měly všechny děti bez větší újmy na zdraví)
2. středně nezralí novorozenci – děti narozené mezi 32. až 34. týdnem gravidity (i v těchto případech je prognóza přežití velmi dobrá, zhruba v 5 % se mohou objevit odchylky neuropsychického vývoje, přičemž nejzávažnější skupinu tvoří děti s PH pod 1 500 g)
3. těžce nezralí novorozenci – děti narozené mezi 28. až 31. týdnem (přežívá 90 % jedinců a do života si odnáší více nebo méně závažnou formu handicapu přibližně 15–20 % z nich)
4. extrémně nezralí novorozenci – děti narozené před 28. týdnem gravidity; ty, které se narodily s porodní hmotností (PH) nad 750 g, mají 75 % šanci na přežití, děti s PH pod 750 g přežívají v 50 %.; těžkým handicapem je postiženo 7 % z nich a u 40 % můžeme očekávat abnormality v dalším vývoji (Dokoupilová et al., 2009; Fendrychová et al, 2009).

„Pro průběh poporodní adaptace a pravděpodobnost následné péče je důležitější týden těhotenství, který více vyjadřuje, jak moc jsou jednotlivé orgány nezralé a jak dlouho může trvat jejich dozrávání, než porodní hmotnost“ (Dokoupilová et al., 2009, s. 32).

K výše uvedeným procentům je třeba uvést, že se jedná o statistiky týkající se narození dítěte z jednočetné gravidity. V případě narození extrémně nedonošených dvojčat je pravděpodobnost jejich přežití menší než jen u jednoho dítěte, které má v případě narození mezi 23.–26. gestačním týdnem 56% šanci na přežití, zatímco u dvojčat je to pouze 38 % (přičemž horší prognóza je u dvojčat jednovaječných). Po 29. gestačním týdnem se prognóza přežití při dobrém zdravotním stavu výrazně zlepšuje i pro dvojčata, která představují 12–27 % všech předčasných porodů. (Slattery, Morrison, 2002).

4.5.2. Nejčastější zdravotní komplikace nedonošených novorozenců

Poporodní adaptace nedonošených novorozenců je obtížná, ztížená nezralostí nejdůležitějších životních funkcí. Dále uvedené problémy patří mezi ty, které nezralé děti ohrožují nejčastěji.

Centrální nervový systém

„Nejzávažnějším důsledkem předčasného porodu je vyšší riziko dlouhodobého poškození mozku“ (Peychl, 2005, s. 81). „Mozková (cerebrální) problematika novorozeneckého věku má to specifikum, že mozek novorozeného dítěte - a nedonošeného dítěte obzvláště - je v době porodu stále ještě ve vývoji, ... struktury CNS novorozence velmi citlivě reagují na jakýkoliv inzult“ (Macko, 2001, s. 135).

Nitrolební krvácení neboli intrakraniální hemoragie stále představuje závažný problém neonatální péče, protože se *„vyskytuje asi u 20–30 % dětí s PH pod 1500 gramů a až u 60 % dětí s PH pod 1000 gramů. Z hlediska časového vzniká v 60 % případů do 24 hodin, 85 % případů pak vznikne do 48 hodin po porodu a téměř 97 % do konce prvního týdne života. Po prvním týdnu je pak vznik nitrolebního krvácení vzácný“* (Macko, 2001, s. 140).

Peychl (2005) jako příčiny vzniku krvácené do mozkových komor jmenuje především nešetrnou manipulaci s dítětem, výkyvy krevního tlaku, rychlé podávání větších objemů tekutin, apnoické pauzy, proměnlivý mozkový průtok nebo přítomnost perzistující tepenné dučeje (céva spojující malý a velký krevní oběh; za normálních okolností se uzavírá do několika hodin po porodu; u nezralých dětí se může zavřít neúplně nebo se po určité době může opět otevřít a pak teče plicním oběhem zvýšené množství krve, což způsobuje překrvení plic a následně problémy s dýcháním, zhoršené krevní zásobení jiných orgánů a současně dochází k přetěžování srdce). Nejdůležitější prevencí nitrolebního krvácení je stálost vnitřního prostředí a důsledné vyvarování se všech možných spouštěcích faktorů.

Podle rozsahu se mozkové krvácení klasifikuje stupněm I. až IV. U nedonošených dětí se většinou jedná o krvácení I. a II. stupně – jde o krvácení menšího rozsahu, které se obvykle do několika týdnů vstřebá a nemá na vývoj mozku negativní vliv. Rozsáhlá krvácení III. a IV. stupně jsou však závažná a zpravidla přinášejí problémy v podobě

neurologických následků, nejčastěji se jedná o dětskou mozkovou obrnu nebo mentální retardaci (Peychl, 2005).

Dýchání

„Základním faktorem, který limituje hranici viability, je nezralost plicní tkáně, (Straňák, 2007). Dechové obtíže postihují až 90 % předčasně narozených novorozenců s PH do 1kg, ale i u větších, předčasně narozených dětí jsou poměrně časté. Plíce zralých dětí produkují surfaktant (látka, která vystýlá plicní sklípky, pomáhá je udržet rozepjaté a výrazně tak usnadňuje dýchání), ale nezralé děti mají v prvních hodinách a dnech po porodu surfaktantu výrazně méně. Dalším důvodem dechových obtíží u nezralých dětí je anatomická nezralost plic, plíce mají menší množství plicních sklípků a tím i výrazně menší plochu pro výměnu plynů a jsou "slabší", nedokážou vyvinout dostatečné dechové úsilí. Z těchto důvodů může být pro nezralé děti dýchání velmi namáhavé a některé by bez léčby dýchaly jen velmi obtížně nebo vůbec. Tento stav se nazývá syndrom respirační tísně novorozence (RDS).

Základem léčby je dodání surfaktantu, který pomůže dětem překlenout poporodní období, výrazně jim ulehčí dýchání a pomůže zabránit poškození plic. Surfaktant se podává přímo do plic, většinou bezprostředně po porodu, někdy je nutné podání i opakovat. Jinou možností, jak pomoci dětem v dýchání, je vytvoření mírného přetlaku v dýchacích cestách, který brání kolapsu plic a usnadňuje dýchání. Tomuto přístroji se říká CPAP (continual positive airway pressure). Pokud není tento způsob dechové podpory dostatečný a dítě má stále problémy s dýcháním, je nutné ho intubovat a napojit na umělou plicní ventilaci (UPV). Na ventilátoru pak novorozenec zůstává nejčastěji několik dní, extrémně malé nebo nemocné děti i déle (Ruffer, 2009).

Je důležité, že vývoj ventilační strategie u nedonošených novorozenců měl významný vliv na výskyt chronického plicního onemocnění a retinopatie. Dokoupilová a Plavka (2009) sledovali výskyt těchto problémů u novorozenců extrémně nízké porodní hmotnosti narozených v letech 2002–2007 a zjistili, že omezení UPV a zavedení časného užívání nCPAP (nazální CPAP) již od porodního sálu vedlo ke statisticky významnému poklesu výskytu chronického plicního onemocnění i výskytu závažné formy retinopatie u těchto dětí.

Častým problémem jsou apnoické pauzy – nezralí novorozenci dýchají tak, že se u nich střídají úseky rychlejšího a pomalejšího dýchání s několikavteřinovými pauzami. Pokud jsou tyto pauzy delší než 20 vteřin, označujeme je jako apnoe. Kromě nezralosti mohou být apnoické pauzy signálem počínajícího onemocnění, nejčastěji infekce. Na oddělení NJIP jsou děti nepřetržitě monitorovány, proto mohou být apnoe rychle diagnostikovány a neohrožují je na životě. Včasná stimulace dítěti pomůže "vzpomenout si" na nádech nebo se užívají stimulačně působící léky. V případě těžkých apnoických pauz může dítě vyžadovat umělou plicní ventilaci (Rubber, 2009).

Zažívání

Největším problémem spojeným s fungováním gastrointestinálního traktu bývá nekrotizující enterokolitida, což je poškození střeva, které vzniká u nezralých dětí vlivem infekce a špatného krevního zásobení střeva. Onemocnění se projevuje větším napětím břicha, které může být i velmi bolestivé, poruchou pasáže stravy a velmi často i celkovými příznaky jako jsou poruchy dýchání, prokrvení a další příznaky celkové infekce. Děti mohou mít krev ve stolici, v nejtěžších případech může dojít dokonce až k protržení střeva. Tímto onemocněním jsou ohroženy zvláště těžce a extrémně nezralé děti s PH do 1500 g, u kterých se objevuje obvykle během prvních deseti dnů života. Významnou prevencí je zahájení perorálního příjmu stravy a především krmení mateřským mlékem (Borek et al., 2001; Peychl, 2005).

Poporodní adaptaci gastrointestinálního traktu u většiny nezralých dětí provází obtíže nazvané gastroezofageální reflux, tedy zvracení a ublinkávání. Jde o problémy, které se mohou objevovat dlouhodobě, ale i jen přechodně. Důležité je sledování hmotnosti dítěte a dodržování antirefluxních opatření – častější krmení menšími dávkami, 10–15 minut po jídle vertikální poloha, zvýšená poloha v postýlce, příp. polohování na boku nebo na břichu, ev. přidání antirefluxového výživového přípravku buď do odstříkaného mateřského mléka nebo podávání speciální antirefluxové mléko. Nedonošené děti mívají obtíže s vyprazdňováním a trpí tzv. kolikami (Peychl, 2005).

Termolabilita

V péči o novorozence je důležitým prvkem měření tělesné teploty, protože udržení adekvátní teploty je nutné pro úspěšnou poporodní adaptaci. U nedonošených novorozenců je tato potřeba ještě dána tím, že tyto děti jsou vzhledem ke své nezralosti ohroženy

hypotermií, proto je třeba, aby na porodním sále byla vhodná teplota (ideálně 25 °C). U nezralých dětí s PH 1000 g klesá tělesná teplota o 1 °C každých 5 minut. „*Nedonošené děti, zvláště pod 30. gestační týden, mají zúžené termoneutrální pásmo, jejich tělesná teplota má tendenci kopírovat teplotu okolí, dítě se chová jako poikilotermní (podobně studenokrevným živočichům). Potřeba vyšší teploty okolí je dána většími tepelnými ztrátami u nedonošených v důsledku velkého povrchu těla, tenkého kožního krytu a značné vaskularizace kůže. Obecně platí, že čím má dítě nižší hmotnost a je nižšího postnatálního stáří, tím vyšší vyžaduje teplotu prostředí*“ (Procházková, Janota, 2010, s. 404).

Zrak

Sítnice u nedonošených dětí je nezralá a velmi citlivá. U těchto dětí může dojít k porušení růstu cév, které sítnici vyživují. Tyto cévy vyžívají jako jedny z posledních struktur oka a jejich vývoj je ukončen až ve 42.–44. týdnu gestace. U nezralých dětí někdy dochází k poruše růstu těchto cév, a tím k následnému poškození zraku – retinopatii nedonošených (ROP – retinopathy of prematurity). Riziko výskytu této nemoci roste se stupněm nedonošenosti a se snižující se porodní vahou dítěte, u novorozenců s PH pod 1000 g se toto onemocnění rozvine se 40 % pravděpodobností. Oftalmolog by měl vyšetřit oční pozadí u všech dětí, které se narodily s PH pod 1800 g nebo byly mladší než 35. gestační týden a jejich zdravotní stav vyžadoval oxygenoterapii. Děti mladší než 30. gestační týden a děti s PH pod 1300 g mají být vyšetřeny vždy.

Retinopatie může mít pět stupňů, s rostoucím stupněm se zhoršuje prognóza vidění:

I. stupeň – velmi mírná porucha růstu cév, stav se většinou spontánně zlepšuje během 3–4 měsíců, prognóza je velmi dobrá.

II. stupeň – mírná porucha růstu cév, v budoucnu se může objevit strabismus (šilhání), amblyopie (tupozrakost), refrakční vady (krátkozrakost, dalekozrakost).

III. stupeň – výraznější porucha růstu cév, dostávají též pod sítnici, kterou mohou odchlípnout; někdy je nutné operativní řešení (kryopexie neboli promrazení, laserová koagulace neboli ztužení postižené oblasti); vady uvedené u stupně II. se vyskytují často a vyžadují korekci brýlemi. Riziko pozdního odchlípení sítnice trvá po celý život.

IV. stupeň – částečné odchlípení sítnice může mít za následek zúžení zorného pole dítěte, změny na sítnici jsou již ireverzibilní a je nutný operativní zákrok, aby se zachránila co největší plocha sítnice. Pokud není postižena žlutá skvrna, je funkční vidění dobré, ale pokud je žlutá skvrna zasažena, dítě rozezná jen světlo a stín.

V. stupeň – kompletní odchlípení sítnice způsobuje totální slepotu, léčba není možná (Dražanová, 2001; Dort et al., 2004; Peychl, 2005; Drahekoupilová et al., 2009).

Příčina retinopatie není známá, ale předpokládá se, že jde o důsledek kolísání hladiny kyslíku v prvních dnech života a infekce v období porodu nebo v poporodním období. Jako nejlepší prevence ROP se jeví snaha o maximální stabilitu hladiny kyslíku a celkovou stabilitu nedonošených dětí hlavně v prvních dnech po narození. „*Jakákoliv jizva v retině i po regresi ROP je rizikem vzniku odchlípení sítnice po celý život. Jedinci s ROP by měli mít alespoň jedenkrát ročně vyšetřené oční pozadí*“ (Dražanová, 2001, s. 195).

Sluch

Základní podmínkou pro rozvoj řeči a abstraktního myšlení je normální sluch, protože tímto receptorem získáváme 60 % informací o okolním světě. Dítě neslyšící se bez odborné pomoci nemůže naučit mluvit, ale ani číst a psát. Nedoslýchavý člověk se často ocitá v sociální izolaci. V populaci rizikových novorozenců, kam nedonošené děti bezpochyby patří, je incidence těžké sluchové vady 20–40:1000, zatímco u fyziologických novorozenců je to pouze 1:1000. Ročně se v ČR rodí 600–1200 dětí se středně těžkou a asi 100 dětí s těžkou vadou sluchu.

Sluchová vada je z 60 % vrozená (z toho více než polovina vzniká na genetickém podkladě a zbytek v důsledku prenatálních faktorů) a 40 % vad vzniká v období perinatálním či postnatálním. Mezi perinatální či postnatální příčiny patří porodní hmotnost nižší než 1500 g, nedonošenost, hypoxie v průběhu porodu, UPV delší než čtyři dny, porodní trauma, perinatální infekce, těžká novorozenecká žloutenka, meningitida, encefalitida a podání ototoxických léků (Havlíková et al., 2010).

U nedonošených dětí je proto vždy nutné vyšetření ušním lékařem, ale také fyziologičtí novorozenci jsou screeningově vyšetřeni ještě v porodnici před propuštěním domů, protože vyšetření pouze rizikových dětí (zhruba 9 % ze všech narozených dětí) není dostačující, neboť odhalí něco přes 50 % všech sluchových vad. Přitom včasné zachycení sluchové vady je nezbytným předpokladem k její správné a účinné kompenzaci. (Samcová et al., 2009; Havlíková et al., 2010).

4.5.3. Péče o nedonošené novorozence

V ČR existuje třístupňová péče o novorozence. První stupeň péče představují standardní porodnice, kde se na novorozeneckých odděleních zdravotníci starají o zdravé a donošené, tedy fyziologické novorozence. Pokud u dětí narozených po 35. týdnu probíhá poporodní adaptace bez komplikací, mohou zde být ošetřovány, ovšem v případě potíží je nutné tyto děti převést na oddělení s vyšším stupněm péče.

Druhý stupeň péče představují intermediární centra, která mají jednotky intenzivní péče adekvátně vybavené pro děti narozené ve 32. a vyšším gestačním týdnu.

Třetí a nejvyšší stupeň péče představují perinatologická centra, kde se rodí nebo jsou do nich převáženy děti se všemi stupni nezralosti, s problematickou poporodní adaptací nebo se zdravotními problémy a kde je jim poskytována intenzivní odborná péče.

Tato centra úzce spolupracují s dalšími odbornými lékaři na specializovaných pracovištích a klinikách, kde se řeší zdravotní problémy rizikových novorozenců.

4.5.4. Raná interakce rodičů s nedonošeným dítětem

Doby, kdy se na novorozence pohlíželo jako na pasivního tvora, jsou již naštěstí dávnou minulostí a na novorozence se pohlíží jako na kompetentní bytost, která pro svůj zdárný růst a vývoj potřebuje kontakt se svými nejbližšími. „*Příroda vybavila člověka úžasnými schopnostmi: rodičům dala ohromující intuitivní kompetence a dítěti výjimečné kapacity pro neverbální komunikaci. Toto vybavení si žádá zvláštní pozornosti a ochrany ze stran všech odborníků, kteří pracují s kojenci a rodiči...*“ (Papoušek, 2004, s. 100).

Komunikace mezi dítětem a jeho matkou probíhá již na prenatální úrovni, když dítě roste a zraje v děloze. Bezprostředně po narození dítěte začíná senzitivní perioda pro „nastartování“ extrauterinní komunikace. Je podporován první kontakt matky a dítěte již na porodním sále (důležitý pro zdárný začátek laktace a kojení) a systém péče „rooming-in“, který umožňuje jejich nepřetržitý společný pobyt. Matka se tak učí rozeznávat a citlivě reagovat na signály vysílané dítětem a uspokojuje jeho biologické a psychické potřeby.

V případě předčasného porodu je však ideální průběh rané interakce silně narušen a pro první chvíle, hodiny, dny a někdy bohužel i týdny nedonošeného novorozence je typická separace od matky. Jejich odloučení je dané zdravotním stavem dítěte (a někdy také matky), ale mělo by trvat co možná nejkratší dobu. Kontakt s dítětem je zejména v případě, že se jedná o těžce nebo dokonce extrémně nezralého novorozence, silně omezen a rodiče jsou při prvním setkání se svým dítětem (často na oddělení RES či JIP) obvykle natolik vyděšeni vzhledem a stavem novorozeněte, že k tělesnému kontaktu mnohdy ani nedojde. Pokud přišlo dítě na svět operativním porodem, bývá to většinou jeho otec, kdo ho navštíví první, a ten se zpravidla křehkého, maličkého tělíčka neodváží dotknout.

Zdravotníci pečující o nedonošené děti si potřebu rané interakce novorozence s rodiči velmi dobře uvědomují, a proto časný kontakt co nejdříve nejen umožňují, ale rodiče k němu povzbuzují a pomáhají jim. Pokud je dítě v inkubátoru a jeho zdravotní stav je vážný, jde nejprve o letmé doteky a hlazení. Jakmile to ale zdravotní stav dítěte umožní, snaží se zdravotníci dávat dítě rodičům do náručí, aby ho chovali, hladili a mluvili na něj.

Častý kontakt rodičů s nedonošeným dítětem podporuje Matějček (1989), který poukazuje na pozitiva rané interakce a píše, že *„je stará zkušenost, dnes ostatně už i výzkumně potvrzená, že si matky obtížně vytvářejí mateřský vztah k nedonošeným dětem, ošetřovaným na speciálních odděleních, když jsou od nich třeba na dlouhé týdny odloučeny. A jiná taková zkušenost, stejně výzkumně doložená, říká, že velké obtíže v tomto směru mají matky dvojčat, jestliže jedno z nich si třeba odvezly hned z porodnice domů a druhé dostaly až po delším jeho pobytu na oddělení nedonošenců. Svěřují se, že jim to druhé dítě připadá jiné, cizí, nezvyklé, ne jejich. Musí překonat určitý vnitřní odpor, aby je mohly přijmout“* (Matějček, 1989, s. 74).

Jako výborný systém péče o tyto děti se ukázala tzv. „kangaroo method“ neboli klokaní metoda, u nás nazývána „klokánkování“, kdy je dítě položeno a ponecháno na nahém těle rodiče. Tato metoda má svůj původ v Kolumbii, kde ji jako alternativní možnost péče o novorozence navrhli v roce 1978 pediatři Edgar Rey Sanabria a Hector Martinez. Způsob nošení dítěte připomíná klokany a matka (příp. otec) funguje de facto jako „lidský inkubátor“ – dává dítěti teplo a přímý tělesný kontakt. V kolumbijské Bogotě takto nosily matky svá novorozeněta ve speciálně upravené košili a poskytovaly jim výživu, teplo a stimulaci, což na děti příznivě působilo, protože měly tento kontakt nepřetržitě po 24 hodin

(s výjimkou krátkého přebalení a občasného vykoupání). Takto byly nošeny dokonce již děti narozené ve 31. gestačním týdnu (pokud byly ve stabilizovaném stavu) a ideálně tento kontakt trval až do doby původně stanoveného termínu porodu. „*Klokání metoda využívá v první řadě lidský potenciál – potenciál matky a dítěte*“ (Geisel, 2004, s. 88).

Výsledky sledovaných dvojic (zlepšení spánku, pravidelnost dechu a úprava termoregulace u dětí, zlepšení laktace a růst pocitu mateřského uspokojení u žen) byly tak výrazné, že se tato metoda začala používat u dětí dráždivých, smyslově postižených nebo neklidných. Pozitivní význam této metody u nedonošených novorozenců je nesporný, protože podporuje celkový růst a vývoj dítěte i vzájemný vztah mezi dítětem a rodičem (Schuttová, 1995; Soukupová, 1995; Sobotková, 1996; Šulová, 2004; Fridrichová, Oškrdalová, Skorkovská, 2008; Dokoupilová et al., 2009).

Kromě klokánkování jsou rodičům nedonošených dětí doporučovány tzv. motýlí masáže, které pomáhají uvolňovat napětí a děťátko uvolňuje a uklidňuje. Mohou se spojit s příjemnou muzikoterapií nebo aromaterapií a chvíle naplněné touto činností budou mít pozitivní dopad na dítě i rodiče a na posílení jejich vzájemného vztahu (Auckettová, 1992; Dokoupilová et al., 2009).

Lze jednoznačně říci, že u nedonošených dětí má časná interakce s rodiči nenahraditelné místo v péči o tyto děti a podpora jejich vzájemného kontaktu je pro obě strany nesmírně důležitá. Rodiče nezralých novorozenců by měli usilovat o co nejčastější kontakt s dítětem, protože má pozitivní dopad i na jejich psychiku. Časté návštěvy, kontakt s dítětem a péče o něj pomáhá rodičům vyrovnat se s těžkou situací, kterou předčasné narození dítěte představuje, a posiluje v nich jejich mateřské a otcovské city a pocity.

4.5.5. Propuštění do domácí péče

Před propuštěním do domácí péče je žádoucí, aby matka strávila několik dní nejlépe ve 24hodinovém kontaktu se svým dítětem a naučila se o něj plně pečovat. Doba, kterou dítě stráví v péči lékařů a zdravotních sester se odvíjí od jeho nezralosti, od gestačního věku v momentě porodu, od porodní hmotnosti a především od jeho zdravotního stavu. Aby mohlo být propuštěno domů, musí splňovat několik základních požadavků:

- ukončený 36. týden od početí (kdy se výrazně snižuje riziko apnotických pauz a dítě je již celkově stabilní); výjimečně lze propustit dítě ve 34.–35. týdnu od početí, pokud je dechově stabilní, nevyžaduje kyslíkovou terapii a nemá apnotické pauzy
- má stabilizované oční pozadí, které již nevyžaduje pravidelné kontroly
- hmotnost dítěte by měla být ideálně kolem 2000 g, minimálně však 1800 g a je schopno se samo uživit (kojení, krmení z lahvičky)
- na postýlce udrží tělesnou teplotu (Dokoupilová et al., 2009).

Peychl (2005) uvádí, že do domácího ošetření je možné pustit pouze dítě celkově stabilní, což v souladu s doporučením Americké pediatrické společnosti znamená:

- dítě dostatečně dlouhou dobu plynule přibývá na váze
- je kompenzované po stránce dýchání, krevního oběhu a srdeční frekvence
- je kompenzované po stránce termoregulace, tedy schopné dlouhodobě udržovat při běžném oblečení normální tělesnou teplotu v pokojovém teplotním prostředí bez použití přídatných zdrojů tepla
- je adaptované z hlediska příjmu potravy, je tedy na plné orální výživě.

Tento přístup k propouštění nezralých novorozenců do domácí péče posunul hranici jejich odchodu z porodnic k nižšímu postkoncepčnímu týdnu (34.–36. týden) a k nižší váze (okolo 1800 g), čímž se zkrátil nemocniční pobyt těchto dětí až o jeden měsíc. To se ovšem týká zpravidla lehce a středně nedonošených dětí. U těžce a extrémně nedonošených dětí je realističtější propuštění okolo 40.–42. postkoncepčního týdne.

Někdy jsou domů propouštěny i děti, které výše uvedená kritéria nesplňují, protože jsou ze zdravotních důvodů dlouhodobě závislé na krmení nazogastrickou sondou (nejsou schopné sát a polykat), vyžadují dlouhodobou aplikaci kyslíku nebo dechovou podporu. V těchto případech je nutné, aby rodiče byli schopni poskytovat dítěti adekvátní péči a měli dobře dostupnou terénní lékařskou péči, protože nedonošené děti patří do skupiny dětí ohrožených významně zvýšenou nemocností. *„Nejde jen o zvýšené riziko postižení dlouhodobého vývoje ve smyslu DMO, kognitivních a smyslových poruch, ale také o zvýšený výskyt některých akutních a respiračních onemocnění vedoucích k častější nutnosti hospitalizace v porovnání s ostatními dětmi, i k vyšší mortalitě“* (Peychl, 2005, s. 33).

4.5.6. Prognóza

„Prognóza nedonošených dětí je v individuálních případech obtížná, obecně dnes ve váhové skupině nad 1500 gramů obvykle příznivá, ve váhové skupině pod 1000 gramů je asi 20 % riziko těžkého handicapu. Rovněž riziko náhlého úmrtí v kojeneckém věku je oproti donošeným několikanásobně vyšší. Prognózu významně ovlivňuje vliv rodiny, sociální a ekonomické podmínky“ (Liška, 2002, s. 81).

Rodiče se často ptají, jak se bude jejich dítě vyvíjet v budoucnu, a rádi by slyšeli ujištění, že bude všechno dobré. V nejranějším věku je však obtížné říci, jak bude vývoj dítěte probíhat dál a přesnější diagnózu či prognózu lze vyslovit až v jeho pozdějším věku. Pro rodiče může být velmi zatěžující nejistota, jak to s jejich dítětem bude do budoucna. Jako ideální se jeví průběžná zdravotní i psychologická péče a sledování celkového psychického i motorického vývoje dítěte, kdy rodiče získávají průběžně aktuální informace a rady, jak ho dále vhodně stimulovat. Výsledky četných studií ukazují, že u nedonošených dětí nemůžeme spolehlivě předpovědět jejich další vývoj před prvním, a u dětí velmi nezralých někdy ani před druhým rokem života. I později je obtížné dělat konkrétní předpovědi do školních let, zejména co se týče mírnějších odchylek, což lze vysvětlit plasticitou nezralého nervového systému, na který kladně i záporně působí různé vnitřní i vnější podněty během jeho vyzrání (Sobotková et al., 2009).

Obecně lze říci, že čím vyšší je stupeň nezralosti předčasně narozeného dítěte, tím je vyšší pravděpodobnost, že si do života ponese určité zdravotní následky. Straňák (2007) na základě sledování dětí, které se narodily s extrémně nízkou PH (pod 1000 g), popisuje problémy, které se u těchto dětí objevují. *„V předškolním a školním věku dochází potenciálně k rozvoji nežádoucích projevů v souvislosti s extrémní nezralostí v oblasti mentální, behaviorální, sociální a edukační. Novorozenci ELBW jsou sledováni s ohledem na poruchy učení, nesoustředěnost, hyperaktivitu, schopnost spolupráce, neobratnost, poruchy jemné motoriky, adaptability apod. Signifikantně patologické odchylky (DMO, neurosenzorické poruchy, psychomotorická retardace přetrvávají u novorozenců s těžkým perinatálním postižením i v předškolním a školním období. Statisticky signifikantní rozdíly, ve srovnání s donošenými novorozenci, však zůstávají v dosažených školních výsledcích, poruchách soustředění, hyperaktivitě a dalších psychologických aspektech i u novorozenců ELBW bez závažných perinatálních komplikací“ (Straňák, 2007, s. 8).*

Zajímavé jsou výsledky studií, které sledují neuropsychické, sociální, psychologické a behaviorální parametry u adolescentů a mladých dospělých, kteří se narodili s extrémně nízkou PH, ale bez závažných ireverzibilních postižení. Jako statisticky významné se u nich jeví následující ukazatele: nižší průměrná výška, nižší inteligenční kvocient, nižší stupeň dosaženého vzdělání, vyšší tendence k anxiózně-depresivním stavům, horší vnímání kvality vlastního života, vyšší nemocnost (zejména respirační a metabolické problémy a hypertenze), nižší sportovní aktivita a u dívek se objevuje negativní vnímání vlastní osobnosti.

Na druhou stranu byly u této populace zaznamenány pozitivní ukazatele ve smyslu snížené frekvence abúzu drog, snížený výskyt kriminality a nepřiměřených sexuálních aktivit. Zajímavý je častější pobyt ve společné domácnosti s rodiči ve věku 20 let. V rodinných a partnerských vztazích a v zaměstnanosti nebyly zaznamenány statisticky významné rozdíly (Straňák, 2007).

4.5.7. Psychologické problémy a chování nedonošených novorozenců

Fendrychová (2009) uvádí, že u dětí narozených před termínem „*v důsledku nedonošenosti se u nich mohou projevit atypické známky chování, proměnlivé spánkové vzorce, neschopnost sebeuspokojení a problémy s příjmem potravy. Také se snadno unaví, nedokáží usnout, často se budí, nedají se utiшит a nejsou schopni uspokojivé interakce s pečujícími. Jejich rodiče, kteří se nejprve musí vyrovnat s neočekávaným předčasným porodem a potřebují teprve získat nějaké zkušenosti s péčí o dítě, ještě trpí rozčarováním, frustrací, depresí a často i zlostí*“ (Fendrychová a kol., 2009, s. 99).

„*Nedonošené děti podle různých studií ještě v době původně očekávaného termínu porodu představují pro své rodiče odlišného sociálního partnera, méně srozumitelného, předvídatelného. Jeví se jako labilnější, dráždivé, méně reaktivní na smyslové i sociální podněty, opožděně se objevují i další důležité vývojové mezníky (sociální úsměv, vokalizace)*“ (Ratislavová, 2008, s. 74).

Psychl (2005) mluví o určité „nepředvídatelnosti“ proměny fyziologických stavů dítěte (stavy spánku, bdění a křiku), což může v rodičích vyvolávat stres a pocit, že se dítě staví negativně k nabízeným podnětům. Je důležité rodiče upozornit, že nedonošené děti mají v prvních měsících větší potřebu spánku a kratší periody bdění, jinak reagují na stimulaci a také u donošených novorozenců běžně se vyskytující „koliky“ mohou mít výraznější průběh spojený s dlouhotrvajícím křikem. Tyto děti vyžadují častější krmení menšími dávkami mléka, což může mít vliv právě na prodloužení doby, než si stanoví pevný řád dne a noci.

Je vhodné dítě pravidelně a dlouhodobě sledovat a rodiče motivovat k další péči, ale i pravdivě informovat o vývoji dítěte, jeho možnostech a ev. problémech. U těchto dětí se mohou objevit určité vývojové odchylky – např. poruchy chování nebo poruchy učení (hyperaktivita, poruchy soustředění a pozornosti, dyslexie, dysgrafie, dysortografie apod.) Dříve se v odborné literatuře hovořilo o LMD (lehké mozkové dysfunkci), nyní se spíše používá podobné označení ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder – onemocnění spojené s poruchou pozornosti a hyperaktivitou). Výše uvedené problémy také objevují u dětí donošených a zdravých, ale pravděpodobnost jejich výskytu u nezralých dětí je vyšší.

„Všem dětem s PH pod 1500 gramů, ..., je vhodné doporučit vyšetření dětským psychologem nejpozději ve zhruba ve věku 3 let. Vyšetření by mělo posoudit kognitivní rozvoj, rozvoj řečových schopností a vyloučit projevy ADHD“ (Psychl, 2005, s. 125).

Jahnová a Sobotková (2003) na základě svých zkušeností referují o tom, že u dětí, které se narodí jako rizikové (např. děti předčasně narozené nebo narozené s určitým postižením), je možné shledat více odchylek od normálního vývoje. V chování dítěte se může objevovat zprvu dráždivost, plačtivost nebo snížená reaktivita na okolí, v batolecím věku se pak mohou projevit poruchy koncentrace pozornosti spojené s psychomotorickým neklidem, afektivní dráždivostí a hyperaktivitou. Nepříznivé odchylky v chování dítěte představují rizikový faktor v komunikaci rodiče s dítětem. Chování těchto dětí bývá dočasně nebo i trvale pozměněno, čímž dochází i k narušení synchronizace interakce mezi rodiči a dítětem. Podpora a pomoc rodičům dětí s rizikovými faktory vývoje se stále více orientuje na podporu vzájemných vztahů rodičů a dětí, na zvýšení kompetencí rodičů a na podporu rodičovské role hned od narození dítěte.

Komplexní péče o předčasně narozené dítě by měla zahrnovat i psychologické konzultace, kdy by se rodiče dozvěděli, jaké jsou psychomotorické schopnosti a dovednosti jejich dítěte, co je dobré, i kde a jak dál vývoj dítěte vhodně stimulovat. Nepříznivé informace je třeba rodičům podat citlivě a nic nezatajovat, protože by to dítěti ani rodičům nejen nijak nepomohlo, ale hlavně by to velice negativně ovlivnilo spolupráci rodičů s psychologem a narušilo jejich důvěru, která je pro dobrou komunikaci nezbytná (Sobotková et al., 2009).

4.5.8. Korigovaný věk

Při lékařském i psychologickém vyšetřování nedonošených dětí je třeba vzít v úvahu jejich nezralost při narození a celé vyšetření včetně vyhodnocení výsledků tomu přizpůsobit. Proto se vedle pojmu chronologický věk (tedy kalendářní, skutečný věk dítěte počítaný ode dne jeho narození) zavedl a používá pojem korigovaný věk, což je chronologický věk snížený o počet týdnů, o které se dítě narodilo dříve, čímž se zohlední rozdíl ve vývoji donošeného a nedonošeného, ale jinak zdravého dítěte.

„Vývojová diference mezi donošenými a jinak zdravými nedonošenými dětmi se s rostoucím věkem smazává. Doporučuje se ale používat u nedonošených dětí korekci věku celé první dva roky po porodu“ (Peychl, 2005, s. 29), ale někdy je třeba používat korigovaný věk ještě déle, u extrémně nezralých dětí to může být celé předškolní období.

4.6. Výživa nedonošeného dítěte

4.6.1. Kojení jako přirozená výživa novorozenců

Výživa dítěte je naprosto zásadní pro jeho přežití a v posledních letech už nikdo z odborné a snad ani laické veřejnosti nepochybuje o tom, že kojení je nejpřirozenějším a neoptimálnějším způsobem výživy novorozenců. Dítě z mateřského mléka získává vše potřebné pro svůj další růst a vývoj a kojení přináší řadu výhod nejen kojenému dítěti, ale i jeho matce. Jde o výhody zdravotní, výživové, imunologické, ale také psychologické, sociální a v neposlední řadě i ekonomické.

Ochrana, prosazování a podpora kojení patří mezi nejvyšší priority Americké pediatrické společnosti (AAP). Světová zdravotnická organizace (WHO) rovněž plně podporuje v prvních šesti měsících života dítěte výlučné kojení a dále kojení s postupným zaváděním doplňkové výživy do dvou let věku dítěte, ev. i déle, pokud tento způsob výživy vyhovuje matce i dítěti. Podle doporučení WHO by mělo být kojení zahájeno do jedné hodiny po porodu, dítě by mělo být kojeno podle jeho potřeb ve dne i v noci („on demand“) a nemělo by být krmeno lahví nebo dostávat dudlík (Nevoral, 2002; Paulová 2003; Mydlilová, 2005; AAP, 2011; WHO, 2011b).

Mateřské mléko (MM) obsahuje složky s protibakteriálními a protizánětlivými účinky, takže se u kojených dětí vyskytuje výrazně nižší počet infekcí gastrointestinálního traktu a dýchacích cest (průjem a zápal plic jsou podle statistik WHO (2011a) celosvětově dvě nejčastější příčiny dětských úmrtí), ale i méně zánětů středního ucha nebo chřipkových onemocnění. Kojení chrání před působením alergenů, které jsou v jiné potravě, a hraje významnou roli v prevenci potravinových i nepotravinových alergií, astmatu, ekzému. Podle statistik jsou kojené děti méně často hospitalizované. Také riziko syndromu náhlého úmrtí dítěte v 1. roce života je u kojených dětí nižší.

Pro dítě přináší kojení kromě okamžitých výhod i celoživotní zdravotní benefity. Dospělí, kteří byli v dětském věku kojeni, mají oproti nekojeným dospělým nižší krevní tlak i cholesterol, jsou méně ohroženi nadváhou či obezitou a cukrovkou a dokonce dosahují lepších výsledků v testech inteligence v porovnání s dospělými nekojenými.

Matky, které kojily, vykazují nižší riziko výskytu rakoviny prsu nebo vaječníků a osteoporózy v pozdějším věku, nižší riziko obezity a je u nich patrná rychlejší poporodní rekonvalescence a návrat k původní váze. Jako výhoda se uvádí oddálení dalšího početí dítěte díky laktační amenorhee (Mydlilová, 2005; WHO, 2011a).

Mateřské mléko (MM) je komplexní tekutinou, která svým složením a teplotou plně odpovídá vyvíjejícím se potřebám novorozence a kojence. Složení MM se totiž mění nejen v průběhu prvních dnů (kolostrum-přechodné MM-zralé MM), ale také v průběhu jednotlivých kojení a během celého laktačního období (Paulová, 2003).

Naprostá většina žen může své děti kojit, odborníci (např. Nevoral, 2002; Paulová, 2003) udávají, že 98 % žen je kojení schopno. Matkám je však nezbytné poskytnout dostatek informací, aby jejich rozhodnutí bylo „informované“ a aby si byly vědomy předností i rizik kojení a výživy mateřským mlékem a použití umělé výživy. V souladu s výše uvedenými fakty je vhodné, aby si matka během pobytu v porodnici osvojila dobře techniku kojení a své dítě bez problémů plně kojila. Podle Mydlilové (2005) má být matka před propuštěním z porodnice náležitě informována o výživě dítěte, poučena o správné technice kojení i ev. odstříkávání a o manipulaci s odstříkaným MM. Management veškeré porodní i domácí péče by měl podporovat udržení laktace a kojení i v případě, že jde o speciální situace (vícečetné porody, operativní porody, novorozenci s VVV, nezralé děti).

„Je důležité informovat ženy o tom, co mohou od kojení očekávat, už proto, že mnoho lékařů o něm ví tak málo, že nedokáží ženám poradit, co by měly dělat, když se objeví problémy, a všichni jim až příliš rychle radí s kojením přestat“ (Odent, 1995, s. 115).

Je namístě zdůraznit, že *„technika kojení je spolu s kojením podle chuti dítěte základem úspěchu. Technika kojení se týká jak vzájemné polohy matky a dítěte, tak způsobu přisátí dítěte k prsu“* (Nevoral, 2002, s. 89). Poloha při kojení závisí zejména při prvních pokusech o přikládání na momentální zdravotní stavu matky i dítěte, ale možných poloh je více a je třeba vybrat tu, která především matce z hlediska jejího komfortu nejlépe vyhovuje. Polohu dítěte je třeba upravit adekvátně k poloze matky. Velmi důležité je správné přisátí dítěte, protože *„správná poloha bradavky v ústech dítěte je jedinou možností, jak předcházet bolestivosti a poškození povrchu bradavek i neefektivnímu sání“* (Nevoral, 2002, s 90).

Jak již bylo uvedeno výše, fyziologický novorozenec je vybaven reflexy a zrání jeho nervosvalového systému má značný vliv na možnost způsobu výživy. Po narození umožňuje kojení hledací reflex, spojený s otáčením hlavy, otevřením úst a sacími pohyby po doteku rtů, okolí úst či tváře, sací reflex a polykací reflex (Kudlová, Mydlilová, 2005).

Papoušek (1961) zdůrazňuje nutnost souhry mezi sáním, polykáním a dýcháním, přičemž základem této souhry je úzký vývojový vztah mezi těmito fyziologickými funkcemi a úzký anatomický vztah všech tří příslušných center v prodloužené míše. Ve vztahu k hledacímu reflexu, resp. k hledacím pohybům hlavy upřesňuje, že je „*další významnou motorickou složkou potravních reakcí, i když je jejich biologický význam pro lidského novorozence mnohem menší než pro ostatní savčí mláďata. ... I když u lidského novorozence jsou v prvních týdnech pohybové reakce málo koordinované, přece jen v hledacích pohybech, nastavování úst, v pohybech ruček a v kopání nožek můžeme vidět analogii pohybů, které u ostatních novorozených savců skutečně jsou životně důležitým aktem pro vyhledání zdroje obživy. Jakmile dítě uchopí bradavku a začne sát, ztrácí tyto pohybové reakce smysl a zvýšené podráždění v jejich nervových centrech vystrídá následný útlum. Všechna činnost se koncentruje na sání mléka. ... Proto také dítě zejména v prvních měsících často u prsu usne*“ (Papoušek, 1961, s. 11–13).

Důležitým předpokladem pro kojení je tedy správná koordinace výše uvedených reflexů (dítě je jí schopno od 32. gestačního týdne), ale i tak se novorozenec efektivnímu sání musí učit stejně, jako se jeho matka musí naučit rozeznávat signály, kterými dítě dává najevo potřebu pít. Proto je potřebné nejen první přiložení dítěte k prsu matky co nejdříve po porodu, ale i jejich trvalý vzájemný kontakt umožňovaný systémem RI. Paulová (2003) vidí jako vhodné přiložení dítěte k matce nejdéle do půl hodiny po normálním porodu a nezbytném ošetření novorozence. Zdravé novorozeně se na kojení samo budí, první den 3–4krát, od druhého dne častěji, obvykle po 2–3 hodinách. Pauza delší než 4 hodiny není v prvních dnech života dítěte vhodná, i „spavé“ děti (po nadměrné medikaci matky, při silnější novorozenecké žloutence, hypotermii apod.) je potřeba na kojení budít, aby dostali pravidelnou dávku MM, ale i kvůli stimulaci matčiny mléčné žlázy k tvorbě mléka.

Časné přiložení, volný režim kojení a správná technika jsou základem úspěšné laktace, ovšem velmi významné je podle Paulové (2003) matčino přání a její sebedůvěra ve schopnost kojit své dítě, což jí pomůže překonat i ev. potíže, které mohou někdy začátek

laktace provázet. Ratislavová (2008) upozorňuje, že je velmi důležitá psychická pohoda matky při kojení, protože novorozenec náladu své matky citlivě vnímá. Kromě uspořádání poporodního režimu kojení silně ovlivňuje rodinná tradice, sociální okolí a momentální „módní trend“ ohledně výživy novorozence ve společnosti.

V rámci rané interakce matky a dítěte jde při kojení o těsný kontakt („skin to skin“), čímž je pozitivně ovlivňován vzájemný vztah matky a dítěte, upevňuje se jejich vzájemné citové pouto a dítě v kontaktu s matkou cítí bezpečí a jistotu, což je nesmírně důležité pro jeho psychický i sociální vývoj. „*Jistě se lze právem domnívat, že je to právě situace kojení, která vytváří základ pro ranou interakci matka-dítě*“ (Šulová, 2004, s. 38).

4.6.2. Kojení nedonošených dětí

Příznivý preventivní vliv výživy mateřským mlékem je u nedonošených dětí ještě významnější než u fyziologických novorozenců, protože „*významně snižuje riziko nekrotizující enterokolitidy a i v následujících měsících snižuje frekvenci závažných infekcí, zejména střevních a respiračních. Za pobytu na novorozenecké JIP má být proto preferována výživa mateřským mlékem před umělou výživou*“ (Peychl, 2005, s. 51).

„*Kojení má vždy přednost i u dětí nedonošených a hypotrofických, i když dosažení plného kojení zde často vyžaduje značné úsilí ze strany matky i zdravotníků. Dovést k plnému kojení je však postupně možné i děti s porodní hmotností pod 1000 gramů, i když po týdny trvá období parenterální a kombinované výživy. Výhodnost kojení oproti umělé výživě přitom vyniká ve srovnávacích studiích nedonošených dětí ještě markantněji než u dětí donošených*“ (Liška, 2002, s. 72).

Vzhledem ke zdravotnímu stavu a nezralosti dítěte je ovšem mnohem obtížnější dosáhnout nástupu a rozvoje laktace u matky. Ta, pokud chce dítě kojit, musí hned od prvního dne po porodu laktaci rozvíjet a udržovat odstříkáváním MM (ideálně každé 2–3 hodiny a v noci 2x). Kojení nedonošeného dítěte je možné zahájit až poté, co dosáhne určitého stupně vyzrálosti rozhodujících fyziologických mechanismů (termostabilita, stabilita ventilace a cirkulace, koordinace reflexů, hlavně dýchání a polykání).

Pro zhodnocení zralosti či připravenosti ke kojení neexistují u nezralých novorozenců. „Existuje značná variabilita ve schopnosti sát z prsu. Dobře sají i některé děti narozené před 32. týdnem těhotenství. Sací reflex se vyvíjí již během gestace, nenutritivní sání je prokázáno již v 18. měsíci těhotenství. Přirozeně pomalý tok mléka je právě při kojení. Průběh kojení je dán interakcí s dítětem. Dítě si řídí tok mléka střídáním sání nenutritivního, nutritivního a přestávek“ (Mydlilová, 2003b, s. 96–97).

Kojení nedonošených dětí narozených po 34. týdnu věku nebývá problém, kojení dětí „mladších“ a zejména dětí s extrémně nízkou porodní vahou bývá obtížné. Úspěšnost v dosažení plného kojení vyžaduje velkou snahu a trpělivost matky i pomoc a podporu zdravotníků. Kojení nezralých bývá zdlouhavější; dítě vypije menší dávku, ale pije častěji.

Vzhledem ke zdravotnímu stavu a nezralosti dítěte je ovšem mnohem obtížnější dosáhnout nástupu a rozvoje laktace u matky. Ta, pokud chce dítě kojit, musí hned od prvního dne po porodu laktaci rozvíjet a udržovat odšťikáváním.

„Pro kojení novorozenců nízké porodní hmotnosti (NNPH) jsou tyto zásady:

- *pomoc matkám zahájit a udržet laktaci*
- *odšťikávat MM za šest hodin po porodu 6–8krát denně, z toho 1–2krát v noci*
- *umožnit matkám co nejužší kontakt s dítětem*
- *umožnit matce začít kojit co nejdříve*
- *začít s kojením, když dítě cucá sondu*
- *krmení sondou nebo alternativním způsobem, pokud dítě není schopné sát z prsu*
- *naučit matku správné technice kojení, speciální polohy pro NNPH*
- *jestliže je dítě ospalé nebo nespokojené, přestat s nácvikem kojení*
- *respektovat chuť dítěte k pití*
- *naučit matku sledovat, jak dítě polyká*
- *zpočátku kojit vždy jen z jednoho prsu*
- *zabránit přílišné stimulaci dítěte“*
- *pomoci dítěti, aby spojovalo sání s mlékem*
- *nedokáže-li dítě ekonomicky sát, lze použít relaxační pomůcku*
- *nepoužívat lahvičky, dudlíky, kloboučky, je-li předpoklad, že dítě bude kojeno*
- *trvalá podpora matky“* (Mydlilová, 2003b, s. 99–100).

Psychl (2005) uvádí, že většina nedonošených dětí je kolem 34. postkoncepčního týdne schopna sát. Do té doby je pro něj nejvhodnější podávání odstříkaného a vhodně fortifikovaného MM nazogastrickou sondou (fortifikace neboli suplementace = obohacení MM přidáním práškového/příp. liquidního multinutričního fortifikátu).

Fortifikační přípravky zvyšují obsah proteinu, minerálů a vitaminů, které nedonošení novorozenci potřebují. Pro velmi nezralé děti (novorozenci s velmi nízkou a extrémně nízkou PH) je po přechodnou dobu dokonce MM nutričně, proteinově a minerálně insuficientní (nedostatečné) pro zajištění pozitivní dusíkové bilance, růstu a mineralizace kostí a fortifikace MM je nezbytná. Proto jim přidáváme do mléka (ideálně mateřského) nutriční doplněk, tzv. fortifikátor (např. Breast Milk Fortifier, Eoprotin, FM 85 nebo Human Milk Fortifier Enfamil), neboť obsahuje dostatek energie, bílkovin, sacharidů, minerálů, vitaminů a stopových prvků a nezralému novorozenci poskytuje dostatek živin k pokrytí jeho zvýšených nutričních potřeb (Mydlilová, 2003b; Fendrychová et al, 2009).

Jak uvádí Macko (2009), fortifikované MM je v současné době hlavním způsobem a standardem výživy novorozenců nízké porodní hmotnosti v celém světě. Při nedostatku MM je dítě živeno speciálními formulemi nebo je možné oba způsoby kombinovat. Podle výsledků některých studií již měsíční intenzivní fortifikace MM vede ke zlepšení psychomotorického vývoje dětí ve srovnání s těmi, kterým bylo dáváno mléko nefortifikované (studie dělány ve věku dvou a šesti let života sledovaných dětí). Jiné studie poukazují na zlepšený růst, mineralizaci kostí, rychlejší růst do délky, lepší výsledky ve sledování dalších antropometrických parametrů, jako např. obvod hlavy. Zlepšen byl i bílkovinný metabolismus sledovaných dětí a pozitivní je i fakt, že po přidání fortifikátu do MM se neobjevily příznaky intolerance stravy (např. zvracení, břišní dispenze, změny ve frekvenci a v kvalitě stolice) Významně nižší byl výskyt sepsí, méně často nasazována antibiotika a méně pozitivních kultivačních nálezů (Psychl, 2005; Macko, 2009).

U mnoha nezralých dětí je po dosažení plného kojení a po propuštění z nemocnice ukončena fortifikace mléka, což u nich může způsobit nutriční deficit a neprospívání. Proto je nutné řešit výživu dítěte účinnou fortifikací a pak se nabízí dvě možnosti: buď je odstříkané MM po obohacení fortifierem podáváno alternativním způsobem nebo matka střídá kojení s krmením speciálním mlékem pro nedonošence.

Peychl (2005) přiznává, že z hlediska podpory plného kojení není ani jeden z uvedených způsobů ideální, ale potřeba podávat optimálně složené mléko je v tomto případě primární. Domnívám se, že pokud chce matka nedonošené dítě plně a dlouhodobě kojit, lze i mezi alternativními způsoby krmení nalézt přijatelnou variantu, s jejíž pomocí se období, kdy je nutná fortifikace, překlene (např. suplementor nebo krmení pomocí cévky po prsu; u obou těchto způsobů vidím jako důležité stálé stimulování tvorby mléka, protože dítě saje současně z prsu i z cévky a přechod na plné kojení je nejpřirozenější).

Ukončení podávání fortifikovaného mléka je individuální, u nedonošených dětí je to zpravidla při dosažení hmotnosti 4–5 kg nebo při dosažení adekvátních stabilních hmotnostních přírůstků a antropometrických parametrů. Peychl (2005) doporučuje ukončení fortifikace kolem 4. měsíce věku dítěte.

Výživou nezralých dětí po propuštění z porodnice se zabývá Zlatohlávková (2007), která zdůrazňuje, že úkolem výživy u těchto dětí je zajištění takového příjmu živin, který povede k „dohánění“ (catch-up) růstového opoždění, protože pokud nedojde k překonání růstového deficitu v časném životě, může to znamenat ohrožení růstového potenciálu v pozdějších letech.

*„Současná doporučení pro výživu nezralých dětí po propuštění lze shrnout do těchto bodů: 1. Podporovat kojení a výživu mateřským mlékem
2. Monitorovat růst (hmotnost, délka, obvod hlavy)
3. Volit nutriční intervence podle individuálních potřeb dítěte
4. Zabránit podvýživě i překrmování“ (Zlatohlávková, 2007, s. 16).*

4.6.3. Kojení dvojčat (trojčat)

V současné době není kojení dvojčat ničím neobvyklým, naopak lze úspěšně a dlouho kojit nejen dvojčata, ale i trojčata. V prvních dnech po porodu je nutné matce pomoci s příkládáním, technikou a ukázat jí polohy vhodné pro kojení dětí. Nejlepší je samozřejmě kojení obou dvojčat současně, protože je ideálně stimulována tvorba MM a v mozku ženy se z hypofýzy (přívěsek mozkový) vyplavuje více hormonu oxytocinu, který má v prvních dnech po porodu vliv na správné zavinování dělohy (Pařízek, 2008).

Kojení dvojčat současně je časově ekonomické a pro jejich matku je výhodné sjednocení denního režimu obou dětí, aby měla čas na odpočinek. Důležité je, aby si matka sama našla pro kojení nejvhodnější polohu, která bude vyhovovat jí i oběma dětem.

Kojení trojčat probíhá ideálně tak, že matka kojí najednou dvě z dětí, třetí („čekající“) dítě jí leží v klíně a chvíli může sát matčin malíček. Pokud je jedno z přiložených dvou dětí nakojeno a pouští se, matka děti vymění, nebo po nakrmení prvních dvou se třetí dítě kojí samostatně. Také je možné, aby druhá osoba „čekající“ dítě nakrmila odstříkaným MM (pokud ho má matka dostatek) nebo umělým mlékem, ideálně některou z alternativních metod krmení, aby dítě nebylo mateno jiným mechanismem sání z lahve. Při dalším kojení se děti o pozici posunou a původně "čekající" dítě jde k prsu. Je to sice velmi náročné, ale při pomoci a podpoře rodiny možné.

Kojení nedonošených dvojčat (trojčat) je ze začátku pochopitelně ztíženo zdravotním stavem dětí a jejich nezralostí, takže matka může začít přikládat děti postupně a nejdřív je kojit samostatně. Když děti začnou dobře sát, je výhodné kojení dvojčat současně, resp. trojčat tak, jak je popsáno výše. Je doporučováno, aby mělo každé dítě „svůj prs“, ve kterém se tvorba MM přizpůsobí potřebám tohoto konkrétního dítěte a to nejen množstvím, ale i složením (Laktační, 2011b; Www.kojeni, 2011).

4.6.4. Alternativní metody krmení novorozenců

Jedná se o metody nahrazující kojení v době, kdy to z různých příčin není možné buď ze strany matky (např. stav po operativním porodu, při odloučení od dítěte) nebo ze strany dítěte (např. zdravotní stav dítěte, nedonošenost). Dítě by nemělo být dokrmováno z lahve, protože sání z láhve vyžaduje odlišnou techniku než sání z prsu a dva způsoby sání jsou pro dítě matoucí. Navíc je sání z láhve jednodušší, takže ho dítě preferuje před kojením. Vhodné jsou následující alternativní způsoby krmení:

1. Krmení lžičkou, kapátkem nebo stříkačkou
2. Krmení po prstu (k prstu je přiložena cévka na krmení nebo silikonová špička nasazená na stříkačce)

3. Krmení z kádinky nebo hrnečku (metoda vhodná pro děti již od 33. týdne gestačního věku a u dětí s poruchou koordinace sání a polykání)
4. Krmení pomocí cévky ze suplementor (speciální relaxační pomůcka, při jejímž použití dít saje prs, ale mléko je přiváděno cévkou z kádinky. Dítě saje mléko současně cévkou z kádinky i z prsu, čímž je navíc vhodně stimulována laktace.)
(Mydlilová, 2003a; Schneiderová et al., 2006; Fendrychová et al., 2009).

„V případě nezbytného dokrmování má matka volit alternativní způsoby krmení a nepodávat dítěti zbytečně dudlík, když tak jen před spaním jako prevenci syndromu náhlého úmrtí kojence“ (Fendrychová et al., 2009, s. 130).

4.6.5. Umělá výživa

Nejméně polovina dětí s velmi nebo extrémně nízkou porodní hmotností je propuštěna v době, kdy laktace matky již skončila. Nejběžnější náhradou kojení jsou u těchto dětí tak jako u dětí donošených plně adaptovaná umělá mléka, o volbě nejvhodnějšího by měl rozhodnout pediatr s ohledem na prospívání a zdravotní stav dítěte. Při různých patologických stavech se používají speciální formule umělé výživy – formule pro nezralé děti, formule s hydrolyzovanou bílkovinou, sójová mléka apod. (Psychl, 2005).

Při podávání umělé výživy nedonošeným dětem je potřeba dbát na pečlivou přípravu a hygienu, stejně jako na klidný a trpělivý přístup k dítěti, které na krmení potřebuje delší čas a je pro něj zejména ze začátku obtížné. Matky je třeba vést k tomu, aby situaci krmení využívaly nejen k nasycení dítěte, ale zároveň k rozvíjení vzájemného kontaktu a citového vztahu.

„Do časné interakce jsou zapojeny všechny smyslové modalitty – zrak, sluch, hmat, čich a kinestetické vjemy. Mnozí zdůraznili zvláště jemnou komunikaci, k níž dochází kožním kontaktem a která zahrnuje signály proměnlivých dotyků, tepla a vůně ať při kojení nebo pouhém mazlení na nahém těle. ... Při dobré interakci matka drží tělo dítěte celou otevřenou dlaní s uvolněnými prsty, takže dítě se cítí v bezpečí. Zpravidla je při tom také matka intuitivně rytmicky kolébá. Mnozí doporučují, aby i tam, kde dítě je krmeno umělou výživou, je matka držela na obnažených prsou“ (Langmeier, 1991, s. 33).

4.7. Přenášený novorozenec

Vedle informací o fyziologickém a nedonošeném novorozenci uvádím pro úplnost ještě informace o přenášeném novorozenci, který také patří mezi rizikové novorozence. Tyto děti tvoří malou, ale jak píše Juren (2001), z klinického hlediska významnou skupinu a je třeba jim věnovat zvýšenou pozornost a lékařskou péči.

Přenášený novorozenec se rodí po 42. gestačním týdnu s těmito znaky:

- „*silný křik*
- *kůže bledší a silnější, chudé podkoží*
- *macerované plošky a dlaně*
- *olupující se kůže plosek a dlaní*
- *zbarvení kůže podle barvy plodové vody (např. do žluta či zelenava)*
- *tenký pupečník rovněž s možností změny barvy podle plodové vody*
- *hluboce rýhovaná kůže na dlaních a ploskách nohou*
- *u chlapců rýhované skrotum s dobrou pigmentací*
- *u dívek pigmentace genitálu“ (Juren, 2001, s. 41).*

Prodloužené těhotenství nese rizika jak pro plod, tak pro matku. Žena je ohrožena operačně vedeným porodem, ale i vysokou možností poranění následkem makrosomie plodu (a to i při spontánním porodu). Porod je tedy po 42. gestačním týdnu indukovat, protože potermínová gravidita zvyšuje riziko perinatální mortality pro plod. K úmrtí může dojít před nástupem děložní činnosti, během porodu, ale i v časném neonatálním období (Hájek, 2004a).

Ke konci těhotenství dochází ke snižování schopnosti uteroplacentární jednotky zajistit plně potřeby plodu, protože placenta může plod zajišťovat jen po určitou dobu, pak roste riziko komplikací (plod přestává růst, ztrácí váhu). Plod je dále ohrožený traumatem z důvodu makrosomie, aspirací mekonium (vdechnutí plodové vody, do které v důsledku stresu vyloučil obsah střev) a plicními problémy, hypoxií nebo výskytem pupečnickových komplikací jako je např. výhřez pupečníku (Hájek, 2004a; Juren, 2001).

Fendrychová (2004) upozorňuje, že u těchto dětí dochází často k problémům kvůli riziku asfyxie v průběhu porodu nebo při porodu, dechové tísně pro možnou aspiraci mekonia a hypoglykémie pro nedostatečnou funkci placenty

V současné době je právě kvůli výše uvedeným rizikům tendence nenechávat těhotenství až do 42. týdne nebo dokonce déle. Po 40. týdnu je těhotná žena častěji pečlivě sledována, chodí do poradny 2x týdně a zpravidla 10. den po termínu porodu je přijata do porodnice k indukci porodu (Hourová, Králíčková, Uher, 2007).

Kromě fyzické zátěže a únavy z dlouhého těhotenství znamená přenášení po stanoveném termínu porodu pro ženu i psychickou zátěž. Nejen že sama s napětím očekává příznaky blížícího se porodu, ale každým dalším dnem je navíc vystavovaná i otázkám rodiny, přátel či sousedů („Tak co? Pořád nic? Ty jsi ještě celá? Tak kdy už to konečně bude?.....“), což k psychické pohodě a klidu budoucí matky rozhodně nepřispívá.

4.8. Syndrom náhlého úmrtí kojence

Předčasně narozené děti jsou syndromem náhlého úmrtí kojence (SIDS – sudden infant death syndrome) ohrožené ve zvýšené míře, proto považují za vhodné objasnění tohoto syndromu, který je v nezanedbatelném počtu rodin příčinou jejich neštěstí.

4.8.1. Definice SIDS, rizikové faktory a doporučená prevence

Syndrom náhlého úmrtí kojence je „*náhlé úmrtí kojenců z „plného zdraví“, nevysvětlitelné anamnézou ani pitvou, s maximem mezi 2.–4. měsícem. Příčina přes řadu hypotéz není dosud známa*“ (Liška, Houšťková, 2002, s. 81).

SIDS se objevuje u dětí, u kterých nebyly pozorovány v době, která bezprostředně úmrtí předcházela, žádné příznaky onemocnění. Objevuje se jak u dětí donošených, tak nedonošených a ani podrobné patologicko-anatomické vyšetření, ohledání místa úmrtí a zhodnocení osobní anamnézy příčinu smrti neobjasní. Dítě umírá ve spánku a netrpí.

Nejčastěji umírají děti mezi 2. a 4. měsícem věku a 80 % obětí SIDS umírá do 6. měsíců. O něco častěji umírají chlapci v poměru k děvčátkům (1,6:1,4). SIDS se častěji vyskytuje v chladnějších měsících roku.

Dítě nejspíše umírá zástavou dechu, nelze vyloučit jako příčinu smrti i poruchu rytmu srdečního. Častěji umírají děti z rodin s více dětmi a také častěji umírají děti z dvojčat. V současné době je u nás SIDS nejčastější příčinou smrti kojenců (tj. dětí do jednoho roku) od sedmého dne života (do sedmi dnů jsou nejčastější příčinou úmrtí dítěte komplikace během těhotenství, při porodu a vrozené vývojové vady dítěte) (Houšťková, 2003).

Carpenter et al. (2005) citují závěry programu CONI (The Care of Next Infant Programme), který měl za cíl jednak pomáhat rodinám, v nichž došlo k nevyhnutelnému nebo nevysvětlitelnému úmrtí dítěte, a jednak podrobně vyšetřit okolnosti smrti dítěte, pokud se jednalo o rodinu, kde došlo k úmrtí opakovaně. Za předpokladu, že k SIDS dochází v rodinách náhodně a že sourozenci dítěte zemřelého na SIDS mají stejné riziko úmrtí na SIDS jako ostatní populace (i když jiné studie poukazují na zvýšené riziko recidivy SIDS v rodině, kde již k takovému úmrtí došlo), je nutné se zaměřit na rodiny, kde došlo k více úmrtím. Je zde totiž vysoká pravděpodobnost, že pak nejde o náhodná úmrtí s diagnózou SIDS, ale o páchání trestné činnosti. Toto podezření se několikrát ukázalo jako opodstatněné. Při hlubším zkoumání všech údajů bylo též v několika případech zjištěno, že k úmrtí dítěte nedošlo náhodně, ale na základě určité vrozené anomálie nebo onemocnění spojené s porodem, a tudíž byla diagnóza SIDS chybná.

Liška a Houšťková (2002) uvádějí, že v USA je incidence SIDS 2 na 1000 živě narozených novorozenců, u nás se pohybuje mezi 0,5–1 promile. Dříve, kdy se doporučovala pro kojence poloha na bříšku, byl tento poměr nepříznivější. Autoři poukazují i na fakt, že monitorování (používání monitorů dechu, u nás se používá např. Nanny, Baby Sense, Baby Guard aj.) SIDS nesnížilo, někteří rodiče ho však z psychologických důvodů vyžadují. Podle jejich názoru není opodstatněné doporučovat plošné monitorování všech novorozenců a kojenců, důležité ovšem je seznámení rodičů se zásadami, jejichž dodržování výskyt SIDS snížilo.

Liška a Houšťková (2002) vidí jako zvýšené riziko pro vznik SIDS tyto faktory:

1. Poloha na bříšku
2. Přehřátí (vysoká teplota v pokoji, kde dítě spí)
3. V anamnéze úmrtí sourozence na SIDS
4. Rodiny z nižších socioekonomických skupin
5. Drogová závislost matky
6. Kouření matky (i pasivní v rodině)
7. Nedonošení
8. Dítě nekojené

Dle Pechla (2005) jsou rizikovými faktory, které mohou SIDS zapříčinit:

1. Krmení umělým mlékem v prvním půlroce života (prevence: plné kojení do šesti měsíců věku)
2. Kouření (prevence: úplné vyloučení kouření matky v těhotenství i po porodu, vyloučení kouření v celém bytě, kde dítě bydlí)
3. Poloha na břiše při spaní (prevence: v době, kdy není dítě pod dohledem, pokládat je na záda, nepoužívat velké měkké polštáře)
4. Spaní ve společném lůžku s rodiči; spaní v samostatné místnosti (prevence: dávat dítě do jeho vlastní postýlky v ložnici rodičů).

Velmi podobně definuje rizikové faktory i preventivní opatření Fendrychová (2009) a jako další možnou prevenci SIDS popisuje podání dudlíku před spaním. „Bylo zjištěno, že „dudlání“ ve spánku je spojeno s nižším výskytem SIDS, bez ohledu na polohu dítěte (až o 92 % - *Revers Health Informatik*, 2005). Tato nesporná výhoda dokonce převáží i to, že dudlík může zkrátit dobu kojení, být příčinou pozdějších dentálních komplikací, nebo zvýšit riziko vzniku otitis media (zánět středouší) v prvních šesti měsících života. V prvním roce života by se měl dudlík podávat dítěti při ukládání ke spánku, ale neměl by se mu opět vkládat do úst, jestliže již usnulo. Pokud dítě dudlík odmítá, nemá se mu nijak nutit“ (Fendrychová et al., 2009, s. 105–106).

Stále zůstává otázkou, zda se dá SIDS zabránit nebo předejít. Mezi odbornou veřejností se vytvořily dva názorové tábory. Jedni tvrdí, že existuje jedna jediná příčina, která SIDS způsobuje, druzí tvrdí, že je řada různých okolností, které za určitých nepříznivých podmínek v určité vývojové fázi mohou u disponovaného kojence vést k úmrtí. V poslední době je doporučováno několik zásad, při jejichž dodržování se frekvence výskytu SIDS v řadě států snížila.

1. Nepokládat kojence k spánku na břicho, ale na záda či bok. Některé matky mívají strach, aby dítě ležící na zádech nevdechlo ublinknutou potravu. Veškeré studie potvrdily, že tato poloha není s ohledem na možnost vdechnutí stravy riskantní.
2. Nekouřit v těhotenství a po narození dítěte v jeho přítomnosti. U obětí SIDS byl opakovaně nalezen vysoký obsah nikotinu a jeho metabolitů v tekutině osrdečníku. Tlumivý vliv nikotinu na dechové centrum byl prokázán v pokusech na zvířatech.
3. Nepřehřívát ani nepodchlazovat dítě ve spánku! Důležité je ponechávat nezakrytou hlavičku (doporučuje se pokládat dítě co nejnižší do "nohou" postýlky tak, aby ani při kopání nožkami nemohlo dítě zajet hlavou pod pokrývku, a tím se přehřívát). U přehřátého kojence se mohou přemnožovat bakterie v horních cestách dýchacích a vyvolat impuls k tvorbě imunitně aktivních látek, které mají tlumivý vliv na dechové centrum v centrálním nervovém systému dítěte, a mohou tudíž způsobit útlum dechu, ev. jeho zástavu.

Dříve se tvrdilo, že kojení snižuje výskyt SIDS, ale tento fakt nebyl v poslední době potvrzen. Samozřejmě i nadále platí, že výživa mateřským mlékem je pro kojence nejlepší a je doporučováno kojít co nejdéle (Houšťková, 2008).

4.8.2. Rodičovské organizace

Ve světě existuje řada nadací a rodičovských organizací, které pomáhají postiženým rodinám, kde dítě zemřelo na SIDS. Snaží se zmírnit jejich utrpení a snadněji překonat šok z jejich ztráty. Sdružování s ostatními postiženými rodiči jim často účinně pomáhá překlenout nejtěžší období po smrti dítěte, kdy se řada rodičů chybně obviňuje z podílu na jeho smrti. Kromě toho tyto organizace podporují finančně mnohé studie, které stále pátrají po příčinách SIDS.

„Hledám, hledám, hledám jak žít poté, co 21. 5. 2005 zemřel můj milovaný chlapeček na SIDS. Je, tedy byl, mé druhé dítě, mám ještě krásnou a zdravou čtyřletou dcerku. Jeho ztráta však tolik, tolik bolí. I on byl krásné, zdravé, čilé miminko, 24. 5. by mu bylo 6 měsíců. V 7 hodin večer jsem ho nakojila, do 8 hodin byl s námi v pokoji. Celou hodinu si výskal, smál se, broukal si. V 8 hodin jsem ho uložila do postýlky. Byl to malý nezbeda, už od začátku 4. měsíce se přetáčel na bříško. V 8,15 vypadal, že bude spíkat, nechala jsem u něj vysílačku a šla vedle do pokoje. Před 9 jsem ho šla zkontrolovat, byl na bříšku. Mrtvý. Přivolaná záchranka se ho pokoušela 40 min. oživit, marně. Chtěla bych vědět, zda se někdy ta strašná bolest otupí, zda se s tou dírou uvnitř mě dá žít dál“ (Umová, 2005).

"Dokud jsem si to sama neprožila, nedokázala jsem si představit, jak krutou ranou může Syndrom náhlého úmrtí novorozence být. Věděla jsem, že něco takového existuje, ale říkala jsem si, proč by to mělo postihnout zrovna moje dítě, vždyť těhotenství i porod proběhly bez komplikací, miminko bylo zdravé," mluví o nepředstavitelném neštěstí osmadvacetiletá Veronika.

I čtyři roky od té děsivé noci se slzami v očích vypráví, co se stalo. "Vlastně není co vyprávět. Všechny případy jsou stejné. Nebo podobné. Uložíte miminko večer ke spánku, a pak když se na ně jdete během noci podívat, už nežije. Může se to stát kdykoli.

Když mu je měsíc, dva, osm... Neznáte dne ani hodiny. A i když vás pak lékaři a psychologové uklidňují, že to není vaše vina, přece jen přemýšlíte, jestli jste neudělala nějakou chybu. Poznamená vás to už navždy. I když čas bolest malinko zmírní, rozhodně nevymizí úplně. Nehledě na strach, jaký budu mít, až se rozhodnu zkusit štěstí podruhé" (Www.naposledy, 2011).

4.8.3. Ambulance SIDS v České republice

Dle dostupných informací funguje zatím jediná Ambulance SIDS v České republice při Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou v Praze, je součástí pediatrické kliniky a vede ji doc. MUDr. Hana Houšťková, CSc.

Hlavním cílem práce této ambulance je *"objasňování rodičům problematiku SIDS v nejširších souvislostech. Nabízí zhodnocení zdravotního stavu sourozenců (současných i budoucích) kojence zemřelého na SIDS a dle potřeby i revize patologicko-anatomických nálezů k případnému odhalení jiné diagnózy s možností překvalifikování. Opakovaně takto byly zachyceny některé dědičné poruchy metabolismu nebo nepoznané vrozené vývojové vady a celé rodině byly poskytnuty validní informace včetně genetického poradenství a ev. prenatální diagnostiky" (Fakultní, 2005a).*

5. Péče o rodiče nedonošeného dítěte

O širokém spektru emocí, které rodiče nedonošených dětí pociťují, jsem se opakovaně zmiňovala v předchozích kapitolách. Zde bych se ráda zaměřila na péči a pomoc rodičům těchto dětí. Již ze samé podstaty situace, ve které se všichni zúčastnění ocitnou, je zřejmé, že klíčová bude především zdravotní péče o předčasně narozené dítě, příp. o jeho matku, pokud má také ona zdravotní problémy. Systém zdravotní péče o těhotné ženy a rodičky a o jejich děti byl popsán v kapitole č. 2, proto se na tomto místě zaměřím na psychologickou stránku péče o oba rodiče.

5.1. Komunikace s rodiči nedonošeného dítěte

Při komunikaci s rodiči nedonošeného dítěte je třeba mít vždy na paměti, že jde o mimořádnou situaci, která klade jak na matku, tak na otce velké nároky. Člověk potřebuje mít děti, které budou růst a zdravě se vyvíjet; je to jedna ze základních lidských potřeb. Narození dítěte s problémy (i když je tím problémem „pouhá“ nezralost) vyvolává nejen řadu otázek typu: „Proč?“, ale kromě mnoha dalších emocí má výrazný dopad na sebevědomí rodičů, zejména matek, které mají pocit, že selhaly ve své mateřské roli, což významně snižuje jejich sebehodnocení (Vyhnálek, 1991; Geisel, 2004; Ratislavová, 2008).

Jako naprosto nezbytné vnímám informování rodičů o stavu jejich předčasně narozeného dítěte. Adekvátní, přiměřené a pravdivé informace by měli dostat oba rodiče co nejdříve po narození jejich dítěte, a následně by měli být průběžně informováni o vývoji jeho zdravotního stavu⁹. Vzhledem k tomu, v jak těžké situaci se oba rodiče nacházejí, je nezbytné sdělovat jim všechny zprávy jasně, srozumitelně, a přitom velmi taktně a šetrně. Je třeba počítat s tím, že ne každý rodič obsahu sdělovaného hned porozumí, a dát jim dostatečný prostor pro otázky.

⁹ V případě, že je zdravotní stav matky špatný, je nutné co nejdříve informovat otce dítěte jak o stavu matky, tak o stavu novorozence a mít pochopení pro jeho obavy o život a zdraví obou.

Z psychologického hlediska považuji za vhodná a v určité modifikaci platná i pro komunikaci s rodiči nedonošených nebo jinak rizikových dětí doporučení a pravidla Matějčka (1991), která vzhledem k rozsahu uvádím v příloze č. 8. Konkrétní zásady je třeba vždy adekvátně přizpůsobit momentální a individuální situaci, ale v zásadě se jedná o způsob komunikace, který je žádoucí nejen ze strany zdravotníků, kteří o dítě pečují během jeho pobytu v porodnici (což mohou být někdy dlouhé týdny a měsíce), ale následně také ze strany dalších lidí (např. neurolog, oftalmolog, kardiolog atd., ale i rehabilitační pracovníci, psycholog, logoped,...), se kterými budou rodiče dítěte přicházet do styku a řešit problémy způsobené předčasným narozením, se kterým se bude třeba i dlouhodobě či celoživotně jejich dítě potýkat a oni s ním.

Na základě své dlouholeté poradenské praxe Matějček (1991) upozorňuje, že *„obecným problémem, který musíme brát v úvahu při pozdějším vyšetření dítěte, je „přijetí“ dítěte jeho nejbližším sociálním prostředím v nejčasnějších fázích soužití. ... V našem případě se otázka „přijetí“ dítěte klade především ve spojitosti se zjevným postiženým dítěte, s nepříznivou prognózou, pokud se týká přežití nebo dalšího vývoje. Např. novorozené dítě s trisomií jednadvacátého chromozómu (Morbus Down) je natolik nápadné, že o diagnóze, a tím z velké části i o prognóze, nemůže být pochyb. Sdělení diagnózy a prognózy je v takových případech vždy psychologickou záležitostí, i když je zpravidla přebírá lékař, ne psycholog. Přitom jiné je psychologické vedení rodičů, jde-li o dítě s geneticky podmíněným postižením, jiné v případě rodičů dítěte těžce nedonošeného, opět poněkud jiné u rodičů dítěte s dětskou mozkovou obrnou přístupnou rehabilitaci, dítěte s těžkou srdeční vadou či dítěte, jehož další vývoj po přežití několika prvních kritických dní zůstává dále nejistý atd.“* (Matějček, 1991, s. 97).

Vyhnálek (1991) popisuje psychologickou reakci rodičů při onemocnění dítěte, která je výstižná i pro reakci rodičů na předčasné narození dítěte, neboť nezralé dítě je také ve vážném stavu.: *„Většina rodičů jsou normální lidé, kteří při informování lékařem na fakt zdravotního postižení vlastního dítěte reagují primárně výrazným psychickým šokem. Sekundárně se celá skutečnost dotýká jejich osobnosti – hlavně v oblasti sebehodnocení a sebeocení. Z psychologických reakcí se objevuje přetrvávající zármutek, projevy sníženého sebevědomí, stažení do sebe, omezení životního stylu. Uvedené reakce rodičů jsou zvláště patrné, pokud je zdravotní postižení navíc život ohrožující“* (Vyhnálek, 1991, s. 41).

Reakce rodičů se dělí na primární (šok, zármutek, projevy zmatku, rozpaků, popření, odmítnutí nepříznivé diagnózy a prognózy, hněv, zlost) a sekundární (strach, úzkost, pocit viny, snížení sebedůvěry, snížené prožívání radosti ze života, stažení se do sebe, ale patří sem i naděje). Po prvním šoku je třeba rodiče uklidnit a znovu jim celou situaci a zdravotní stav dítěte objasnit. Většinou mají spoustu otázek, ale je třeba počítat s tím, že jsou i tací „kteří „zapomínají“ *podstatné informace, ... sdělení lékaře si vyloží po svém ...*“ (Vyhnálek, 1991, s. 42), takže je vždy nutné počítat s různými adaptačními a obrannými mechanismy rodičů.

Proto je skutečně žádoucí, aby při sdělování zásadních informací o dítěti byli přítomni oba rodiče. Lékař, který informace podává, by měl mít dostatek času, aby vše vysvětlil a aby rodiče měli možnost ptát se, pokud jim cokoliv není jasné. Měli by se dozvědět nejen vše o současném stavu dítěte, ale je-li to možné, měla by jim být ale alespoň naznačena určitá perspektiva dalšího vývoje, i když v prvních dnech života nezralého je to velmi obtížné, protože se jeho zdravotní stav může kdykoliv změnit a ohrožení různými komplikacemi (infekce, krvácení do CNS atd.).

Problematikou komunikace lékař-pacient se zabývá Honzák (1999), který lékaře vede k tomu, že „komunikovat neznamená pouze „mluvit“. *Při správně vedené komunikaci s pacientem musíme:*

- vědět, **co** chceme říci;
- rozhodnout, **kdy** informaci sdělit, to znamená odhadnout, zda je vhodný čas pro předání informace;
- vybrat správné **místo** pro sdělení;
- rozhodnout, **jak nejlépe** informaci podat;
- pamatovat na skutečnost, že pro nás již jasné sdělované skutečnosti nemusejí být pro druhou stranu také jasné;
- mluvit zřetelně a srozumitelně, své sdělení nekomplikovat;
- zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči;
- sledovat a zaznamenávat reakce pacienta, všimnout si zejména jeho známek a projevů zmatku, hněvu, úzkosti, akceptování atd.;
- brát v úvahu pocity pacienta;
- udržovat v přiměřené míře oční kontakt s pacientem;
- kontrolovat své neverbální projevy;
- umožnit pacientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil;
- nezneklidňovat, ale ani nedráždit pacienta svým projevem;
- kontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil“ (Honzák, 1999, s. 12).

Výše uvedená doporučení se týkají komunikace lékař-pacient, ale rodiče nedonošeného dítěte jsou v tak závažné situaci, že je v širším slova smyslu a v kontextu komplexní péče o celou rodinu můžeme alespoň dočasně považovat za pacienty.

Kromě správné komunikace je nutné zdůraznit potřebu empatie (schopnost vcítit se do situace druhého, do jeho pocitů), kterou např. Honzák (1999) považuje za první předpoklad pro vzájemné porozumění. V našem případě rodiče potřebují cítit zájem a velmi ocenit, pokud jim zdravotníci věnují profesionální péči a pozornost, ale i „něco navíc“.

„Vzpomínám si ještě, že se mi rodiče Honzíkova později svěřili, jak bylo pro ně důležité, že je někdy sestřičky na oddělení JIP pozvaly, aby si s nimi jen tak popovídali. Sestřičky tak vykonaly neocenitelnou službu rodičům, kterou bychom mohli bez nadsázky nazvat podpůrnou psychoterapií. Projevovat zájem nejen o dítě, ale i o rodiče v jejich nové rodičovské roli, kde mají tak ztížené startovací podmínky, se bohatě vyplatí všem, nejen dítěti a jeho rodičům, ale zpětně i zdravotnickému personálu“ (Sobotková et al., 2009, s. 22).

Kushner (2005) si myslí, že „to, co lidé, kteří prožívají nějaký zármutek, potřebují nejvíce, je útěcha, ne vysvětlení. Hřejivé objetí a pár minut trpělivého naslouchání zahojí víc srdcí než nepoučenější teologická přednáška“ (Kushner, 2005, s. 10).

Právě těch „pár minut trpělivého naslouchání“, pár minut, kdy si sestry „jen tak“ popovídají, je nesmírně důležitých jak pro matky, které tráví dlouhý čas v porodnici, tak pro matky, které naopak za svým dítětem jen dojíždějí a mají pocit, že mu věnují málo svého času. Právě chování a vstřícnost sester může být pro všechny rodiče důležitou podporou a střední zdravotnický personál tak de facto může poskytovat důležitou psychologickou pomoc.

5.2. Rady rodičům nedonošeného dítěte

Slova a rady adresované rodičům nezralých novorozenců v odborné i laické veřejnosti věnované literatuře jsou velmi podobná (Sobotková, 1996; Sobotková et al., 2009; Dokoupilová, Fišárková, Novotná et al., 2009; Leachová, 1995; Fenwicková, 1992; Nedoklubko, 2010 atd.). Kromě vyslovení podpory a pochopení pro jejich těžkou situaci a emoce, které jsou s předčasným narozením dítěte spojené, se jim z dostupných zdrojů dostává rad velmi podobných, takže se je pokusím v následujících bodech shrnout:

1. Nejlepší možná lékařská péče

Česká republika patří mezi celosvětovou špičku zemí, které mají vynikající výsledky v péči o nedonošené děti, a kde lékaři a sestry udělají pro předčasně narozené děti a jejich rodiče vše, co je v jejich silách.

2. Informace

Rodiče jsou povzbuzováni k tomu, aby často hovořili s lékaři i sestrami o zdravotním stavu svého dítěte, ptali na vše, čemu nerozumí, chtěli vysvětlit funkce přístrojů, které jejich dítě obklopují, a nebáli se ptát opakovaně, pokud je jim cokoliv nejasné. Velmi rozumné je psát si sdělení lékařů, svoje dotazy i jejich odpovědi, protože pak se rodiče k poznámkám mohou v klidu vrátit a vše si ujasnit, příp. požádat o doplnění a vysvětlení.

3. Kontakt s dítětem

Pro zdárný vývoj každého dítěte je nezbytná raná interakce s rodiči a nedonošené děti nejsou výjimkou, ale jejich první kontakt je narušen celou situací danou předčasným porodem. Zdravotní stav dítěte (a někdy i jeho matky, např. po operativním porodu) znemožní vzájemné první přivítání bezprostředně po narození dítěte, první seznamování a první doteky hned po jeho příchodu na svět. Vše proběhne až po určité době, která může mít rozmezí několika hodin nebo dnů, ale u velmi časně narozených dětí může trvat i dlouhé týdny. Vzájemný kontakt je velmi důležitý pro budování vzájemného vztahu mezi dítětem a rodiči, a proto jsou rodiče nedonošených dětí povzbuzováni, aby na své miminko mluvili, nebáli se ho jemně dotýkat a hladit, a jakmile to jeho zdravotní stav dovolí, aby ho chovali a klokánkovali.

4. Péče o dítě

Nedonošenost dítěte je často dlouhodobou překážkou nejen v kontaktu s dítětem, ale také v pečování o něj. Je velmi důležité, aby se zejména matky, ale i otcové nedonošeňat mohli o své nezralé děti starat, jakmile to jejich zdravotní stav alespoň trochu dovolí, aby je mohli přebalovat, koupat a krmit, protože právě při těchto činnostech se mnoho rodičů teprve začne cítit jako „opravdový rodič“. Rodiče by měli projevit svůj zájem o zapojení do péče o dítě a požádat zdravotníky, aby jim vše vysvětlili, ukázali a z počátku pomohli.

5. Kojení

Matky nedonošených dětí jsou vždy povzbuzovány k udržení laktace, protože mateřské mléko je pro nedonošené děti tou nejlepší výživou. Pokud nezralost dítěte nedovoluje jeho přikládání a kojení, měly by matky mléko odstříkávat, aby mohlo být jejich dítěti podáváno alternativním způsobem. Chce-li žena kojit, je vhodné požádat o pomoc s udržením laktace buď přímo laktačního poradce, nebo sestřičky. Důležitá je nejen technika správného odstříkávání mateřského mléka, ale laktaci je možné podpořit např. vizualizací dítěte nebo jeho fotkou, představou skutečného kojení nebo kontaktem s dítětem (hlazení, chování).

Vzhledem k výhodám kojení pro dítě i matku je velmi správné ženy v úmyslu kojit a v udržení laktace podporovat. Význam podávání mateřského mléka a kojení by ale neměl být prezentován tak, aby se žena, které se z jakýchkoliv důvodů nedaří laktaci udržet a dítěti mléko dodávat, cítila provinile nebo měla pocit selhání. To vše snižuje její mateřské sebevědomí a pak strádá matka, ale i dítě (Winnicott, 1987; Chalmers, 1990).

6. Emoce

Rodiče nedonošených dětí by se neměli bát mluvit o tom, jak se cítí a co prožívají se svými partnery, blízkými, ale i se zdravotníky. Měli by mít možnost požádat o psychologickou pomoc, pokud mají pocit, že ji potřebují. U některých rodičů může jít jen o jednorázovou krizovou intervenci, ale u některých může být nutná dlouhodobější a systematická péče.

Rodiče (hlavně matky) by se neměli trápit, pokud v prvních dnech po narození nezralého novorozence necítí žádné rodičovské (mateřské) pocity nebo lásku k dítěti. Ženy po fyziologickém porodu zdravého, donošeného dítěte někdy mívají podobný pocit.

„*Mateřská láska není žádným štěstím na povel, nýbrž emocí, která někdy potřebuje ke svému vývoji čas*“ (Teusen, Goze-Hänel, 2003, s. 78). Nejlepší je nechat všemu volný průběh, vztah mezi rodiči a dítětem se vyvine postupně a dítě začne lásku rodičů nejen vnímat, ale i vzbuzovat, posilovat a brzy i oplácet. Prvním krokem k budování vzájemného vztahu je kontakt s dítětem a péče o něj.

7. Pobyť v nemocnici

Pobyť předčasně narozených dětí v porodnici je dán především jejich zdravotním stavem, růstem hmotnosti a gestačním věkem. Čím dříve se dítě narodí, tím delší je jeho hospitalizace. U těch nejmenších, těžce nebo dokonce extrémně nezralých novorozenců, jde o měsíce, než mohou být propuštěny do domácí péče. Zajímavá je rada, kterou rodičům nedonošených dětí nabízí Leachová (1995): „*Snažte se na toto období dívat jako na prodloužené těhotenství. Jestliže se vám podařilo překonat šok a zklamání z toho, že nemůžete mít dítě hned u sebe, můžete čekání považovat za přestávku mezi porodem a počátkem mateřství. Zkuste si zvyknout na představu, že začátek jeho skutečného života nastane, až bude moci jít domů*“ (Leachová, 1995, s. 43).

5.3. Reakce nejbližšího okolí rodičů

Předčasné narození nezralého dítěte je bezpochyby pro jeho rodiče obtížné a jedná se o velmi náročnou životní situaci. To, jakým způsobem se s ní vyrovnají, však mohou výrazně ovlivnit nejen zdravotníci, ale také lidé ze sociálně nejbližšího okolí rodičů – jejich rodiče, příbuzní, známí, kamarádi, spolupracovníci. Ti jim mohou dodávat odvalu, povzbuzovat je, sdělovat vlastní zkušenosti (v této situaci je ovšem žádoucí sdělovat zkušenosti pozitivní), projevovat zájem a být rodičům oporou.

Je zřejmé, že rodiče nedonošeného dítěte, zejména jeho matka, mají z reakce okolí obavy. Strach z toho, jak budou nejbližší příbuzní reagovat, velmi dobře vystihuje vyprávění ženy, která své první dítě porodila ve 27. týdnu (chlapec, 1100 g/38 cm): „*Myslím, že jsem v tuhle dobu jednala jako v transu, necítila jsem vůbec nic, jen ohromnou ztrátu toho dítěte v sobě. Nevěřila jsem, že přežije. Okamžitě jsem cítila vinu, co jsem to způsobila, sobě, manželovi, našim rodičům. Když za mnou druhý den všichni přišli, cítila jsem úlevu, že se mnou ještě mluví*“ (Sobotková et al., 2009, s. 25).

Na tomto místě asi logicky vyvstane otázka: Proboha a proč by s ní neměli mluvit? Ale vztahy v rodinách jsou rozmanité a opravdu se může stát, že jsou vyřčeny různé výčitky a obvinění. Na rodiče nezralého novorozence může psychicky špatně působit i pláč a silně ventilované obavy prarodičů¹⁰ o život a zdraví dítěte. Oni mají v těchto chvílích sami veliký strach a je obtížné věnovat svou pomoc a podporu dalším lidem, když ji tolik potřebují sami.

Nicméně jde o reakce pochopitelné a jako velmi účinná pomoc na špatný psychický stav prarodičů nedonošeného dítěte se ukázala návštěva u něj (osobní sdělení mnoha žen, které tuto situaci zažily). I když se zpravidla jednalo jenom o chvílku strávenou u inkubátoru, během které si prarodiče netroufli na dítě ani sáhnout, odnesli si pocit „žije, je to človíček, sice maličký, ale žije a bude to dobré“. Takováto návštěva jim obvykle přinesla velkou úlevu, zklidnění a oni byli poté schopni účinné emocionální podpory rodičům, zajímali se o vše a měli radost ze sebemenší dobré zprávy a posunu „k lepšímu“.

5.4. Možné způsoby pomoci rodičům nedonošeného dítěte

Vysoce specializovaná a systematická zdravotní péče, která je poskytována nedonošeným novorozencům v rámci perinatologických a intermediárních center, již byla popsána v předchozích kapitolách. Velmi důležitá je však i následná péče, kterou po propuštění z porodnice přebírá obvodní lékař pro děti a dorost, s nímž budou rodiče dlouhodobě v kontaktu. Volba pediatra by proto měla být uvážlivá, protože s ním budou rodiče v kontaktu dlouhé roky. Pokud sami nemají vhodný kontakt, mohou požádat o radu, na koho se obrátit, i neonatologa v porodnici.

„Pediatrium je neonatology předáváno do péče několikanásobně více předčasně narozených dětí než dříve a častější je i situace, kdy do pediatrického sledování přicházejí výrazně až extrémně nedonošené děti, včetně těch s porodní vahou mezi 500 a 1000 g“ (Psychl, 2005, s. 13).

¹⁰ Mluvím zde o prarodičích, protože to jsou lidé rodičům nezralého dítěte nejbližší, ale pochopitelně sem patří i jejich sourozenci a další příbuzní, se kterými jsou v úzkém kontaktu. Někdy je třeba sem zahrnout také přátele a kamarády, které každý z nás potřebuje a ke kterým může mít někdy bližší vztah, než k lidem ze své rodiny.

Mnoho předčasně narozených dětí musí absolvovat rehabilitační cvičení, dochází do různých speciálních ambulancí (kardiologie, neurologie, plicní, oční atd.) a jejich zdravotní stav, růst a vývoj je sledován odborníky. Někdy je rodičům doporučena spolupráce s centry, která se zaměřují na pomoc rodinám s rizikovými dětmi. V případě předčasně narozených dětí se rodiče v Praze mohou obrátit např. na Rizikovou poradnu pro nedonošené děti Dětské kliniky, FTN, Praha 4-Krč, dále na Poradnu pro sledování nedonošených dětí Kliniky dětského a dorostového lékařství, VFN, Praha 2 nebo na Centrum komplexní péče pro děti s poruchami vývoje, FN Motol, Praha 5. Dále jsou rodičům k dispozici i poradny, které se zaměřují na nějaký specifický problém nebo chronické onemocnění (např. fenylketonurie, Downův syndrom apod.).

Vedle odborné lékařské péče o nedonošené děti je nutné zdůraznit laické formy pomoci. Někdy mohou být rodičům těchto dětí velkou oporou lidé, kteří prošli stejnou nebo podobnou zkušeností, vyrovnali se s ní a s odstupem času jsou schopni a hlavně ochotni nabídnout svůj čas, porozumění a rady rodičům, kteří jsou v takové situaci nyní. Rodiče nedonošených dětí se mohou o radu, pomoc a podporu obrátit nejen na odborníky (lékaře, psychology, rehabilitační pracovníky atd.), poradenská střediska a centra rané péče, ale také např. na občanské sdružení Nedoklubko, občanské sdružení Klub dvojčat a vícčat nebo na další mateřská centra, která nabízejí svoje služby.

5.4.1. Nedoklubko, o. s.

Občanské sdružení Nedoklubko vzniklo díky grantovému projektu „Intervenční program pro nedonošené: pomoc rodičům vytvořit optimální podmínky pro vývoj jejich dětí.“. Grant Interní grantové agentury probíhal v letech 1994–1996 a jeho řešitelkou byla PhDr. Daniela Sobotková, která zorganizovala v r. 1996 v ÚPMD Praha vánoční besídku pro rodiče, kteří se projektu zúčastnili. Rok poté se besídka konala znovu a rodiče se začali scházet pravidelně. Od PhDr. Sobotkové vzešel nápad založit klub rodičů, kteří by si ho sami vedli, a tak vzniklo Nedoklubko. Jeho aktivity se postupně rozšířily i za brány ÚPMD a od r. 2002 má status občanského sdružení.

Cílem sdružení je pomáhat rodičům, kteří se najednou stali rodiči nezralého dítěte, a nacházejí se v podobné situaci, v jaké byli zakladatelé a členové Nedoklubka. Všem rodičům jsou k dispozici informační brožury: „*Jednotka intenzivní a resuscitační péče novorozenců*“, „*Přinesli jsme si domů původně nezralé miminko*“ a „*Výživa nedonošených dětí*“ a „*Kojení je hledání cesty k sobě navzájem*“ (Nedoklubko, 2010).

Další aktivity Nedoklubka směřují k informování širší veřejnosti i státních institucí na závažnost problematiky nedonošenosti. Jde např. o již zmiňovaný projekt „Miminka do dlaně“ nebo projekt „Mámy pro mámy“, který vznikl na konci r. 2009 s cílem podpořit maminky nedonošeňat v nemocnicích a vyjádřit jim podporu drobnými dárky. Součástí projektu Mámy pro mámy je i laické poradenství, kdy ženy, které už zkušenost předčasného porodu mají, odpovídají telefonicky nebo mailem na dotazy novepečených rodičů a poskytují jim radu, zkušenosti nebo jen možnost vypovídat se. Tyto matky-poradkyně („mamušky“) jsou v kontaktu s psycholožkou PhDr. G. Zelenkovou a metodologickou supervizi projektu poskytuje občanské sdružení Dlouhá cesta, které vzniklo v r. 2005 a nabízí laické poradenství a pomoc rodičům, jimž zemřelo dítě.

Lidé, kteří se významně podílí na péči o předčasně narozené děti a jejich rodiče, nebo nějakým zásadním způsobem pomáhají v této oblasti, byli 15. listopadu 2010 při příležitosti Mezinárodního dne předčasně narozených dětí vyznamenáni Purpurovým srdcem, a to ve čtyřech kategoriích: Osobnost České neonatologické společnosti, Osobnost veřejného života, Osobnost Nedoklubko, Osobnost široké veřejnosti. Inspirací pro tuto cenu byla cena Purpurového srdce udělovaného v Armádě spojených států za smrt nebo zranění v boji. „*Předčasné narození je také bojem, je to bitva o život a zranění z této bitvy zůstávají s dítětem i jeho rodinou navždy*“ (Novotná, Czirková, 2010, s. 21–24).

Významnou činností Nedoklubka je i spolupráce s EFCNI (European Foundation for the Care of Newborn Infants – celoevropská organizace zastupující rodiče a odborníky s cílem zlepšit dlouhodobou péči o předčasně narozené děti a nemocné novorozence a zlepšit podporu jejich rodin). EFCNI vznikla v dubnu 2008. Nedoklubko se v rámci této organizace zapojilo do sběru dat pro Srovnávací analýzu (EU Benchmarking Report 2009/2010 – Too little, too late). Tato analýza srovnala v pěti oblastech péči o předčasně narozené děti ve 13 zemích EU včetně ČR (Novotná, Czirková, 2010; Nedoklubko, 2010).

5.5. Komplexní péče o celou rodinu

Jak již bylo opakovaně zdůrazňováno, předčasný porod se netýká pouze narozeného dítěte, ale také obou jeho rodičů a v širším slova smyslu celé rodiny. Je proto jednoznačné, že je třeba všem zúčastněným věnovat péči jak zdravotní, tak psychologickou.

Potřebu komplexního přístupu k celé „porodní filozofii“, nezastupitelný význam prenatálního období a komunikace matky, resp. rodičů s nenarozeným plodem a zásadní dopad rané interakce na růst a vývoj dítěte i vztahy v rodině začala obhajovat a prosazovat řada lékařů a psychologů, kteří výsledky své dlouholeté praxe a výzkumů prezentovali jak v literatuře, tak na vědeckých seminářích a konferencích. Nelze opomenout přínos a poznatky Dicka-Reada, Lamazeho, Leboyera, Odenta, Vernyho, Grofa, Fedora-Freybergha, Vojty, manželů Papouškových a mnoha dalších. Přednášky a semináře některých jmenovaných odborníků organizoval ve spolupráci s katedrou psychologie FF UK v Praze počátkem devadesátých let T. Rodný.

O tom, že zájem odborníků o problematiku prenatálního vývoje a vývoje dětí raného věku stále narůstá, svědčí založení Pracovní skupiny pro raný vývoj při Českomoravské psychologické společnosti. Iniciační konference k zahájení činnosti této skupiny se konala v červnu 2009 na Fakultě sociálních studií v Brně a mezi zakládající členky pracovní skupiny patří (v abecedním pořadí): PhDr. Jaroslava Dittrichová, CSc., Mgr. Hana Jahnová, PhDr. Dana Krejčířová, Mgr. Eva Pavlíková, PhDr. Martina Pilařová, PhDr. Daniela Sobotková, CSc. a doc. PhDr. Lenka Šulová, Ph.D. (Chytilová, 2009; Českomoravská, 2011).

„Motivy k založení Pracovní skupiny pro raný vývoj dětí (od prenatálního období do věku tří let) při ČMPS a cíle její činnosti:

1. Podporovat dostupnost kvalitní psychologické péče o děti raného věku a jejich rodiče v jednotlivých regionech ČR, jakož i o těhotné ženy s rizikovým těhotenstvím a o rodiče, jejichž dítě zemřelo nebo se narodilo předčasně.

2. Zlepšovat psychologickou péči o děti raného věku (od prenatálního období do věku tří let) na základě nejnovějších vědeckých poznatků vycházejících z teoretických znalostí o vývoji dítěte a vlivu rodičovské péče na utváření dětské osobnosti.

3. Nabídnout zainteresovaným odborníkům členství v této pracovní skupině a tím zlepšovat mezioborovou spolupráci, která je v oblasti raného vývoje dítěte nezbytná – tj. prohloubit spolupráci s dalšími odborníky: neonatolog, pediatry, dětskými neurology, dětskými psychiatry, speciálními pedagogy, klinickými logopedy, fyzioterapeuty, ergoterapeuty ad.

4. Spolupracovat s univerzitními a klinickými tuzemskými i zahraničními pracovišti, která zajišťují výuku psychologie a celoživotní vzdělávání klinických psychologů a s akademickými pracovišti, která se podílejí na psychologických výzkumech.

5. Spolupracovat s tuzemskými a zahraničními organizacemi a sdruženími, která se angažují v péči o děti raného věku a jejich rodiče.

6. Podílet se na šíření nejnovějších psychologických poznatků v oblasti raného vývoje dítěte a rodičovské péče mezi odborníky, rodiče, pečovatele o děti a studenty humanitních oborů vyšších odborných a vysokých škol“ (Českomoravská, 2011).

Na potřebu klinického psychologa, který by působil v perinatologických centrech v souladu s výše uvedenými cíly Pracovní skupiny pro raný vývoj, upozorňovaly Jahnová a Sobotková (2010) na XXVI. Neonatologických dnech, které byly pořádány 10.–12. listopadu 2010 v Olomouci. Cílem jejich sdělení bylo upozornit přítomnou odbornou veřejnost na potřebu klinického psychologa jako člena neonatologického týmu, protože každoročně stoupá počet předčasně narozených dětí a psychologická péče v perinatologických centrech stále ještě není samozřejmostí. Přitom by bylo vhodné, aby dítěti i rodičům byla poskytována péče komplexní, zahrnující psychologickou složku.

Psycholog by měl být dobře obeznámen se zdravotním stavem dítěte a být jeho rodičům oporou při péči o ně. Měl by podporovat jejich rodičovské kompetence a pomoci jim při utváření synchronního vztahu mezi nimi a jejich dítětem. V této rovině by šlo v podstatě o preventivní psychologickou pomoc a podporu a potřebným rodičům by měl psycholog poskytnout krizovou intervenci a psychoterapeutickou péči co nejdříve po porodu. Na tuto formu péče by v rámci center vývojové péče u nedonošených dětí dále navazovalo sledování jejich psychomotorického vývoje po propuštění z porodnice a rodičům by se mělo poskytovat výchovné poradenství a psychoterapeutická péče. Kontinuální psychologická péče by vedla k časnému objevení ev. psychických vývojových poruch, které se u těchto dětí často vyskytují, a intervenční péče by mohla být zahájena co nejdříve. Preventivní a intervenční programy by totiž měly mít své stálé místo v psychologické péči o děti s rizikovými faktory (Jahnová, Sobotková, 2010).

Na potřebu a pozitivní efekt psychologické péče o rodiče předčasně narozených dětí, které byly po porodu umístěny na JIP, poukazují Jotzo a Poets (2005). V jejich výzkumu vykazovaly matky zařazené do intervenčního programu signifikantně nižší posttraumatický dopad předčasného porodu v porovnání s kontrolní skupinou matek, které do intervenčního programu zařazeny nebyly. Autoři zdůrazňují nutnost psychologické péče o rodiče těchto dětí, protože tak lze snížit traumatický dopad této události a předejít posttraumatické stresové poruše, která může mít dlouhodobě negativní dopad na rodičovské chování, postoje, sebevědomí a uspokojení v roli rodiče, což celkově ovlivňuje vztah k dítěti a jeho psychosociální vývoj.

Lau a Morse (2003) považují porod nezralého dítěte za stresující záležitost, které v jeho rodičích evokuje směs pocitů úzkosti, obav, strachu, pocitů viny a bezmoci. Umístění dítěte na „SCN – special care nursery“ (dětský pokoj se speciální péčí) nebo dokonce na „NICU – neonatal intensive care unit“ (jednotku intenzivní péče) je silně stresujícím faktorem, který negativní pocity po předčasném porodu ještě posiluje, protože zvláště prostředí NICU a technické vybavení je rodiči vnímáno jako „neobyčejně zdrcující, skličující či hrozné“. Vyšší hladina stresu je u rodičů dětí umístěných na NICU pochopitelně vyšší, protože jejich děti jsou obvykle nemocnější, menší a méně zralé než děti umístěné na SCN. Bezprostředně po narození dítěte mají především matky obavy, jak péči o tak nečekaně malé dítě doma zvládnou. Po propuštění domů se vše postupně přizpůsobuje realitě a negativní pocity rodičů začínají pomalu slábnout.

V ČR již jsou pracoviště, kde je komplexní přístup k péči o nedonošené novorozence a jejich rodiče zřejmý. Např. na Dětské klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové funguje poradna pro rizikové novorozence, kde se sledují děti s porodní hmotností pod 1500 g, děti s IUGR (intrauterinní růstová retardace), děti s postižením CNS, s respirační a gastrointestinální problematikou, se zrakovým nebo sluchovým postižením a děti s komplexní problematikou (např. sepse, VVV – vrozené vývojové vady). Zde probíhá každoročně sledování vývoje nedonošených dětí, a ty jsou hodnoceny ve věku dvou a šesti let. Na sledování se podílí multidisciplinární tým, který tvoří praktický lékař, neonatolog, dětský neurolog, specialista na rehabilitaci, oftalmolog, ORL lékař, foniatr, psycholog, ortoped, logoped a sociální pracovník (Rambousková, 2011).

V rámci celkové péče je nutné zmínit i spolupráci neonatologa, který se stará o nedonošené dítě v porodnici, a praktického pediatra, který dítě po propuštění přebírá. *„Propuštění nedonošeného dítěte by mělo být plánováno. Rozumné je, aby neonatolog vyžadoval kontakt na rodinou zvoleného pediatra v dostatečném předstihu před propuštěním dítěte. To umožní začátek účelné týmové spolupráce rodičů, praktického pediatra, neonatologa a případně dalších odborníků (např. neurologa, pneumologa, ortopeda, sociálního pracovníka) po propuštění“* (Psychl, 2005, s. 23).

Komplexní péče o celou rodinu nedonošeného dítěte je zárukou, že dítěti bude poskytnuta nejlepší možná péče týkající se jeho zdravotního i psychického stavu a že jeho rodiče budou mít v odbornících potřebnou oporu k tomu, aby se o své dítě starali co nejlépe a v rodině se podporovaly zdravé vztahy a vazby mezi všemi jejími členy.

6. Etické problémy týkající se předčasných porodů

„Etika je samostatná filozofická disciplína zabývající se správným (morálním, mravním) chováním v nejrůznějších oblastech lidské činnosti. Lékařská etika se zabývá adekvátními postupy lékaře v situacích vyplývajících z jeho povinností. Porodnickou etiku vymezují postupy v souvislosti s těhotenstvím a porodem. ... Za obecně přijatelnou filozofickou základnu lze považovat etický humanismus, jehož středem je ideální člověk jako nejvyšší obecná hodnota“ (Tošner, 2006, s. 87).

Téma života a smrti vyvolává od nepaměti řadu etických otázek. A nové vznikají při procesu neustálého rozvoje zdravotnických metod, léčebných postupů a možností. Rozvoj neonatologie a intenzivní péče o novorozence výrazně snížil novorozeneckou úmrtnost a posunul hranici života a smrti. Tento posun však zároveň otevřel další problematiku, neboť vše, co se pojí se životem a zdravím dětí, je velmi citlivé. Bez nároku na úplné a dokonalé zpracování tohoto tématu si dovoluji nastínit některé základní etické problémy, které s předčasnými porody a s péčí o nedonošené či těžce postižené děti souvisí.

6.1. Hranice viability a zahájení péče o předčasně narozené novorozence

Pojem „viabilita“ je definován jako životaschopnost, schopnost přežití, a s tím souvisí otázky, jak nedonošené dítě je viabilní, odkdy má šanci přežít, odkdy má smysl zachraňovat lidský život, který začal dříve, než na něj byl plně připraven, odkdy resuscitovat a poskytovat intenzivní péči a kdo rozhodne, zda neresuscitovat?

Hranice viability není v perinatologické literatuře přesně definována. Ve vyspělých zemích se posouvá stále k nižšímu týdnu těhotenství, obvykle se jedná o rozmezí 22.–25. týdne gestačního věku plodu, zcela výjimečně je to už i 21. týden gravidity.

Ve většině vyspělých zemí světa se intenzivní péče o nezralé děti zahajuje ve 24. týdnu těhotenství, kdy tyto děti jsou nejen živé neboli vitální, ale i životaschopné neboli viabilní. ... Ve skandinávských zemích a Švýcarsku je tato péče zahajována od 25. týdne těhotenství, na druhou stranu v Japonsku se starají o nezralé novorozence již od 22. týdne těhotenství“ (Dokoupilová et al., 2009, s. 36).

V České republice poměrně dlouho platila hranice zahajování péče od 28. týdne gravidity nebo od porodní hmotnosti nad 1000 g. V roce 1994 se konalo pracovní setkání Sekce perinatální medicíny a České neonatologické společnosti a na základě tohoto i minulých setkání byla vypracována dlouhodobá strategie české perinatologie. Ke zvýšení její úrovně mělo vést především další zlepšování péče v perinatologických centrech, zdokonalování jejich přístrojové vybavenosti a více transportů „in utero“ do těchto center. Na tomto pracovním setkání zazněl pokyn „*dále snížit hranici životaschopnosti plodu až na běžící 24. týden (23 + 1), čemuž odpovídala porodní hmotnost novorozence 500 g. ... V souvislosti s kontinuálně se zlepšující kvalitou neonatální péče šlo od r. 1990 již druhé snížení hranice viability“ (Štembera, 2004, s. 279).*

Důsledkem rozhodnutí Sekce perinatální medicíny a České neonatologické společnosti o posunu hranice viability na 24. týden gestace bylo zvýšení počtu živě narozených novorozenců s porodní hmotností 500–999 g na 0,36 % v populaci; v r. 1990 to bylo 0,24 % a předtím pouhých 0,14 % (Štembera, 2004).

V našich podmínkách „plod narozený v méně než 22. ukončeném týdnu není považován za viabilní a resuscitace se nedoporučuje. Podle mezinárodních doporučení by také neměl být resuscitován plod s porodní hmotností nižší než 400 g. Děti narozené po 25. ukončeném gestačním týdnu mají relativně dobrou prognózu, proto je indikovaná plná neonatální invazivní péče. Období mezi 22.–24. (až 25.) ukončeným týdnem je označováno jako „šedá zóna“ (Zlatohlávková, 2008, s. 4–5).

Psychl (2003, 2005) píše, že hranicí viability je v současné době přibližně dokončený 23. týden gestace. Hourová, Králíčková a Uher (2007) označují za zlomové období pro životaschopnost plodu 22. týden prenatálního vývoje, resp. 24. týden od poslední menstruace.

Naše současná odborná literatura striktně neudává žádnou hranici, která by jednoznačně rozhodovala o životě a smrti předčasně narozeného dítěte, resp. o tom, zda mu má nebo nemá být poskytnuta lékařská péče. Odborníci hovoří o tzv. „šedé zóně“, kterou je období od 22. do 24. gestačního týdne. Pro toto období je typická značná medicínská nejistota týkající se prognózy dítěte.

Přesné stáří plodu a jeho uvedení v těhotenské průkazce matky je ovšem diskutabilní: „*Těhotenství se na první pohled nesmyslně začíná počítat od doby, kdy žena ještě těhotná nebyla. Podle zvyklostí se na celém světě těhotenství počítá od prvního dne poslední menstruace (PM), protože u většiny žen je datum PM posledním spolehlivým údajem, ze kterého se dá při určování délky těhotenství vycházet. ... Jde tedy o konvenci neboli dohodnutý postup. Hovoří se proto o „dvou stářích“ dítěte, a to:*

- podle menstruace matky: menstruační stáří zárodku nebo plodu = gestační stáří
- podle doby oplození: embryonální nebo fetální stáří = skutečné, anatomické stáří“ (Pařízek, 2008, s. 140).

„*Délka gestace počítaná dle PM je velmi nejistá. Přesnější je tam, kde má žena 28denní menstruační cyklus a ovulace u ní nastane 14. den cyklu. Přibližně u 15–30 % žen je nejistý termín porodu z důvodu nepravidelné menstruace před těhotenstvím nebo z důvodu nesprávně udaného termínu PM*“ (Hájek, 2004a, s. 321).

Údaj podle PM může být značně nespolehlivý, Borek (2001) udává, že cca 20 % žen nezná přesné datum PM. Navíc se na tento údaj nedá spoléhat u žen s dlouhými, nepravidelnými cykly, po vysazení hormonální antikoncepce, po spontánním potratu a také u těch žen, které otěhotněly v průběhu laktace. Jsou i ženy, u kterých ještě 1–2 menstruace proběhnou i přesto, že je žena již těhotná, nebo dojde k tzv. „špinění“, které způsobila nidace (zahnízdění) zárodku do děložní sliznice. Zvláště v určitých situacích (jako právě u předčasného porodu) je tedy údaj o délce gravidity podle PM nespolehlivý, a je třeba vycházet spíše z UZ vyšetření a ze srovnání všech výsledků. Kromě případů asistované reprodukce tedy nelze mít jistotu ohledně gestačního stáří plodu (Pařízek, 2008; Borek et al., 2001).

Zlatohlávková (2008) poukazuje na to, že podle odborníků se může odhad skutečného stáří plodu od stáří gestačního lišit až o 14 dnů. Ultrazvukové vyšetření a stanovení stáří plodu ve 2. trimestru má ale rovněž přesnost 10–14 dní.

Z důvodu výše uvedených skutečností je velmi obtížné neposkytnout lékařskou péči dítěti na hranici viability a je nutné u každého dítěte, jehož zralost spadá právě do „šedé zóny“, postupovat individuálně. Při rozhodování o léčbě předčasně narozeného dítěte je tedy brán v potaz především standard nejlepších zájmů dítěte, kdy jde o posouzení a porovnání prospěchu a zátěže léčby, ale v rozmezí uvedené „šedé zóny“ je to velmi obtížné. Proto je třeba v tomto období zvažovat nejen medicínské a etické stanovisko, ale je nutné brát v potaz též přání rodičů, které je nezbytné včas a pravdivě informovat (Zlatohlávková, 2008).

V souladu s Etickým kodexem České lékařské komory, § 3 Lékař a nemocný: *„§ 3 (4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem informovat jeho nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat“* (Munzarová, 2000b, s. 23).

Lékaři by měli být v rozhodování vedeni nejlepším zájmem dítěte, ale rodiče, kteří jsou zákonnými zástupci a za nekompetentní dítě rozhodují, mají právo se k započetí nebo trvání léčby po získání všech dostupných informací vyjádřit. Pokud však podle vědomí a svědomí lékaře není jejich přání v souladu s nejlepšími zájmy dítěte, nemají rodiče exkluzivní právo na rozhodnutí. Nicméně je nutné, aby lékař přání rodičů znal a respektoval, protože jsou to právě oni, kdo nakonec musí zvážit, jestli jsou schopni se o dítě starat nebo podrobit své dítě bolesti třeba pro nejistý výsledek.

Ve vztahu k onomu „nejistému výsledku“ zde uvádím slova matky, která níže uvedené vyjádření napsala a předala Komisi pro kvalitní péči o mentálně postižené ve státě New York v roce 1982. Jde o matku dítěte, které přežilo díky zvláštním službám jednotky intenzivní péče pro novorozence. Matka vyzdvihuje, že život jejího dítěte byl zachráněn *„heroickým zápasem, který však ustal, když bylo dítě mimo nebezpečí smrti, ačkoliv pokračoval stav dítěte, který vyžadoval pokračující a velice náročnou péči.*

Prohlášení matky

John se narodil mrtvý a byl oživen, což v něm zanechalo překvapivý seznam nemocí včetně hluboké mentální retardace. Neudrží hlavu, nevstane, nemůže se obrátit, nemůže se chytit a nemůže sát. Má špatné polykání a jiné reflexy. Od jeho sedmi týdnů jsem ho měla odborně i prakticky sama na starosti. Bláznivě jsem ho začala zbožňovat. Abych žila život kvalitní a důstojný, musela jsem podstupovat krutý boj den ze dne.

Závazek – očividně nepohodlný pojem v dnešní době. Závazek učinil porodník, který byl u jeho narození, pediatr, který ho udržel při životě, když očekával dopravu na jednotku intenzivní péče, a tento závazek byl umocněn velkým týmem doktorů, ošetřovatelek, jeho rodičů a samotným Johnem, který bojoval tak těžce a tak dlouho, aby se stal životaschopným lidským jedincem. Při propouštění mi znovu a znovu říkali: „Zaplat' Bůh, že jste ošetřovatelkou!“ Byli jsme závislí sami na sobě. Zdá se, že neexistuje žádné přechodné místo nebo časový úsek mezi jednotkou intenzivní péče a domovem.

Bože, cítím se jako vyhaslá, hádavá žena, která pamatuje a zná dobré časy. Ptám se, kolik lidí by konalo tuto věc, v níž jsme věřili, kdyby věděli, že to znamená ztrátu zaměstnání, příjmu, domova, manželství, pozorného vychovávání všech vašich dětí, vaší rodiny, vašich přátel, prosté schopnosti být dobrou sousedkou, vašeho psychického a mentálního zdraví, vaší důstojnosti a naděje. Možná, že je život lehčí, když není volby...” (Dušková, 2002–2010).

Ščeпоnčová a Novotný (2011) podrobně popisují kazuistiku chlapce, který se narodil ve 39. týdnu těhotenství, porodní hmotnost 1400 g/délka 42 cm, s četnými vývojovými vadami (levostranný rozštěp rtů, čelisti a patra, hypospadie, kryptorchismus, mikroftalmus, Bottalova dučej, srdeční nedostatečnost a pupeční kýla) umístěného po dlouhém pobytu na JIP a v nemocnici do kojeneckého ústavu, protože mladí rodiče nebyli dítěti schopni zajistit adekvátní péči. Nicméně o něj měli zájem a oba ho chodili navštěvovat do kojeneckého ústavu, kde mu zdravotníci poskytovali veškerou potřebnou ošetrovatelskou péči. Chlapeček prodělal mnoho onemocnění a řadu různých vyšetření. Ve věku tří let přijímal stravu pouze nazogastrickou sondou, ležel jenom na zádech, natahoval ruce po dospělém nebo po hračce, byl kachektický (neměl prakticky žádnou tukovou vrstvu). Zemřel ve věku 3,5 let, příčina smrti: selhání srdce, mnohočetné VVV.

Autoři si bez nároku na odpověď kladou otázku, zda má vůbec smysl udržovat dítě s tak rozsáhlým postižením naživu. „Kdyby se Adámek narodil před sto lety, jeho život by netrval víc než několik hodin. Nevím, zda měl to štěstí nebo takovou smůlu, že se narodil v první dekádě 21. století, kdy jej moderní medicína dokázala udržet naživu“ (Ščeпоnčová, Novotný, 2011, s. 42–43).

Podobným směrem, ovšem podstatně dále, jdou i úvahy Kushnera (2005): „Vezměme si následující příklad. V porodnici se narodí dítě s vrozenou srdeční vadou nebo s nějakou jinou závažnou chorobou skrytou v genetickém základu jeho rodičů, která ohrožuje jeho přežití. Kdyby zemřelo krátce po narození, jeho rodiče by se vrátili domů smutní a nešťastní a mohli by se dohadovat, co se asi stalo. Ale pak by se snažili na tu ztrátu zapomenout a hledět do budoucna.

Ale třeba dítě nezemře. Zázraky moderní medicíny a hrdinské úsilí sester a lékařů ho udrží při životě. Dospěje v člověka příliš křehkého na to, aby vynikl ve sportu, ale bystrého, zábavného a oblíbeného. Stane se lékařem, učitelem nebo básníkem. Ožení se a bude mít děti. V zaměstnání je uznávaný a sousedé ho mají rádi. Jeho rodina ho miluje; lidé si na něho zvyknou a potřebují ho. Potom, v pětatřiceti nebo ve čtyřiceti, ho jeho křehké zdraví zradí. Jeho srdce s vrozenou vadou, které mu způsobilo tolik potíží hned po porodu, už nevydrží a on zemře. Nyní jeho smrt způsobí větší bolest než pár dní smutku. Je to zdrcující tragédie pro jeho ženu a děti a hluboce bolestná událost pro všechny ostatní lidi spojené s jeho životem.

Mnoha podobným tragédiím bychom mohli zbránit, kdybychom nechali nemocné děti po porodu umřít, kdybychom věnovali menší úsilí jejich záchraně a léčení jejich dětských nemocí. Kdybychom umožnili jen těm nejzdravějším, aby vstoupili do manželství a měli děti, a ostatním bychom to zakázali. Vždyť přesně to se děje u zvířat, aby se genetické vady nepřenašely z generace na generaci. Ale s tím by asi nikdo nesouhlasil, ať už z morálních důvodů, nebo proto, že to není v našem zájmu“ (Kushner, 2005, s. 72–73).

Fendrychová (2009) se zamýšlí nad etickými otázkami souvisejícími s kvalitou života vážně handicapovaných dětí: „I když jim nikdo nezaručí normální život, je jim prostě nabídnuta šance žít. Samo dítě na výběr nemá. Zatímco třeba děti s Downovým syndromem nebo menšími vývojovými vadami mohou žít docela šťastně, jiné 'zázraky moderní medicíny' už takové štěstí mít nemusí. Dostanou se pouze do trvalé péče rodičů, státu nebo obou. Osud těchto dětí je v rukou těch, kdo může volit, zda je nechá žít. Potom však vzniknou různá etická dilemata. Má handicapované dítě právo na život? Jakou kvalitu života bude mít? Jaká jsou práva a povinnosti rodičů takového dítěte? Kdo rozhodne, aby takové dítě žilo? Rodiče? Lékaři? Etická komise? Tyto otázky by měly být při rozhodování na jednotkách intenzivní péče zvažovány“ (Fendrychová et al., 2009, s. 17).

Situace v porodnictví je s ohledem na etické principy lékařství „komplikována tím, že do obvyklé dyády lékař-pacient vstupuje třetí účastník: plod. Tím vznikají oblasti možných „konfliktů zájmů“:

- *prospěch těhotné, jak ho chápe sama, vs. prospěch těhotné, jak ho chápe lékař;*
 - *prospěch plodu, jak ho chápe těhotná, vs. prospěch plodu, jak ho chápe lékař;*
 - *prospěch těhotné, jak ho chápe sama, vs. prospěch plodu, jak ho chápe lékař;*
 - *prospěch matky vs. prospěch plodu, jak je chápe lékař;*
 - *prospěch jednoho vs. prospěch jiného plodu“ (Roztočil et al., 2008, s. 381).*
- (Pozn.: „jak chápe lékař“ ve smyslu „jaký je současný názor lékařské vědy“)

V případě konfliktních situací je lékař povinen co nejúplněji ženu poučit o tom, jaké mohou být následky jejího rozhodnutí, a nechat ji podepsat negativní revers. Zde má lékař prostor pro určitý „nátlak“ na pacientku, aby se rozhodla správně (tedy v souladu s doporučením lékaře, které by mělo být lege artis a zároveň v souladu s prospěchem ženy). „V každém případě konečné rozhodnutí náleží ženě a zdravotnickému personálu nezbyvá, než ho respektovat“ (Roztočil et al., 2008, s. 382).

Po narození dítěte se situace proti rozhodování v těhotenství mění, protože se již nejedná o plod, ale o novorozence. Má-li dítě zdravotní problémy, je nezbytné matku co nejdříve srozumitelně informovat o léčbě nebo výkonech, které lékaři chtějí v zájmu dítěte provést. Matka musí tuto péči schválit, ale v případě, že je dítě ohroženo na životě a zdraví, je její souhlas jen podmíněný (Roztočil et al., 2008).

Jaká jsou tedy v současné době práva dítěte u nás? Jaká jsou práva a povinnosti rodičů? Jaká jsou práva a povinnosti zdravotníků? Má lékařem informovaná matka, již hrozí předčasný porod, právo i zodpovědnost rozhodnout, zda chce, aby bylo její těžce nedonošené a nezralé dítě zachraňováno, i když je zde určité riziko jeho postižení? Je však možné odhadnout, kdy bude záchrana života zároveň znamenat i zdravotní postižení dítěte a trvalé následky? Co když dojde k nesouladu mezi přáním rodičů? Kdo je tedy zodpovědný za konečné rozhodnutí?

Je těžké, nebo spíš nemožné najít uspokojivou odpověď na tyto a třeba mnoho dalších otázek, protože mnohému nerozumíme a možná ani rozumět nemůžeme, ať v roli lékařů, či v roli rodičů.

Fyziologické těhotenství by mělo trvat 40 týdnů. Lékařská věda ho zkrátala téměř na polovinu, protože pomocí vysoce specializovaných medicínských postupů a odborné péče je nyní možné udržet naživu děti, které by ještě před několika lety zcela jistě zemřely. Ale zde jsou již zásadní limity dané vývojem plodu a je pravděpodobné, že k posunu hranice viability pod 22. gestační týden nedojde.

V souvislosti s technickými možnostmi a výrazným zlepšením perinatální péče je třeba zmínit vliv prostředí, ve kterém se (často dlouhodobě) nezralé dítě nachází. Thomasma a Kushnerová (2000) velmi pozitivně hodnotí trend, který nastal v 80. letech 20. stol., kdy se pozornost zdravotníků zaměřila nejen na zachování, ale také na kvalitu života předčasně narozených dětí. Vedle přístrojového zabezpečení se začalo dbát na „laskavější a něžnější péči“ a na úpravu prostředí (např. snížení hluku a světla). JIPN se proměnily v tiché, temné místnosti, kde nedonošené děti spí a pokud možno nerušeně „zrají“. Zavedl se požadavek minimální manipulace, neinvazivního monitorování, omezení bolestivých úkonů a vyloučení bolestivých stimulů. V neposlední řadě se přiznala důležitá role rodiny, přestaly se omezovat návštěvy a častý přímý kontakt rodičů a dítěte byl výrazně podporován, což bezpochyby přispělo k lepšímu prospívání dětí, pozitivně ovlivňovalo psychiku rodičů a příznivě působilo na jejich vzájemný vztah.

Na závěr této stati týkající se hranice životaschopnosti plodu a péče o předčasně narozené děti je třeba uvést ještě jeden údaj: „Z genetických důvodů lze ukončit těhotenství nejpozději do dosažení 24. týdne gravidity, a to v případě, že:

1. je ohrožen život ženy
2. je prokázáno těžké poškození plodu
3. plod je neschopen života (Kacerovský, 2010, s. 157).

V souvislosti se všemi výše uvedenými údaji, ve vztahu k hranici životaschopnosti, a především ve vztahu ke zmiňované „šedé zóně“ života by bylo možné položit celou řadu dalších etických otázek. Nebo alespoň jednu: Nebylo by vhodné posunout hranici pro ukončení gravidity, byť z vážných zdravotních důvodů, níž?

6.2. Další možné etické otázky související s těhotenstvím a porodem

6.2.1. Asistovaná reprodukce

„Od 25. července 1978, dne, kdy se narodila Louise Brownová jako první „dítě ze zkumavky“, se asistovaná reprodukce rozvinula v široce aplikovanou praktickou metodu“ (Roztočil et al., 2008, s. 28). Jedná se o oblast gynekologie, jejíž rozmach úzce souvisí s rozvojem medicínských oborů a technik, ale hlavně s rostoucím počtem párů, které mají problémy s otěhotněním.

Asistovanou reprodukci, nebo též umělým oplodněním, se rozumí „veškeré medicínské postupy, při kterých dojde k manipulaci se zárodečnými buňkami, tedy se spermii a vajíčky a embryi, za účelem otěhotnění ženy. Asistovaná reprodukce představuje:

- zavedení spermii otce nebo dárce spermii do pohlavních orgánů ženy;
- zavedení vajíčka a spermii do pohlavních orgánů ženy;
- zavedení embrya do pohlavních orgánů ženy“ (Vondráček, Kurzová, 2002, s. 53).

Reprodukční medicína se od narození prvního „dítěte ze zkumavky“ zcela změnila, zavedly se nové metody a postupy: oplodnění *in vitro* (IVF – in vitro fertilization, oplodnění ve zkumavce), embryonální přenos (ET – embryo transfer) či kombinace obou technik (IVF-ET). V současné době jde již o zcela běžný způsob léčby neplodnosti (Thomasma, Kushnerová, 2000).

Od samého počátku se však ve vztahu k této problematice objevuje mnoho etických, morálních i právních otázek. Je vůbec správné, aby se něco takového dělo? Není umělé oplodnění proti přírodě? Jak zacházet s genetickým materiálem? Uchovávat a jak dlouho uchovávat nepoužitá embrya? Má embryo právo na život? A jaká je jeho hodnota? Další otázky se pojí s právními a majetkovými nároky dárců/dárkyň pohlavních buněk, s náhradním mateřstvím, s rodičovstvím homosexuálních párů nebo svobodných žen, ale také s relativně novou problematikou, jakou je technika klonování embryí atd.

Jak tedy s lidským embryem zacházet? Je rozdíl mezi lidským zárodkem, zplozeným a vyvíjejícím se v těle ženy, a zárodkem utvořeným a vyvíjejícím se in vitro? Existuje skutečně právo na dítě? Jaká by měla být práva budoucího dítěte? Jak lze pohlížet na dárcovství gamet pro heterologní asistovanou reprodukci (dárce spermatu je cizí muž)? Jak lze pohlížet na náhradní matky? Lze na embryích provádět pokusy? Jak se tvoří zákony, týkající se této problematiky? (Munzarová, 2000).

V České republice podmínky umělého oplodnění upravuje opatření MZ ČSR č. 066.8 ze dne 18. 11. 1982: „*Umělé oplodnění lze provést jen na žádost obou manželů, lze použít sperma manžela nebo anonymního dárce. Partner může souhlas s oplodněním odvolat jen před provedením zákroku. Umělé oplodnění se v ČR neposkytuje ženám osamělým ani žijícím ve svazku s osobou stejného pohlaví. Matkou dítěte je žena, která dítě porodila. Etické problémy souvisí s právním statusem nepoužitých embryí k fertilizaci a možnost redukce plodů na dva, po úspěšném oplodnění, kde počet žijících plodů toto číslo přesahuje. Také organizace dárcovství není bezproblémová, neboť vždy existuje riziko vydírání dárce i příjemce. Otázky právní a majetkové nejistoty rodičovství následují. Výběr dárce podle požadavků na jeho věk či vzdělání s sebou nese nebezpečí eugenické manipulace, výběr vajíček dle pohlaví je možný jen v případě prokazaného onemocnění, které se na něj váže. Problematika genového inženýrství v lidské populaci je obecně odmítána, ale poslední pokusy s klonováním ukazují, že tento problém nebyl vyřešen natrvalo. Za neetické a protizákonné se pokládají vědecké pokusy na životaschopných embryích“ (Tošner, 2006, s. 87–88).*

Dále citovaní odborníci uvažují nad etikou financování umělého oplodnění z peněz veřejného zdravotního pojištění. Jde o soukromou záležitost neplodného páru nebo by mělo být rodičovství zahrnuto do principu solidarity ostatních plátců daně? Mimetelní oplodnění znamená vyšší pravděpodobnost rizikových a patologických těhotenství, potratů, dlouhodobé hospitalizace, předčasných a operativních porodů s následnou péčí o nezralé novorozence, což jsou situace pro zdravotnické rozpočty mimořádně nákladné. Ale jde touhu po dítěti přepočítávat jen na peníze?

Problematika asistované reprodukce není tématem této práce, ale nechtěla jsem ji zcela opomenout, protože téměř třetina žen, se kterými jsem se setkala při sběru dat pro výzkumnou část, otěhotněla prostřednictvím metod asistované reprodukce.

6.2.2. Vícečetné těhotenství

„Vícečetné těhotenství znamená vývoj více než jednoho plodu, ... zvýšenou zátěž pro systém perinatální péče a případnými důsledky vyšší perinatální mortality a morbidity také klade vyšší nároky na rodinu“ (Velebil, 2004c, s. 327).

Kromě hrozících rizik pro matku (např. vyšší riziko potratu, časně gestózy, anemie, hypertenze, preeklampsie) i pro plody (např. vyšší perinatální úmrtnost, vyšší pravděpodobnost VVV, předčasný porod), může v období na hranici životaschopnosti plodů nastat někdy eticky složitá situace, kdy v zájmu jednoho plodu je pokračování a v zájmu druhého plodu ukončení těhotenství. V této situaci je nutné především sjednocení názoru zdravotníků, který je pak těhotné ženě srozumitelně a podrobně prezentován. Definitivní rozhodnutí náleží těhotné ženě (Roztočil et al., 2008).

6.2.3. Redukce těhotenství

„Ve vývoji vícečetného těhotenství může dojít ke změně na méněčetnou graviditu jak způsobem spontánním, tak iatrogenním (redukce vícečetného těhotenství po metodách AR)“ (Velebil, 2004c, s. 327).

V posledních letech došlo k výraznému nárůstu v porodnosti trojčat, u nichž je pravděpodobnost spontánního otěhotnění 1:8100, v případě čtyřčat dokonce 1:729000. Více než dvojčetné těhotenství obvykle bývá výsledkem úspěšné asistované reprodukce; odhaduje se, že 60 % trojčat a 90 % čtyřčat se narodilo jako výsledek léčení poruch plodnosti metodami asistované reprodukce (Vítková Rulíková, 2009).

Z lékařského hlediska je problematika selektivní redukce embryí vyřešena, protože podle odborníků vícečetné těhotenství ženu ohrožuje a v případě, že je počet žijících plodů po úspěšném oplodnění větší než dva, je redukce doporučena. Provést ji lze ovšem jen se souhlasem ženy, protože jde o zákrok, který představuje riziko pro všechny plody. Rozhodování je nesmírně těžké, protože žena, resp. oba rodiče, volí mezi tím, že matka porodí jedno nebo dvě zdravé děti po absolvování redukce vícečetného těhotenství, nebo bude riskovat potrat či předčasný porod tří (čtyř) nezralých dětí.

Skutečně jde o psychicky velmi náročnou situaci, protože po (většinou) dlouhé době léčení neplodnosti a marném těšení se na dítě, přichází dobrá zpráva v podobě potvrzení těhotenství, ale zároveň také informace o vysokém zdravotním riziku mnohočetné gravidity pro matku a doporučení redukce počtu plodů.

Z etického hlediska je situace, když žena čeká více než dva žijící plody problematická. „*Je poněkud absurdní, kam se moderní medicína dostává: léčí neplodnost a v případě 'velkého úspěchu' současně zabíjí*“ (Munzarová, 2000a, s. 50).

Stresovou situaci umocňuje i fakt, že čas na rozhodnutí o ev. redukcii těhotenství je velmi krátký, někdy jen 3–4 dny, protože redukcii lze provést mezi 10.–12. týdnem aplikací injekce jednomu nebo více plodům (Vítková Rulíková, 2009). Embryo nebo embrya jsou v děloze zabita a vstřebají se. Těhotenství ale pokračuje dále a jiné embryo nebo jiná embrya se vyvíjí dál (Munzarová, 2000a).

Pokud rodiče redukcii odmítnou, těhotenství pokračuje dále a v optimálním případě se všechny děti narodí v pořádku. Složitější situace nastane, pokud vysoce riziková gravidita skončí potratem. Pak si rodiče mohou vyčítat, že kdyby souhlasili s redukcí, mohlo těhotenství pokračovat, a oni se konečně mohli dočkat vytouženého dítěte, příp. dvojčat. Nebo se předčasně narodí těžce či dokonce extrémně nezralí novorozenci, jejichž stav je kritický, hrozí více či méně vážný trvalý zdravotní handicap, prognóza je velmi nejistá, nebo některé z dětí, příp. všechny, zemřou. V těchto případech rodiče jistě zvažují, zda bylo správné odmítnout nabízenou redukcii počtu plodů.

Po souhlasu a provedení redukce se však rodiče (zejména matky) často potýkají se závažnými psychickými následky. Trápí je výčitky svědomí ze zabití dítěte (nebo dokonce více dětí), kladou si otázky, jakého pohlaví by toto dítě bylo, jak by vypadalo apod. Je to též určitý druh prenatální ztráty a může vyvolat mnoho negativních emocí jako např. pocit viny, smutek, bolest, zklamání (Vítková Rulíková, 2009).

Lékaři by měli v případě doporučení redukce mnohočetného těhotenství postupovat velice taktně, bez jakéhokoliv nátlaku poskytnout nejlépe oběma rodičům společně co nejvíce informací a plně respektovat jejich konečné rozhodnutí.

6.2.4. Vedení porodu

V současné medicíně se v souvislosti s vedením porodu zvažuje především konflikt zájmu jednotlivce (těhotné ženy) a lékařova rozhodnutí ohledně způsobu ukončení těhotenství. Jde o to, zda má být porod veden spontánně nebo operativně. Některé ženy vyžadují porod císařským řezem kvůli obavám z porodních bolestí, což je ovšem řešitelné včasným informováním rodičky o možnostech účinné analgezie. Žena po spontánním porodu se cítí dobře a může se starat o novorozené dítě mnohem dříve než žena po operativním porodu, který je větší zátěží pro její organismus a pojí se s ním vyšší mateřská mortalita, pooperační morbidita a komplikace v dalším těhotenství.

Na druhou stranu může dojít k odmítnutí císařského řezu rodičkou v situaci, kdy je ohrožen život plodu. Jednotlivec má právo odmítnout léčbu, ale v případě těhotné ženy je to velmi sporné, protože ona rozhoduje nejen o svém životě, ale také o životě plodu (Tošner, 2006).

Štembera (2004) poukazuje na nárůst frekvence operativních porodů v posledních letech a jako možnou příčinu vidí strach porodníka z žaloby a jeho kriminalizace, často v souvislosti s nevyhověním přání rodičky provést císařský řez, došlo-li při vaginálním porodu k nepředvídaným komplikacím.

Celkově je způsob vedení porodu, tak jak je praktikován od doby, kdy se téměř všechny porody přesunuly do porodnic, již dlouho kritizován zastánci tzv. přirozeného porodu. Přesun porodů z domácností do nemocnic změnil tuto přirozenou, osobní, intimní a čistě ženskou záležitost v nemoc, kterou musí řešit lékař. „Technický“, odosobněný přístup k rodičce, medikace, omezení pohybu, nepřirozená poloha rodičky při porodu, nešetrná manipulace s novorozencem a jeho oddělení od matky – to vše bylo prováděno zcela samozřejmě a bez ohledu na přání rodiček a potřeby novorozenců. Takovéto chápání porodního děje však brzy našlo své odpůrce a dočkalo se nekompromisní kritiky.

Mezi první průkopníky myšlenky „přirozeného porodu“ patří Dick-Read, který předpokládal, že bolest během porodu je do značné míry dána strachem z něj a že může být redukována, pokud žena porodnímu procesu porozumí a připraví se na něj jako na přirozenou záležitost. Dick-Read začal propagovat předporodní přípravu žen, která měla

prostřednictvím informací o fyziologii porodu a nácviku relaxace spolu s vybudováním důvěry v lékaře a prostředí nemocnice snížit jejich obavy z porodu a ulehčit jeho průběh.

Stejným směrem se vydal Velvovský, který v roce 1949 přišel s myšlenkou tzv. psychoprophylaktické přípravy k porodu. Šlo o metodu založenou na hypnosugesci a na Pavlovou teorii excitace a útlumu a její autor ji rozpracoval spolu s Platonovem a Nikolajevem. Ve stejné době byla vytvořena Lamazova metoda, která vyzdvihuje rodící ženu jako sebevědomou a kompetentní osobu, která ví, co je pro ni při porodu, jakožto normálním a přirozeným ději, nejlepší, a má právo porodit zvoleným způsobem (Vojta, 1954; Soukupová, 1995; Marek, 2002; Šulová 2004; Křemenová, 2010).

Výše uvedené snahy byly vedeny především s ohledem na rodící ženu, ale postupně se začal více vyzdvihovat i zájem dítěte a ohled na jeho poporodní adaptaci. Leboyer (1995) patří mezi první, kdo zdůrazňoval ohled jak na matku, tak na dítě a na vzájemnou interakci mezi matkou a dítětem. Požadoval úpravu celého prostředí porodního sálu tak, aby bylo co nejšetrnější k novorozenému dítěti (příjemné prostředí co nejvíce podobné prostředí domácímu, tlumené světlo, klid, ticho, teplo a ohleduplná komunikace). Jeho „něžný porod“ má dítěti ulehčit přechod z dělohy (tedy z prvního ekologického prostředí, jak dělohu nazývá Fedor-Freybergh) na svět a umožnit bezprostřední a nerušený kontakt s matkou. První odloučení je krátké a jemné, novorozeně je v blízkosti matky opatrně vykoupáno a opět vráceno do její náruče, aby ho mohla chovat a kojit a jemně se ho dotýkat. Přítomnost otce je samozřejmostí, on je také aktivním účastníkem celého děje a hned po narození dítěte s ním může navázat kontakt (Langmeier, 1991, Leboyer, 1995; Soukupová, 1995).

Odent, Leboyerův žák, je průkopníkem porodů ve vodě, protože tento způsob měl ženám ulevit v porodních bolestech a dítěti usnadnit přechod z intrauterinního prostředí na nové životní podmínky. Odentův přístup popírá povinnost prenatální péče, nenutí např. ženy k pravidelným návštěvám prenatální poradny, odmítá UZ nebo amniocentézu. Přítomnost otce u porodu nevylučuje, ale domnívá se, že je pro ženu vhodnější ženský doprovod. Jeho myšlenka porodu do vody našla své zastánce, kteří vnímali její pozitiva jako Odent, i odpůrce, kteří argumentovali zejména možností infekce u novorozence (Langmeier, 1991; Šulová, 2004).

V našich podmínkách se dostalo odezvy Leboyerovu „něžnému porodu“ v Olomouci, kde začali v r. 1982 vést porody tímto způsobem Marková, Kozerovský a Goldmann. Ve srovnání s konvenčním porodem ho hodnotili velmi kladně a od rodiček měli rovněž velmi pozitivní zpětnou vazbu (Soukupová, 1995).

Odentův způsob porodu u nás byl praktikován na gynekologicko-porodnickém oddělení ve vrchlabské Česko-německé horské nemocnici Krkonoše, která v roce 1996 jako jedna z prvních v Česku umožnila porody do vody a nyní s více než 1100 vodními porody drží české prvenství. Tato nemocnice má zároveň i titul Baby Friendly Hospital (BFHI), který v roce 2001 získala jako v pořadí 19. porodnice v ČR (Česko-německá, 2011; Laktační, 2011a).

V posledních 10–15 letech je patrná snaha akceptovat výše uvedené připomínky a podněty. Mění se prostředí porodních sálů, ženy mohou vyjádřit své přání ohledně porodu (tzv. porodní plán) a je jim ponechána větší kompetence při rozhodování o využití relaxace a trávení první doby porodní (např. balony, vaky, hudba), při volbě porodní polohy apod. Přesto má stále mnoho žen na porod negativní vzpomínky dané především chováním zdravotníků.

6.2.5. Analgezie za porodu

Roztočil et al. (2008) v souvislosti s délkou porodu píše, že v civilizovaných zemích by porod neměl překročit 12 hodin, což ovšem v mnoha případech vyžaduje aplikaci léků, které porodní děj urychlují a ovlivňují.

Základní povinností lékaře je zbavovat těhotnou ženu bolesti a utrpení, přičemž použití metod k potlačení bolesti musí vycházet z momentální situace a rodička musí vyslovit informovaný souhlas s jejich použitím (Tošner, 2006).

6.2.6. Přítomnost partnera nebo jiné osoby u porodu

Zařazení tohoto tématu mezi etické otázky Tošnerem (2006) je překvapující. Domnívala jsem se, že jde o otázku, která je již vyřešena. Roztočil et al. (2008) píše, že role partnera u porodu se po jeho izolaci od porodního děje přeneseného do porodnic začala znovu zdůrazňovat v době „humanizace porodnictví“ ve světě, tedy v 70. letech 20. století.

Zastánci „otce u porodu“ argumentovali pozitivním dopadem přítomnosti blízké osoby na psychiku rodičky, odpůrci varovali před zanesením infekce na porodní sály, konfliktním chováním otců, před nepříznivým působením prostředí porodního sálu na neurovegetativní systém muže a na to, že se tento zážitek negativně odrazí v sexuálním vztahu partnerů. Po určitém období diskuzí (u nás ve druhé polovině 80. a začátkem 90. let) se však konečně připustil význam partnera jako průvodce a ochránce ženy, muži začali provázet své partnerky na porodní sály a oba rodiče mohli být u narození dítěte společně.

Ukázalo se, že většina rodiček hodnotí přítomnost partnera při porodu kladně, protože cítí ve stresové situaci oporu a jistotu. Takto doprovázené ženy lépe zvládají porodní bolesti, vyžadují méně analgetik, porod probíhá rychleji a budoucí otec navíc může být prostředníkem mezi rodičkou a personálem, pokud to žena potřebuje. V současné době dosahuje podle statistik ve vyspělých zemích počet otců přítomných porodu svého dítěte asi 90 %, u nás je to přibližně 50 % mužů.

Co se týče mužů, je kladně hodnocen jejich pocit prospěšnosti partnerce při porodu i časný kontakt s novorozенětem. Ukazuje se též pozitivní dopad společného zážitku při narození dítěte na další soužití partnerů i na rozvoj vztahu dítě-otec. „*Předpokládaná rizika přítomnosti otce u porodu se nepotvrdila. Otcové ani neomdlévají, nechovají se arogantně a nemají po porodu ženy sexuální dysfunkce*“ (Roztočil et al., 2008, s. 153).

Tošner (2006) o přítomnosti partnera u porodu hovoří jako o žádoucí a etické tam, kde to vybavení porodnice dovoluje, přičemž by jeho přítomnost neměla obtěžovat jiné rodičky, omezovat jejich právo na soukromí. Přítomnost jiné osoby (např. matky, sestry, kamarádky) však příliš pozitivně nehodnotí. „*Požadavek, aby partnera u porodu nahradil jiný člen rodiny, i když je to výjimečně možné, nebo osoba bez příbuzenského vztahu k rodičce, ztrácí význam a pozitivní rys společného porodu rodičů.*“ (Tošner, 2006, s. 89).

Pokud je přítomnost otce vnímána tak, že muž podporuje svou ženu během porodu a bezprostředně po něm přebírá odpovědnost za dítě, potom jiná osoba jako doprovod tento záměr neplní. Má-li však doprovázející osoba být oporou matce během dlouhého porodu, pak není důvod, aby partnera nemohla nahradit jiná osoba, ke které má žena důvěru. V posledních letech stále více žen vyhledává pomoc právě takové osoby, která by je porodem provázela. Jedná se o tzv. duly, které rodičím ženám „nabízejí 'náruč', tedy snaží se vytvořit prostředí, které může maminky citově 'podržet' (emotional holding). Dula není ani lékařka, ani sestra, ba ani porodní asistentka. Není vyškolená k tomu, aby činila lékařská rozhodnutí“ (Klaus, Kennell, Klaus, 2004, s. 24–25) a její zasahování do lékařských záležitostí není žádoucí. Poskytuje však matce nepřetržitou a citlivou podporu a do značné míry nahrazuje nedostatek psychické saturace rodičky ze strany zdravotníků.

6.2.7. Separace matky a novorozence

Na negativní dopad časně separace matky od dítěte poukazují již dlouhou dobu odborníci, kteří se zabývají prenatálním vývojem, komunikací mezi matkou a plodem, perinatálním obdobím a ranou interakcí matky a dítěte, resp. obou rodičů a dítěte. Mezi průkopníky těchto myšlenek patří např. Verny, Leboyer, Odent, Chamberlain a další (Marek, 2002).

Oddělení dítěte od matky je nefyziologické a má negativní dopad na rozvíjení jejich vzájemného vztahu, na nástup a ustavení laktace a na možnost, aby matka o své novorozeně pečovala, učila se vnímat jeho signály a citlivě na ně reagovat (Damborská, 1980; Matějček, 1989; Odent, 1995; Soukupová, 1995; Marek, 2002; Šráčková, 2007).

Z tohoto pohledu je logický požadavek neoddělovat matku od dítěte, umožnit jejich společný pobyt a snažit se i v případě zdravotních komplikací jednoho (příp. obou) minimalizovat jejich vzájemnou separaci. Zejména při narození nedonošeného dítěte je žádoucí podporovat co nejčastější kontakt rodičů s dítětem a jakmile je to možné, poskytnout matce podmínky pro pobyt v blízkosti dítěte. Odent (1995) nevidí důvod, proč by se nemohl inkubátor převést k matce na pokoj a proč by ona neměla být hlavním pečovatelem o své nedonošené dítě, které i přes svou nezralost z vzájemného kontaktu maximálně profituje (podle všech údajů se tato možnost ale týká lehce nezralých dětí).

V případě dvojčat (trojčat) by nemělo dojít ani k jejich separaci, naprosto nežádoucí je situace, kdy je např. matka hospitalizována v jedné porodnici a děti převezeny jinam. Ačkoliv se obvykle jedná o převoz ze zdravotní indikace (nejčastěji do perinatologického nebo intermediárního centra), mělo by být samozřejmostí, že je spolu s dětmi převezena do jiného nemocničního zařízení i matka, která tak má možnost kontaktu s dětmi, což je pozitivní jak pro ni, tak pro děti, ale zároveň je vyšší pravděpodobnost, že matka bude děti kojit, pokud si to přeje.

6.2.8. Délka hospitalizace

Tošner (2006) uvádí, že etická je jen taková délka hospitalizace, která je v zájmu pacienta, což je nutné brát v úvahu v případě délky hospitalizace po porodu a u preventivní hospitalizace u vícečetného nebo rizikového těhotenství. Není-li k tomu závažný důvod, je neetické prodlužovat dobu hospitalizace po porodu nad 72 hodin.

V případě předčasného porodu bývá matka propuštěna dříve než dítě, ale měla by jí být nabídnuta možnost zůstat v nemocnici, pokud má zájem. Je třeba zvážit situaci, která často nastává u dvojčat – jedno dítě je v dobrém zdravotním stavu propuštěno spolu s matkou do domácí péče, zatímco druhé dvojče zůstává v nemocnici, jde tedy opět o problematickou separaci matky a dítěte (Matějček, Langmeier, 1986; Matějček, 1989). Z psychologického hlediska se rozhodně jako vhodnější jeví prodloužení hospitalizace matky i prvního dvojčete, aby byla zachována možnost kontaktu matky s oběma dětmi (analogická situace může nastat u trojčat, ev. čtyřčat).

6.2.9. Porod doma

Po druhé světové válce se ve většině vyspělých zemí porody z domácího prostředí přesunuly do porodnic, což vedlo k dosažení výborných perinatálních výsledků (snížení novorozenecké i mateřské úmrtnosti). V osmdesátých letech se začalo volat po humanizaci porodnictví a v některých zemích se porody vrátily opět do domácího prostředí. Argumentem pro tento trend byly především nesporné psychologické výhody známého prostředí, ve kterém se rodička cítí dobře, a může být mezi lidmi, kteří jsou jí nejbližší.

Např. v Holandsku funguje systém domácích porodů velmi dobře, což souvisí s propracovanou sítí a dobrou dostupností nemocničních zařízení, s fungujícím komunikačním systémem a s vysokou profesionální úrovní vysokoškolsky vzdělaných porodních asistentek, které mají s fyziologickými porody v domácnosti velkou praxi. „Rodičí tým“ je navíc v nepřetržitém kontaktu s mobilní skupinou porodnické rychlé pomoci, který může v případě jakýchkoliv komplikací převést rodičku do nejbližšího zdravotnického zařízení (Roztočil et al., 2008).

Takový systém ale v našich podmínkách není zavedený a zdravotníci proti porodům doma razantně protestují: „... *jediné, co striktně nelze doporučit, je vedení porodu doma*“ (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 105). Argumentují tím, že technické a materiální vybavení porodních sálů nelze přenést do domácností a že v případě rozvinutí porodní patologie je v porodnici kvalifikovaný personál schopný okamžitě zasáhnout, zatímco odborná erudice porodním asistentkám, které chodí k domácím porodům, chybí. Obávají se rovněž zhoršení perinatálních statistických ukazatelů (mateřské i novorozenecké mortality a morbidity). Přesto se určitý počet porodních asistentek porodům doma věnuje, protože jsou ženy, které tuto alternativu porodu volí. Často jde o ženy, které již mají (většinou negativní) zkušenost s nemocničním porodem, a proto se rozhodnou, že příště porodí doma.

V souvislosti s touto problematikou je třeba objasnit pojem „postup lege artis“: „*Postup lege artis je postup při poskytování zdravotní péče, který splňuje požadované podmínky, tj. takový preventivní diagnostický či léčebný postup, který je zejména v souladu se současnými dostupnými poznatky vědy; někteří pak ještě doplňují v souladu se současnou praxí. Postup lege artis se doslovně překládá „podle pravidel umění“, jiní uvádějí „zákonným způsobem“ nebo „podle zákona“. Nejedná se však o konkrétní právní předpis*“ (Vondráček, Kurzová, 2002, s. 76).

Povinnost postupovat *lege artis* vyjadřuje § 11 Zákona č. 20/1966 Sb. Zde se praví, že *”zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení ... v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy”* (Tošner, 2006, s. 83). Úroveň současných dostupných poznatků lékařské vědy přitom formulují různá doporučení České lékařské společnosti JEP a ČGPS, za současné poznatky lékařské vědy jsou považovány texty v učebnicích, monografiích, referáty v uznávaných časopisech. V případě sporu, zda lékař postupoval *lege artis*, rozhodne soud na základě posudku soudního znalce. Může existovat i více alternativních postupů, které jsou *lege artis*.

Česká gynekologická a porodnická společnost zaujala k vedení plánovaných porodů v domácnosti negativní stanovisko. V případě úmyslného porodu mimo zdravotnické zařízení se vyjádřila tak, že se jedná o postup non lege artis, protože je riskantní pro matku i dítě, a sporný i z hlediska právního, protože matka rozhoduje o ohrožení dítěte, které o vlastní vůli jinak rozhodnout nemůže (Tošner, 2006, s. 89; Roztočil et al., 2008, s. 155).

Sekce perinatální medicíny se rovněž staví k porodům doma jednoznačně zamítavě, protože *„i za přítomnosti porodní asistentky je tento způsob vedení porodu nepřijatelný, protože vždy může dojít k akutní komplikaci ohrožující život nejen plodu, ale i matky, což současně může vést k nárůstu jak perinatální, tak mateřské úmrtnosti. ... Pokud by došlo ke škodě na zdraví dítěte nebo rodičky, nesou osoby, které při porodu pomáhaly, odpovědnost nejen občansko-právní, ale i trestní“* (Štembera, 2004, s. 335).

„Výbor České neonatologické společnosti konstatuje, že – jako již několikrát v minulosti – odmítá snahy některých profesních skupin porodních asistentek o rozšíření mimoústavní porodnické péče, zejména pak o porody doma. V České republice rodí v domácím prostředí za asistentky či bez ní asi 0,2–0,3 % žen, což představuje několik set porodů ročně. V zemích EU se počet porodů mimo porodnice pohybuje v řádech několika málo procent a toto číslo se nezvyšuje.

ILCOR (International Liaison Committee of Resuscitation) ve svých doporučeních z roku 2005 konstatuje, že u 8–10 % dětí lze po porodu očekávat poruchy poporodní adaptace, asi 3–4 % dětí vyžadují bezprostředně po porodu resuscitační péči. Proto doporučuje, aby personál a přístrojové vybavení pro komplexní kardiopulmonální resuscitaci novorozence bylo dostupné u každého porodu.

Žádné dosud známé zkušenosti a publikované práce, týkající se porodů v domácím prostředí, nepopírají skutečnost, že i nekomplikovaný průběh těhotenství neznamena bezproblémový porod a náhle vzniklá a nijak nepředvídatelná situace znamená akutní ohrožení zdraví a života jak dítěte, tak matky. I při sebelepším zajištění porodu v domácnosti může být transport rodičky a dítěte do porodnice komplikovaný a znamenat významné riziko pro matku a novorozence.

Výbor ČNeoSpol vyjadřuje přesvědčení, že v současné době lze zajistit kvalitní a požadavky rodičky respektující porodnickou a neonatologickou péči v naprosté většině českých porodnic. Současně je zřejmé, že ústavní porod umožňuje okamžitou intervenci porodnickou a pediatrickou a umožní reagovat na neočekávané a náhle vzniklé patologické situace v průběhu porodu a po něm“ (Stanovisko, 2007b, s. 43).

6.2.10. Porod do vody

Česká gynekologická společnost porod do vody akceptovala v roce 1999 a stanovila podmínky, za jakých je možné porod ve vodě připustit. Patří k nim požadavek podpisu rodičů pod informovaný souhlas s porodem do vody, který by měl obsahovat seznam možných rizik, jako např. zvýšené riziko bakteriální infekce; zvýšené riziko krvácení po porodu plodu pro zvýšenou teplotu a riziko podcenění krvácení rodičky umístěné ve vaně – chybný odhad krevní ztráty; tlačení v poloze na zádech, protože v podřepu nebo ve stoje je ve vaně nebezpečné kvůli možnému uklouznutí; vytažení rodičky z vody a přesun na porodní lůžko je komplikovaný, prodlužuje dobu k provedení život zachraňující operace; omezený přístup porodníka k plodu (Černá, 2008).

Sekce perinatální medicíny na základě zkušeností s tímto typem porodu došla k závěru, že nebyl prokázán jednoznačný poštovní ani negativní vliv na novorozence. Výbor Sekce přijal metodická opatření k provádění této metody rovněž se zdůrazněním, že tento způsob porodu lze praktikovat pouze na základě přání ženy s jejím podpisem, že byla poučena o rizicích (Čepický, 2004; Štembera, 2004).

6.2.11. Diskrétní a utajovaný (anonymní) porod

Vyžaduje-li těhotná žena z jakýchkoliv důvodů v souvislosti s porodem a narozením dítěte utajení této události, může využít možnosti tzv. diskrétního porodu. Znamená to, že porod proběhne v porodnici vzdálené od místa bydliště matky a novorozenec je v této porodnici ponechán a pak předán do náhradní péče. Osobní údaje matky jsou však součástí porodní dokumentace a účtů pro zdravotní pojišťovnu (Kümmel, Janků, 2007).

Vyšší stupeň ochrany osobních údajů ženy poskytuje možnost tzv. utajovaného (anonymního) porodu, kdy matka může „*písemně požádat o utajení své osoby v souvislosti s porodem* Podmínkou pro vyhovění takové žádosti je trvalý pobyt ženy na území ČR. Musí se také jednat o ženu, jejímuž manželů nesvědčí domněnka otcovství, tedy o svobodnou, nebo rozvedenou“ ((Kümmel, Janků, 2007, s. 175).

„Zákon č. 422/2004 Sb., umožňuje těhotné porodit anonymně pod krycím jménem s tím, že jméno rodičů nebude uvedeno ani v matrice. Právní odpovědnost matky za dítě však zůstává zachována až do doby osvojení dítěte. Skutečné údaje o matce ukládá zdravotnické zařízení zapečetěné a může být odtajněno jen dle rozhodnutí soudu. Realizaci zákona provází nejasnosti při vykazování pro pojišťovny a identifikaci matky podle rodného čísla. Řeší se problém tzv. baby boxů“ (Tošner, 2006, s. 89).

Cílem tohoto typu porodu nebo variant odložení novorozence (adopce, babybox, anonymní předání novorozence Fondu ohrožených dětí) je prevence kriminálních činů (vraždy novorozenců). Přesto tyto možnosti vyvolávají mnoho právních a etických otázek spojených s identitou takto narozeného nebo odloženého dítěte a je zde vysoká míra rizika zneužití.

6.2.12. Babyboxy v ČR

Propagátorem babyboxů pro odložené děti v ČR je Ludvík Hess, zakladatel projektu Babybox – Statim (což znamená ve zdravotnictví „ihned, okamžitě“). „*Babybox pro odložené děti chce pomáhat dětem, ale i rodičům a matkám, které se v tísnivé situaci nedokážou postarat o novorozence. Odložení dítěte do babyboxu není trestné a je zcela*

anonymní. Vyhrívané a ventilované babyboxy jsou opatřené mnohonásobně jištěnou signalizací. Děťátku se dostane veškeré zdravotní péče a sociální pomoci. Náš program je jasný a zřetelný. Máme jediné přání. Aby již nikdy nebylo nalezeno mrtvé tělíčko!“ (Babybox, 2010a).

První babybox uveden do provozu dne 1. 6. 2005 v GynCentru v Praze 9, Hloubětínská 3. Zatím poslední babybox byl otevřen dne 8. 3. 2011 v Plzni na Poliklinice Denisovo nábřeží a cílem projektu je instalování 70 babyboxů po celé ČR. K datu 14. 3. 2011 bylo nainstalováno celkem 43 těchto schránek a zatím v nich bylo nalezeno 43 dětí, z toho 27 děvčátek a 17 chlapců (Babybox, 2010b; Hess, 2011a; Hess, 2011b).

Česká neonatologická společnost se ovšem k budování babyboxů staví odmítavě a argumentuje následujícím:

„1. Situace žen s nechtěným těhotenstvím:

- 1. Utajené porody – porodnická pracoviště v ČR jsou připravena poskytnout rodičkám přiměřenou diskrétnost v souvislosti s porodem při zachování bezpečnosti odborně vedeného porodu ve zdravotnickém zařízení.*
- 2. Ochrana rodičky v šestinedělí – současná legislativa dává rodiče šest týdnů lhůtu na potvrzení jejího rozhodnutí vzdát se dítěte. Během této lhůty si žena může rozmyslet své původní rozhodnutí vzdát se dítěte a vzít si jej zpátky.*
- 3. Postoje současné společnosti ke svobodným matkám a jejich dětem jsou zcela benevolentní a podporující. Schránky na odložené děti měly opodstatnění v daleké minulosti, kdy těhotenství svobodné ženy bylo v tehdejší společnosti považováno za neprominentný prohřešek, a děti z těchto těhotenství byly bastardy na okraji společnosti.*
- 4. Zahraniční zkušenosti ukazují, že existence babyboxů nesnížila počet zabíjených novorozenců, protože jde o jiný typ žen, které jednájí v duševní krizi, v afektu a zkratkovitě.*

2. Situace dítěte odloženého do babyboxu:

- 1. Odložení novorozence do schránky je dle platné legislativy trestný čin opuštění dítěte.*
- 2. Zákon o rodině nezná institut nalezeného dítěte. Stanoví, že matkou je žena, která dítě porodila. Dítě odložené do schránky má tedy matku, která se o ně může kdykoliv přihlásit, a proto nelze čekat, že by se situace odloženého dítěte mohla rychle vyřešit např. adoptí. A jestliže se přesto podaří dítě umístit v náhradní rodině, biologická matka si po letech pro něj může přijít, protože nikdy přece nedala souhlas k osvojení.*
- 3. Existence schránek na děti dále snižuje odpovědnost rodičů ke svým dětem.*
- 4. Dítě odložené do schránky je zcela bez anamnézy, což je problém medicínský, právní a etický. Je tím porušen článek 7 Úmluvy o právech dítěte, který stanovuje právo dítěte znát svůj původ, právo dítěte na péči svých rodičů i právo dítěte být kojeno.*
- 5. Tajný porod v nevyhovujícím prostředí bez odborné pomoci je pro dítě rizikový hlediska poškození nebo dokonce úmrtí.*

6. *Dítě nemá rodné číslo, tedy ani zdravotní pojištění. Není jasné, kdo uhradí zdravotní péči. Nelze zabránit účelovému odložení nemocného dítěte cizinců, dítěte s vrozenou vadou apod.*“ (Stanovisko, 2007a, s. 41).

Na základě uvedených podkladů považuje ČNeoS možnost odložit nechtěné dítě do babyboxu za nehumánní, protože tato možnost snižuje důstojnost dětí na úroveň věcí. *„ČNeoS po zvážení uvedených skutečností dospěla k názoru, že babyboxy jsou v rozporu se zájmy novorozencům, a proto vytváření babyboxů odmítá“* (Stanovisko, 2007a, s. 41). Podle ČNeoS je nutné soustavné zvyšování odpovědnosti budoucích rodičů k jejich budoucím potomkům, podpora plánovaného rodičovství a podpora vytváření pozitivní vazby těhotné ženy k nenarozenému dítěti (Stanovisko, 2007a).

„Odborná Společnost sociální pediatrie ČLS JEP spolu s Českou pediatrickou společností a dalšími odborníky z oblasti pediatrie, psychologie i práva, zastává odmítavý postoj k babyboxům zejména proto, že tyto aktivity jdou zcela proti zájmu a prospěchu dítěte“ (Schneiberg, 2006, s. 20). Argumentem z právní oblasti je porušování Úmluvy o právech dítěte, protože dítě má být zaregistrováno hned po narození a má právo na jméno a příjmení, právo znát své rodiče a má právo na jejich péči. Dítě odložené do babyboxu má matku a někdy i otce a ti se k němu mohou kdykoliv přihlásit. *„Podpora babyboxů je tak pouze podporou dalšího nezodpovědného chování matky, která se zcela snadno může zbavit dítěte, což je zcela jistě proti duchu podpory odpovědnosti každého, podpory rodiny apod.“* (Schneiberg, 2006, s. 20).

Jako diskutabilní se ve vztahu k možnosti odložit dítě do babyboxu jeví souhlas nebo nesouhlas biologického otce, možnost „zbavit se“ staršího dítěte nebo dítěte mrtvého, nemocného či postiženého. Takto může být odloženo i dítě cizinců, kteří nemají zdravotní pojištění a řeší tak finanční tíseň, do které by se mohli hospitalizací dítěte dostat. Může nastat i situace, kdy cizí státní příslušníci přivezou do ČR nemocné dítě, odloží je do babyboxu, nechají zdarma vyléčit, a pak se k němu přihlásí, na což mají jako rodiče právo (Novotný, Kovalčíková, 2006; Řežábek, 2006; Slaný, 2006).

Citovaní odborníci vesměs poukazují na to, že primární cíl, tedy zabránění vraždám novorozeňat, babyboxy nenaplnují, protože počet nalezených zabitých dětí se ani v ČR, ani v zahraničí nezměnil.

6.2.13. Problematika matek kuřaček, alkoholiček a drogově závislých matek

„Etické zásady předpokládají, že rodiče přistoupí k těhotenství odpovědně, že zplodí dítě v době, kdy budou schopni se o ně sami postarat, že budou o ještě nenarozené dítě pečovat prostřednictvím dodržování správné životosprávy. Ke správné životosprávě patří i pravidelná kontrola u lékaře“ (Tošner, 2006, s. 90).

Chování žen závislých na nikotinu, alkoholu či drogách je v přímém rozporu s předpokládaným etickým a odpovědným přístupem k plánování rodiny, těhotenství a nenarozenému dítěti. Problematika užívání návykových látek je velmi závažná jak zdravotně, tak eticky, protože není pochyb o tom, že jde o látky zdraví škodlivé. Pokud je ovšem užívá těhotná žena, jednoznačně poškozuje (a není třeba polemizovat, zda vědomě nebo nevědomě) zdraví plodu, ohrožuje jeho vývoj a v určitých případech i jeho život. Počet takto postižených dětí bohužel v posledních letech roste.

V těchto eticky sporných případech je evidentní rozpor mezi zájmem matky a prospěchem plodu. Možnost nutit budoucí drogově závislou matku k abstinenci a léčbě je obtížné, lékař může ženu o rizikovosti jejího konání pouze informovat, ale nikdo ji nemůže trestat. V České republice není zákon, podle kterého by mohla být stíhána. Zdravotníci nemají jinou možnost, než se snažit ženu přesvědčit o negativním dopadu jejího jednání. Jak píše Roztočil et al. (2008), „silové řešení“ tato situace nemá.

Kouření

Jednoznačně nejrozšířenější závislostí u českých těhotných je kouření, a ačkoliv nejsou k dispozici přesné statistiky, odhaduje se, že až 1/5 žen v průběhu těhotenství a laktace kouří. Tím se vystavuje riziku spontánního potratu, intrauterinního úmrtí plodu a syndromu mrtvého plodu nebo předčasného porodu. Plod je vystavován přechodné hypoxii, která v závislosti na počtu vykouřených cigaret a placentárních změnách přechází v hypoxii chronickou (Binder, Vavřínková, 2006).

Je dokázáno, že děti kuřaček mají nižší porodní hmotnost, dochází u nich k fetální růstové retardaci (tzv. fetální tabákový syndrom), častěji se u nich vyskytují potíže spojené s lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchy soustředění, horší prospěch ve škole, poruchy chování. Děti kuřaček jsou ohroženější syndromem náhlého úmrtí novorozence více než děti nekuřaček (Rudolfová, 2004; Vacek, 2006; Hrubá, 2007).

Nikotin prostupuje do mateřského mléka, proto je kouření kojící matky nežádoucí. V souvislosti se škodlivým vlivem kouření je třeba zdůraznit i negativní vliv pasivního kouření na těhotnou ženu i na plod (Schneiderová, et al., 2006). Gregora a Zákostecká (2009) připouštějí maximálně pět cigaret denně, pokud se jich kojící matka není schopná vzdát úplně. Žena by měla kouřit vždy až po kojení a zásadně mimo místnost, kde je dítě.

Weiser et al. (2009) poukazují na výsledky studie, podle které kouření negativně ovlivňuje zahájení a trvání laktace a kojení dítěte. Matky-kuřačky dětí narozených před termínem měly menší množství mateřského mléka a jejich MM obsahovalo méně tuku než MM matek-nekuřaček. Matky-kuřačky významně častěji nekojí nebo kojí kratší dobu svoje děti než matky-nekuřačky, protože nikotin snižuje sekreci hormonu prolaktinu, který je důležitý pro tvorbu mléka.

Kofein

Kofein patří mezi běžně dostupné látky a jeho účinky na lidský organismus jsou často předmětem zkoumání, ale nebylo prokázáno negativní působení na plod. Pokusy na zvířatech škodlivost potvrdily, ale aplikované dávky byly mnohem vyšší, než jaké člověk běžně v kávě, čaji nebo kofeinových nápojích přijímá. V současnosti převládá názor, že běžné dávky kofeinu neohrožují průběh těhotenství ani vývoj plodu (Rudolfová, 2004).

Alkohol

Nárůst uživatelů alkoholu souvisí s tím, že užívání alkoholu je v České republice legální, jeho dostupnost je velice snadná a postoj společnosti k alkoholu je více než tolerantní. Požití alkoholu v těhotenství nemá v případě jednorázové nebo občasné konzumace malého množství na plod prokazatelný účinek.

Pokud žena pije alkohol dlouhodobě a po celou dobu těhotenství, je nebezpečí pro plod prokázané. Alkohol je klasický teratogen téměř po celou dobu gravidity a jeho následky zahrnují jak spontánní potraty, předčasné porody (u kterých paradoxně působí jako prevence děložních kontrakcí, které jsou vlivem alkoholu inhibovány, čímž lze předčasný porod oddálit), vrozené vady (Rudolfová, 2004).

U dětí alkoholiček byl popsán fetální alkoholový syndrom (FAS), který se projevuje celou řadou typických malformací: krátké oční štěrby, odstávající uši, anomálie ledvin, poruchy CNS, snížené IQ, nízká porodní váha, zpomalený růst nitroděložně i postnatálně, poruchy učení a chování. Krátce po porodu se u novorozenců vystavených vlivu alkoholu objevují záškuby, pocení, hyperaktivita, nezáměr o přijímání potravy, neklidně spí. Alkohol užívaný během gravidity je nejčastější příčinou mentální a psychomotorické retardace (Binder, Vavřínková, 2006).

Drogy

Závislost na psychoaktivních látkách je v současnosti jedním ze závažných celospolečenských problémů, protože v dnešní době jsou drogy dostupné prakticky všem. Počet drogově závislých roste a zároveň se snižuje věková hranice, kdy se jedinec s drogou setkává a poprvé s ní experimentuje (Rudolfová, 2004).

„S rostoucím počtem žen, které užívají psychoaktivní látky, se zvyšuje i počet žen, které tyto látky užívají v průběhu těhotenství. Následně pak roste i počet dětí narozených z těchto rizikových těhotenství. ... Pokud těhotná žena užije drogu, část se zpracovává v těle ženy a část se skrze placentu dostává do plodu. Koncentrace drogy v krevním oběhu plodu je nižší než v oběhu matky, ale je přímo závislá na hladině drogy v krvi matky“ (Rudolfová, 2004, s. 38).

Výše zmíněná fakta mají za následek vyšší počet drogově závislých i mezi těhotnými ženami a matkami a několik posledních let ukázalo zvyšující se počet novorozenců, kteří se rodí drogově závislým matkám. Rudolfová (2004) poukazuje na to, že na droze závislá těhotná žena ohrožuje dítě na třech spolu úzce souvisejících úrovních:

- biologická úroveň (vliv psychoaktivní látky, špatná výživa)
- psychologická úroveň (závislá matka se změněným hodnotovým žebříčkem, ztížené vytvoření mateřského pouta k dítěti, narušená raná interakce)
- sociální úroveň (přes 60 % závislých těhotných je nezaměstnaných, 65 % svobodných, často žijí v disharmonickém, nefunkčním manželství, partner bývá také závislý na drogách, bezdomovectví, celkový životní styl).

Ženy užívající drogy mají v důsledku své závislosti velmi často narušený menstruační cyklus a jejich těhotenství je zpravidla neplánované a nechtěné. Je pro ně typický rizikový životní styl – prostituce, promiskuitní chování, krádeže, nedostatečná hygiena, nezaměstnanost, bezdomovectví a obvykle i špatná výživa. Užívání drog mění hodnotový systém člověka natolik, že pro těhotnou narkomanku je prioritní opatření si a užití drogy a to se nemění ani v době gravidity. Dělení drog a jejich účinek na plod, resp. na novorozence uvádějí velmi podrobně Binder a Vavřínková (2006).

Drogově závislá matka většinou není schopná (nebo ochotná) se o dítě starat a péči přebírá stát nebo širší rodina. Novorozenci matek toxikomanek bývají umisťované do kojeneckých ústavů, příp. do náhradní rodinné péče (asi 50 % těchto dětí). U 13 % těchto dětí přebírá péči někdo z příbuzných. Přibližně 37 % dětí zůstává s matkou, která se dítěte nechce vzdát, a často vnímá jeho narození jako impuls pro abstinenci nebo léčbu. Většina žen však svoji drogovou minulost tají, a pokud se podaří získat anamnestické údaje, bývají nepřesné a zkreslené (Rudolfová, 2004).

Raná interakce mezi dítětem a drogově závislou matkou je velmi problematická a vazba, která se od prvních chvil po narození dítěte vytváří mezi ním a pečující osobou, bývá často značně narušená, což má negativní vliv na další psychický vývoj jedince.

Typy vazeb:

1. vazba „jistá“ – rodič je dítěti k dispozici, jeho reakce jsou adekvátní situaci a potřebám dítěte. Dítě se v péči matky, která ho láskyplně ochraňuje, cítí jistě, a to mu umožňuje bezpečné vzdalování se od matky a aktivní exploraci. Matka se v této vazbě cítí dobře, je jistá a spokojená, protože je odměňována pozitivními zpětnými vazbami dítěte, jeho prosperitou, nebojácností, osobním růstem a projevy lásky při návratech z průzkumných cest.
2. vazba „nejistá/úzkostná, vzdorující“ – dítě nemá jistotu v rodičovské odpovědi na jeho potřeby a v dostupnost jejich péče. Není si jisté, jestli rodič odpoví na jeho signály, jestli mu v případě potřeby pomůže. Dítě je stále úzkostné, bojí se separace, drží se v blízkosti rodičů, bojí se explodovat prostředí, má strach o svou bezpečnost a bojí se ztráty rodičů. Tato vazba se vyvine v situacích, kdy je matka v určitých situacích schopna adekvátní reakce, je dítěti k dispozici a náhle tomu tak není.

Může být fyzicky přítomná, ale nereaguje adekvátně na potřeby dítěte (např. v opilosti, v depresi, při únavě apod.).

3. vazba „nejistá/úzkostná, vyhýbavá“ – dítě nemá absolutně žádnou důvěru v rodičovskou odpověď a péči v případě, že ji bude potřebovat. Očekává spíše odmítnutí, odstrčení případně nezám. Dítě je zvyklé žít bez lásky a podpory dospělé osoby, protože rodič dítě při každé snaze o přiblížení odežene, odmítne. (Šulová 2004).

Je zřejmé, že v případě dětí a drogově závislých matek nebo matek-alkoholiček k navázání prvního typu sociální vazby, tedy vazby jisté, obvykle nedochází. V jejich vztazích půjde ve vztahu ke stupni závislosti matky na návykové látky s vysokou pravděpodobností o vazbu nejistou/úzkostnou a vyhýbavou, v lepším případě vzdorující, což pro psychický a sociální vývoj dítěte není příznivé.

Závěrem k této podkapitole lze říci, vysoký podíl na užívání jakýchkoliv psychotropních látek (tedy látek, které nějakým způsobem ovlivňují naše prožívání okolní reality, působí na psychiku a mohou vyvolat závislost) má jejich dostupnost v naší společnosti. Jedná se zejména o širokou nabídku a volný prodej tabákových výrobků, alkoholu (pivo, víno, destiláty) a léků, ale není obtížné ani opatření drogy. *„Úplná a naprostá abstinence od jakékoliv psychotropní látky, tj. zásadní a trvalé odmítání čaje, kávy, tabákových výrobků či alkoholu v jakékoliv podobě a při jakékoliv příležitosti, je v naší společnosti spíše výjimkou – a to navíc výjimkou mnohdy nepříznivě posuzovanou“* (Nožina, 1997, s. 9–10).

V těhotenství je ovšem situace jiná a žena, která je na některé z uváděných látek závislá, se snaží její užívání utajit, protože přiznáním závislosti riskuje kritiku, odsuzující přístup a ztrátu rodinného zázemí. Z etického hlediska však je užívání návykových látek těhotnými skutečně odsouzeníhodné, protože jde o vysoce rizikové chování ohrožující zdravý růst a vývoj plodu. Navíc je třeba si uvědomit, že závislost ženy celkově ohrožuje celou rodinu a její fungování. Z hlediska právního lze mluvit o porušování práva dítěte na zdraví, a tudíž se de facto jedná o trestný čin, protože dítě je k užívání a závislosti na droze nedobrovolně nuceno (Heller, 1996a,b; Rudolfová, 2004).

„U žen je právě s ohledem na rodinu velmi důležitá včasná diagnostika závislosti s následnou léčbou ambulantní a ústavní. ... Neléčená či nedostatečně léčená ženská závislost má závažnější důsledky než závislost u mužů, včasná a kvalitní léčba však přináší lepší a trvalejší výsledky než léčba mužů“ (Heller, 1996a, s. 29).

Nastávající mateřství se může stát jedním z motivů, proč se užívání návykových látek vzdát. Pokud žena získá náhled na svou situaci, závislost a nutnost léčby, může jí těhotenství a narození dítěte pomoci na cestě k abstinenci a k tomu, aby začala fungovat v roli matky.

Výzkumná část

7. Východiska pro výzkumnou část

7.1. Cíl výzkumu, úkoly pro výzkumnou část

Vzhledem k charakteru této práce půjde o kvalitativní typ výzkumu, který bude založen na přímém pozorování a sběru dat psychologickými metodami, s cílem nalézt odpovědi na následující úkoly:

1. Zjistit, jak ženy prožívají předčasný porod a jak se vyrovnávají s faktem, že se jejich dítě narodilo předčasně a je nedonošené.
2. Zjistit, jak se mění pocity těchto žen v určitém časovém rozpětí (bezprostředně po předčasném porodu, měsíc po porodu, těsně před propuštěním dítěte do domácí péče).
3. Zjistit potřebu a možnosti psychologické intervence u těchto matek.
4. Zmapovat, jak matky nedonošených dětí vnímají chování a prožívání svého manžela nebo partnera (otce dítěte) a srovnat tyto údaje s údaji získanými od otců těchto předčasně narozených dětí.
5. Doplnit práci o vhodný kazuistický materiál.

8. Metodologie

8.1. Popis jednotlivých metod

Pro splnění vytčených úkolů jsem použila následující metody:

1. Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami pro matky nedonošených dětí
2. Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami pro otce nedonošených dětí
3. Pozorování interakce/komunikace rodiče-dítě, rodiče-zdravotníci

8.1.1. Strukturovaný rozhovor s otázkami pro matky nedonošených dětí

Strukturovaný rozhovor pro matky (SR-M) jsem vytvořila na základě vytyčených úkolů a cílů disertační práce. Při výběru otázek jsem se rozhodla odpovědi respondentek nijak neomezovat, proto jsem volila většinou otevřené otázky, i když jsem si uvědomovala náročnost zpracování získaných odpovědí. Rozhovor jsem strukturovala do následujících celků:

1. Údaje o matce
2. Údaje o otci
3. Předchozí těhotenství
4. Toto těhotenství
5. Začátek porodu
6. Porod
7. Zdravotní stav matky po porodu
8. Dítě
9. První kontakt s dítětem
10. Informace o zdravotním stavu dítěte (průběžné)
11. Kontakt s dítětem
12. Zhodnocení období od narození dítěte do 1. měsíce věku dítěte
13. Zhodnocení celého období od porodu do propuštění dítěte domů
14. Nejhezčí životní události
15. Náročné životní události
16. Další poznámky

Ad 1) Údaje o matce – první skupina otázek k získání kontaktních a identifikačních údajů, jako je jméno a příjmení matky, adresa a telefon, příp. e-mailová adresa, dále jsem se ptala na věk, vzdělání a zaměstnání, zdravotní stav a zapsala si datum a místo rozhovoru.

Ad 2) Údaje o otci – druhá skupina otázek určená k získání údajů o otci dítěte – jeho jméno a příjmení, věk, vzdělání, zaměstnání a zdravotní stav.

Ad 3) Předchozí těhotenství – třetí skupina otázek, která se týká pořadí tohoto těhotenství a pokud nejde o první graviditu, tak také průběhu gravidit předchozích.

Ad 4) Toto těhotenství – čtvrtá skupina otázek úzce souvisí s předchozí a cílem je zjistit plánovanost této gravidity (pokud nebyla plánovaná, tak její přijetí matkou i otcem), pravidelnost prohlídek v prenatalní poradně a průběh gravidity. Zajímá mě, zda byla budoucí matka nemocná, a pokud ano, tak v kterém období těhotenství, jestli užívala nějaké léky (předepsané lékařem nebo volně prodejně) nebo zda musela být někdy dokonce hospitalizovaná (z jakého důvodu, kdo hospitalizaci doporučil, kde a na jak dlouho). Mezi tyto otázky jsem zahrнула i dotaz týkající se přípravy k porodu (kurz v porodnici, cvičení nebo plavání pro těhotné apod.).

Cílem výše uvedených skupin otázek je nejen získání údajů, ale také navázání kontaktu a získání důvěry oslovené matky, což považuji za důležité a potřebné k získání odpovědí na další dotazy.

Ad 5) Začátek porodu – skupina otázek, která se týká informací o prvních momentech, kdy žena zjistila, že „něco není v pořádku“, telefonovala do porodnice nebo jela k lékaři. Jde mi nejen o zjištění prvních objektivních signálů, že se pravděpodobně jedná o předčasný porod, ale především o emoce, které ženy v těchto chvílích pociťovaly, jak se chovaly, ke komu se obracely s žádostí o odvoz nebo kdo je doprovázel. Za důležité považuji chování a jednání lékařů a sester po příjezdu ženy do zdravotnického zařízení a při příjmu, resp. to, jak jejich chování matka vnímala a jak na ni působilo.

Ad 6) Porod – skupina otázek, která logicky navazuje na skupinu odchozí, i když některé otázky a položky nebude možné vyplnit, neboť většina předčasných porodů probíhá operativně a ženy jsou v celkové anestezii, což ovlivňuje celé vnímání porodu stejně jako jejich stav po porodu.

Ad 7) Zdravotní stav matky po porodu – otázky zaměřené na objektivní i subjektivní stav po porodu, délku hospitalizace na oddělení šestinedělí, na začátek laktace a především na pocity matek v prvních dnech po předčasném porodu.

Ad 8) Dítě – osmá skupina otázek je zaměřená na získání údajů o nedonošeném novorozenci. Kromě jména, příjmení a data narození je zásadním údajem gestační věk novorozence, porodní hmotnost a délka dítěte, poporodní adaptace (Apgar scóre) a ev. komplikace, ke kterým došlo během těhotenství a zejména při porodu. Důležitá je zdravotní péče o dítě a jeho umístění v systému perinatologické péče (RES, JIP, intermediární oddělení – dle možností a systému jednotlivých porodnic). Další položky se týkají mj. výživy dítěte a zdravotní prognózy (i když si uvědomuji, že v případě nedonošených novorozenců jsou prognózy lékařů velmi opatrné a v prvních dnech po porodu je obtížné odhadovat, jak bude probíhat tělesný a duševní vývoj dítěte).

Ad 9) První kontakt matky s dítětem – pro ranou interakci matky a dítěte je jejich první kontakt nesmírně důležitý a měl by proběhnout co nejdříve, nejlépe bezprostředně po narození dítěte. Při operativních porodech a při narození nedonošeného novorozence je kontakt matky s dítětem velmi silně narušen nejen posunutím doby, kdy žena své dítě poprvé vidí, ale i tím, jak toto setkání proběhne. Proto mě zajímá, kdy oslovené matky svoje dítě poprvé viděly, jak jejich setkání vypadalo, kdo byl v tu chvíli matce oporou, kdo ji informoval o stavu dítěte, jak matka tyto informace vnímala a jaké emoce během první návštěvy u svého dítěte pociťovala.

Ad 10) Informace o zdravotním stavu dítěte – tuto skupinu otázek považuji za důležitou, protože vzhledem ke stavu dítěte a emocím, které jeho předčasné narození provázejí, je dostatek relevantních a citlivě sdělovaných informací pro oba rodiče velmi potřebný. Za vhodné považuji informování obou rodičů společně, zejména jsou-li podávané informace nepříznivé. Důležité je, aby se rodiče cítili informovaní průběžně a nebáli se lékařů nebo sester zeptat, pokud něčemu nerozumí nebo je cokoliv zajímá,

což je otázka dobrého vztahu a důvěry ke zdravotníkům. Do této skupiny otázek zahrnuji také dotaz týkající se nabídky psychologické péče o matku poté, co se její dítě narodilo předčasně. Zajímá mě, zda by ženy takovou možnost uvítaly a využily a zda některým takováto nabídka a pomoc chyběla.

Ad 11) Kontakt s dítětem – kromě dostatku adekvátních a srozumitelných informací je pro rodiče a ranou interakci s dítětem velmi důležitý jejich kontakt. Měl by být co nejčastější, pokud to stav dítěte i matky dovolí. Otázkami z této skupiny bych ráda zjistila, jak vypadá kontakt matek s předčasně narozeným dítětem a jak ženy čas strávený u svého dítěte prožívají, co cítí a kdo je jim v těchto chvílích oporou, či pomoc potřebují a oceňují. Zajímá mě zapojení rodičů do péče o dítě a jako zásadní vidím podporu lékařů a sester, kteří mohou rodiče při kontaktu s dítětem povzbudit a pomoci jim, pokud se cítí při manipulaci s dítětem nejistí nebo se bojí, aby mu neublížili.

Ad 12) Zhodnocení období od narození do 1. měsíce věku dítěte – mnoho nezralých dětí stráví v porodnici čas delší než jeden měsíc, ale vymezila jsem toto období, abych zjistila, jak první týdny po předčasném porodu ženy prožívají a jak uvedené období hodnotí. Chtěla jsem získat srovnání prvních týdnů, kdy je nutné vyrovnat se s touto nečekanou situací, kterou narození nezralého dítěte jistě představuje, s celým obdobím pobytu v porodnici, na které se budu ptát před propuštěním domů. Otázky v této skupině se týkají prožívání prvních čtyř týdnů po narození dítěte, abych zjistila, co ženy vnímaly jako nejhorší, co pro ně bylo nejtěžší, a naopak co bylo pozitivní, potěšující a povzbuzující.

Zajímá mě i osoba, která jim byla největší oporou, i když předpokládám, že pro většinu z nich bude touto osobou jejich manžel (partner) a otec dítěte. Ráda bych zjistila, co si o pocitech svého manžela (partnera) oslovené ženy myslí a jak muž podle nich toto období prožívá. Tyto údaje pak srovnám s tím, co mi řeknou otcové předčasně narozených dětí. Kromě otázek týkajících se chování a prožívání otce dítěte mě zajímá i reakce nejbližší rodiny (rodičů matky a otce, jejich sourozenců a dalších příbuzných nebo lidí, kteří jsou pro rodiče dítěte nějakým způsobem důležití). Od těchto osob mohou rodiče nezralého dítěte cítit velkou podporu (zájem, útěcha, povzbuzení, důvěra, že bude všechno dobré), ale mohou být i zdrojem negativních emocí (výčitky, obviňování, pláč, očekávání, že dítě zemře, bude nemocné či postižené).

Ad 13) Zhodnocení celého období od porodu do propuštění dítěte domů – tato skupina otázek je v podstatě totožná se skupinou předchozí s tím rozdílem, že předpokládám variabilnější odpovědi a uvedení různých emocí, které se během uvedeného období budou postupně měnit. Očekávám slábnutí negativních emocí a naopak sílení příjemných a pozitivních pocitů podle toho, jak se bude stav dítěte zlepšovat a blížit se odchod domů.

Ad 14) Nejhezčí životní události – předpokládám, že mezi nejhezčí události v životě člověka patří narození dítěte a zajímá mě, zda to tak vnímají i ženy po předčasném porodu. V této skupině otázek je prostor pro zjištění příjemných životních zkušeností, očekávání a hodnot dotazované ženy.

Ad 15) Náročná životní události – tato skupina otázek je koncipovaná podobně jako předchozí s tím rozdílem, že se budu ptát na náročná nebo negativně emočně zbarvené situace a události. Je možné, že pro některé ženy bude právě narození nezralého dítěte nejnáročnější situací, která je v životě potkala. Opět je zde prostor pro zjištění těžkých či smutných životních zkušeností, očekávání a hodnot dotazované ženy.

Vyplnění dvou výše uvedených skupin otázek, které se týkají životních událostí, předpokládá dobře navázaný vztah mezi mnou a dotazovanou matkou, její důvěru a ochotu sdílet se mnou tyto osobní informace, zážitky a zkušenosti. Pravděpodobně je budu vyplňovat až při druhém setkání (1 měsíc po porodu) nebo později (před propuštěním domů), aby měly matky zhodnotit a příp. zahrnout i období po porodu.

Ad 16) Další poznámky – prostor pro moje zápisky; předpokládám, že budu zaznamenávat pozorování interakce matky a dítěte, otce a dítěte, rodičů mezi sebou, rodičů se zdravotníky, příp. další postřehy, které budu považovat za důležité a které budou zajímavé pro zpracování získaných údajů nebo pro doplnění kazuistik.

Tuto formu získávání dat a výpovědí jsem volila proto, že mám zkušenost s dotazováním a zadáváním dotazníků v porodnicích a vím, že většina žen po porodu má potřebu zážitky spojené s narozením dítěte někomu sdělit a že možnost popovídat si uvítají. Zvažovala jsem vyplňování odpovědí do dotazníku, ale jsem přesvědčená, že bych nezískala tak důvěrné informace a výpovědi jako při osobním kontaktu.

Chtěla jsem, aby pro oslovené matky měla moje práce přínos, aby měly důvod věnovat mi svůj čas, sdílet se mnou svoje pocity a abych jim v případě potřeby pomohla vyrovnat se s emocemi, které v důsledku předčasného porodu mají.

8.1.2. Strukturovaný rozhovor s otázkami pro otce nedonošených dětí

Strukturovaný rozhovor pro otce (SR-O) jsem vytvořila stejně jako SR-M s cílem neomezovat výpovědi respondentů, proto jsem také zde volila většinou otevřené otázky. Vzhledem k časovým možnostem mužů jsem vytvořila kratší formulář a strukturovala ho do těchto celků:

1. Údaje o otci
2. Reakce na informaci o těhotenství
3. Průběh partnerčina těhotenství z pohledu otce dítěte
4. Porod
5. První kontakt s dítětem
6. Informace o zdravotním stavu dítěte (průběžné)
7. Kontakt s dítětem
8. Zhodnocení celého období od porodu do propuštění dítěte domů
9. Nejhezčí životní události
10. Náročné životní události
11. Další poznámky

Ad 1) Údaje o otci – první skupina otázek k získání kontaktních a identifikačních údajů, jako je jméno a příjmení otce, adresa a telefon, příp. e-mailová adresa, dále jsem se ptala na věk, vzdělání a zaměstnání, zdravotní stav a zapsala si datum a místo rozhovoru.

Ad 2) Reakce na informaci o těhotenství – skupina otázek zaměřená na popsání reakce a pocitů dotazovaného muže, když se dozvěděl, že bude otcem. Předpokládám, že se zde projeví i plánovanost a přijetí dítěte ze strany otce.

Ad 3) Průběh partnerčina těhotenství z pohledu otce dítěte – ráda bych zjistila, jak muž vnímal průběh těhotenství své manželky (partnerky) a její prožívání, jestli zaznamenal nějaké potíže a zda ho někdy napadla možnost předčasného narození dítěte.

Ad 4) Porod – tyto otázky jsou určeny pro otce, kteří budou u narození svého dítěte a týkají se především jejich rozhodnutí být u porodu a pocitů, které se s tímto prožitkem pojí. Záleží však na okolnostech, protože u operativního porodu otec zpravidla není přítomen.

Ad 5) První kontakt otce s dítětem – vzhledem k tomu, že se mnoho nedonošených dětí rodí císařským řezem, je to často právě otec, kdo novorozeně vidí hned po jeho narození při převozu z operačního sálu nebo je navštíví na oddělení, kde je dítě umístěno. Je sám v prostředí, které je pro něj zřejmě zcela neznámé, musí se vyrovnat s prvními (často nejistými) informacemi o zdravotním stavu dítěte a vůbec s faktem, že je dítě na světě předčasně a že mohou nastat různé komplikace. Zajímá mě, jak první kontakt s dítětem otcově vnímají, jaké u toho mají pocity a kdo je jim v těchto chvílích oporou.

Ad 6) Informace o zdravotním stavu dítěte – tato skupina otázek úzce souvisí s otázkami ohledně prvního kontaktu otce s dítětem, ale je zaměřená především na to, zda otec vnímal podávané informace jako srozumitelné, dostatečné a citlivě sdělované, protože pro mnoho rodičů je pravidelné informování o zdravotním stavu dítěte velice důležité. Do této skupiny otázek patří i dotaz týkající se nabídky psychologické péče o otce poté, co se jeho dítě narodilo předčasně a je nedonošené. Zajímá mě, zda by muži takovou možnost uvítali a využili a zda některým takováto nabídka a pomoc chyběla.

Ad 7) Kontakt s dítětem – těmito otázkami bych ráda zjistila, jak často měl otec možnost být v kontaktu se svým dítětem, jak jejich vzájemný kontakt vypadal, zda se otec mohl zapojit do péče o dítě a jaké emoce při návštěvách u něj pociťoval.

Ad 8) Zhodnocení celého období od porodu do propuštění dítěte domů – cílem této skupiny otázek je shrnutí celého období, po které bylo dítě (a pravděpodobně i jeho matka) v porodnici, z pohledu otce. Zajímá mě, co pro něj bylo těžké, co naopak potěšující, a s kým svoje pocity sdílel. Zajímá mě jeho názor na prožívání matky dítěte

a také jeho se budu ptát na reakce nejbližší rodiny (rodičů matky a otce, jejich sourozenců a dalších příbuzných nebo lidí, kteří jsou pro rodiče dítěte nějakým způsobem důležití).

Ad 9) Nejhezčí životní události – u mužů, stejně jako u žen, předpokládám, že narození dítěte patří mezi nejzásadnější události v životě. Zajímá mě, zda to tak vnímají i oslovení otcové nedonošených dětí. V této skupině otázek je prostor pro zjištění příjemných životních zkušeností, očekávání a hodnot dotazovaného muže.

Ad 10) Náročné životní události – tato skupina otázek je koncipovaná podobně jako ta předchozí, ale zajímají mě náročné nebo nějakým způsobem negativně emočně zabarvené prožité situace a události. Předpokládám, že i pro otce může být předčasné narození dítěte nejnáročnější situací, která je v životě potkala. Je zde prostor pro zjištění těžkých či smutných životních zkušeností, očekávání a hodnot dotazovaného muže.

Jak jsem uvedla již u SR-M, vyplnění dvou výše uvedených skupin otázek předpokládá dobře navázaný vztah mezi mnou a dotazovaným mužem, jeho důvěru a ochotu odpovědět na otázky ohledně osobních zážitků a zkušeností. Nejsem si jistá, jestli se mi podaří během setkání s partnery matek zařazených do výzkumu takový vztah navázat, protože počítám pouze s jedním setkáním, ale každopádně se o to pokusím, i když to bude obtížnější než v případě matek nedonošených dětí.

Ad 11) Další poznámky – stejně jako u SR-M je zde prostor pro moje poznámky a postřehy, které budu považovat za důležité a které budou zajímavé pro zpracování získaných údajů nebo pro doplnění kazuistik.

Při získávání dat od otců předčasně narozených dětí jsem stejně jako u matek zvolila získávání dat a výpovědí formou rozhovoru s otevřenými otázkami, ale výrazně jsem zredukovala počet otázek, protože nepředpokládám, že by mi muži byli ochotní věnovat tolik času jako jejich manželky (partnerky). Doufám, že také od nich získám při osobním kontaktu očekávané informace a výpovědi a snad bude naše setkání užitečné i pro ně v případě, že si budou chtít o svých pocitech promluvit.

8.1.3. Pozorování interakce/komunikace rodiče-dítě, rodiče-zdravotníci

Pozorování vzájemné interakce považuji za neocenitelný zdroj informací, který je velmi vhodný pro doplnění údajů získaných jinými psychologickými metodami a který jistě využiji u kazuistik. Zajímá mě, jak probíhá raná interakce matky a nedonošeného dítěte, i když je nezralostí a zdravotním stavem dítěte pochopitelně silně poznamenána, ale pro zdárný vývoj dítěte a jeho vztah k rodičům nezbytná. Verbální i neverbální podněty, které rodiče k dítěti vysílají, jsou pro novorozence velmi důležité a tělesný kontakt s matkou nebo otcem, chování dítěte, klokánkování a vzájemné doteky jsou bezpochyby zdrojem silných emocí potřebných pro obě strany. Pokud budu mít příležitost, ráda bych i tyto situace pozorovala a zaznamenala.

8.2. Zadávání a získávání údajů

8.2.1. Strukturovaný rozhovor – matka

1. setkání: 3–7 dní po předčasném porodu

Při prvním setkání budu matku informovat o své práci, a pokud bude mít zájem o účast ve výzkumu, požádám ji o vyplnění Souhlasu s výpisem ze zdravotnické dokumentace dítěte i matky (viz přílohy č. 3 a 4). Při tomto setkání vyplním veškeré anamnestické a kontaktní údaje a tyto části SR-M:

1. Údaje o matce
2. Údaje o otci
3. Předchozí těhotenství
4. Toto těhotenství
5. Začátek porodu
6. Porod
7. Zdravotní stav matky po porodu
8. Dítě
9. První kontakt s dítětem
10. Informace o zdravotním stavu dítěte

2. setkání: měsíc po předčasném porodu

Při druhém setkání a rozhovoru s matkou vyplním další části otázek:

10. Informace o zdravotním stavu dítěte (doplnit informace)
11. Kontakt s dítětem
12. Zhodnocení období od narození dítěte do 1 měsíce věku dítěte
14. Nejhezčí životní události
15. Náročné životní události

3. setkání: těsně před propuštěním dítěte do domácí péče

Při třetím setkání a rozhovoru doplním zbývající části otázek:

13. Zhodnocení celého období od porodu do propuštění dítěte do domácí péče

8.2.2. Strukturovaný rozhovor – otec

Bude-li to možné, tak bych s otci nedonošených dětí ráda uskutečnila rozhovor těsně před propuštěním dítěte do domácí péče. Pokud bude souhlasit, tak s ním vyplním veškeré anamnestické a kontaktní údaje a všechny části SR-O:

1. Údaje o otci
2. Reakce na informaci o těhotenství
3. Průběh partnerčina těhotenství z pohledu otce dítěte
4. Porod
5. První kontakt s dítětem
6. Informace o zdravotním stavu dítěte
7. Kontakt s dítětem
8. Zhodnocení celého období od porodu do propuštění dítěte do domácí péče
9. Nejhezčí životní události
10. Náročné životní události
11. Další poznámky

8.2.3. Pozorování interakce/komunikace rodiče-dítě, rodiče-zdravotníci

Průběžně budu zapisovat do poznámek v SR-M nebo SR-O údaje, které budou zajímavé, a domnívám se, že je využiji zejména pro kazuistiky.

9. Vlastní výzkum

Data pro výzkumnou část disertační práce jsem sbírala v pražských porodnicích. Před začátkem sběru dat jsem oslovila vedení tří porodnic, resp. primáře neonatologických oddělení s žádostí o umožnění kontaktovat matky po předčasném porodu, které jsou u nich hospitalizované, a požádat je o rozhovor. Po vyřešení právní stránky věci (Souhlas s přístupem ke zdravotnickým materiálům – viz příloha č. 3 a 4) jsem získala svolení se vstupem do dvou pražských porodnic a v těch jsem příslušná data sbírala od prosince 2007 do konce roku 2008. Odmítnutí třetí porodnice, kterou jsem oslovila, bylo zdůvodněno tím, že se chci matek ptát na chování zdravotnického personálu, což si vedení porodnice rozhodně nepřeje.

9.1. Místo sběru dat

9.1.1. Ústav mateřství, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha 4-Krč

Ústav mateřství, jehož prostředí jsem díky sběru dat pro diplomovou práci dobře znala, jsem si vybrala proto, že je Centrem intermediární neonatologické péče pro Prahu a Středočeský kraj a patří mezi první porodnice, kterým byl v České republice v roce 1993 přiznán titul Baby Friendly Hospital udělený WHO a UNICEF. Toto mezinárodní ocenění znamená, že v péči o novorozence je uplatňováno 10 kroků na podporu kojení a ty jsou základem Globální strategie výživy kojenců a malých dětí vydané WHO.

Gynekologicko-porodnické oddělení FTNsP provádí veškeré gynekologické operace včetně mikroinvazivních metod, nabízí léčbu zánětů, endometriosisy i sterility, pečuje o fyziologická těhotenství a vyhledává, léčí a dispenzarizuje patologická těhotenství. IVF toto oddělení neprovádí, ale úzce spolupracuje s lékaři, kteří se mimotělním oplodněním zabývají, konkrétně od roku 2001 se sanatoriem Pronatal, které se zabývá komplexní diagnostikou a léčbou neplodnosti. Díky této spolupráci mají lékaři zkušenosti se sledováním těhotenství, na kterých se podílely metody asistované reprodukce. Novorozenecké oddělení poskytuje donošeným i předčasně narozeným novorozencům z těchto těhotenství cílenou péči včetně péče intenzivní.

Odbornou péčí pacientkám poskytuje šest specializovaných poraden: mammologická, endoskopická, urogynekologická, onkologická a ambulance pro riziková těhotenství a ambulance ultrazvukové diagnostiky. Celé oddělení má k dispozici 81 lůžek (včetně 5 lůžek intenzivní péče) a porodní sál je vybaven 4 porodnickými boxy. Pacientkám nabízí i možnost hospitalizace na nadstandardních pokojích na oddělení s individuálním režimem.

Porodnické oddělení má statut intermediárního perinatologického centra pro porody od 32. do 36. týdne těhotenství. O předčasně narozené novorozence se stará personál novorozenecké JIP a oddělení nedonošených dětí. Porodnické oddělení má samostatnou ambulanci pro těhotenskou a rizikovou poradnu. Těhotné ženy se musí k porodu registrovat ve 14. týdnu těhotenství. Ženy po porodu jsou umístěny na oddělení šestinedělí. Pokoje na tomto oddělení jsou dvou až třílůžkové s dětskými postýlkami („rooming in“). Novorozenci i jejich matky jsou neustále v péči zdravotních sester, které je učí správně kojit a pečovat o dítě. Na oddělení šestinedělí jsou vyčleněny také pokoje pro těhotné ve vyšším stupni těhotenství, které potřebují ošetření či vyšetření na lůžku (Fakultní, 2005b).

Novorozenecké oddělení s JIPN je odborné pracoviště poskytující v prvních dnech po narození péči fyziologickým i rizikovým novorozencům a jejich matkám a celý rozsah neonatální intenzivní péče včetně resuscitační novorozencům narozeným od 31. týdne těhotenství. Počtem porodů patří mezi deset největších porodnic v ČR. Pracuje zde 8 lékařů, kteří se specializují na péči o novorozence a 52 dětských sester. Oddělení fyziologických novorozenců má 33 lůžek (včetně centrálního boxu pro novorozence, kteří potřebují přechodně zvýšené sledování). Na oddělení nadstandardní péče je pro matky připraveno 10 pokojů, kde mohou být se svými novorozеныmi dětmi. Na oddělení nedonošených dětí je 8 pokojů pro matky s dětmi a dva centrální pokoje pouze pro nedonošené děti; celkem je zde k dispozici 22 lůžek. Na oddělení JIP je celkem 9 lůžek pro intenzivní péči. Při péči o nemocné novorozence oddělení úzce spolupracuje s dalšími odbornými pracovišti. Součástí oddělení je i specializovaná ambulance pro dlouhodobé sledování patologických novorozenců, ambulance vývojového neurologa včetně rehabilitační péče.

Novorozenecké oddělení má kromě dlouhodobě vynikajících výsledků v péči o zdraví dětí výborné výsledky v péči o rozvoj přirozené výživy novorozenců – kojení. Oddělení spolupracuje s **Laktačním centrem**, které provozuje Národní horkou linku kojení, kam mohou matky zavolat a získat informace a rady, pokud mají problémy s kojením. Je zde školicí místo pro iniciativu Baby Friendly Hospital a pro laktační poradce (Fakultní, 2005c).

9.1.2. Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4-Podolí

Ústav pro péči o matku a dítě jsem s žádostí o umožnění sběru dat oslovila proto, že jde o špičkové pracoviště nabízející komplexní péči o zdraví ženy a jejího dítěte. V ÚPMD je vysoce specializované perinatologické centrum, kde se koncentrují ženy s problémy, které se mohou vyskytnout během těhotenství, a poskytují zde odbornou péči nedonošeným novorozencům.

Gynekologická část ÚPMD sestává z ambulantní a lůžkové části a vzhledem k velikosti pracoviště je pochopitelně větší než v Ústavu mateřství. Ambulantní složka poskytuje všeobecnou i specializovanou gynekologickou péči. Vedle jednotky intenzivní péče je zde oddělení konzervativní a onkologické gynekologie včetně onkologického stacionáře, kde se aplikuje chemoterapie u žen se zhoubnými nádory prsu a ženského genitálu. Jedná se o oddělení G3, kde je 25 lůžek. Oddělení G2 se specializuje na předoperační a pooperační péči o ženy po klasických i endoskopických operacích a má k dispozici 19 lůžek.

Jednotka intenzivní péče gynekologicko-porodnického pracoviště má 8 lůžek a je zaměřena na léčbu gynekologických či porodnických pacientek, které vyžadují intenzivní péči (tj. monitorování základních životních funkcí a intenzivní léčbu). Jedná se o všechny pacientky po větší gynekologické či porodnické operaci nebo o pacientky, které mají vedle gynekologicko-porodnické diagnózy některá chronická onemocnění (např. hypertenzi, ischemickou chorobu srdeční, diabetes mellitus, onemocnění dýchacího systému apod.), a též pacientky v náhlém ohrožení života např. při poporodním krvácení, rozvoji preeklampsie, embolie apod. (Ústav, 2004b).

Na **porodním sále ÚPMD** se ročně rodí více než 4800 novorozenců. Jedná se do značné míry o rizikovou klientelu, neboť ÚPMD v rámci statutu Perinatologického centra koncentruje případy vysoce rizikových gravidit a novorozenců. Např. v roce 2007 se v ÚPMD narodilo 50 novorozenců v hmotnostní kategorii pod 1000 g, v kategorii 1000–1499 g to bylo 81 novorozenců. Výsledky péče jsou vysoce nadprůměrné (mrtvorozenost 1,66 ‰, časná novorozenecká úmrtnost 1,04 ‰, celková perinatální úmrtnost 2,70 ‰). Frekvence císařských řezů za rok 2007 byla 32 %.

Na **porodnickém oddělení ÚPMD** jsou tři lůžková oddělení, která poskytují komplexní péči matkám a novorozencům po spontánním i operativním porodu. K dispozici jsou jak standardní, tak nadstandardní pokoje (Ústav, 2004d).

V ÚPMD se nachází **Centrum asistované reprodukce** pro komplexní diagnostiku a léčbu neplodných manželských párů včetně in vitro fertilizace (IVF), ale i následnou komplexní péči po úspěšném otěhotnění ženy včetně jejího porodu a období šestinedělí (Ústav, 2004a).

Neonatologické pracoviště ÚPMD logicky navazuje na péči o těhotnou ženu a na požadavky, které souvisejí s koncentrací patologických těhotenství z celé ČR. Na jednotce intenzivní péče se dále koncentrují novorozenci se selhávajícími vitálními funkcemi, kteří vyžadují speciální diagnostické a léčebné postupy. V péči o donošené a nedonošené novorozence, novorozence s vrozenými vývojovými vadami a kriticky nemocné novorozence dosahuje toto neonatologické pracoviště dlouhodobě výsledky srovnatelné s vyspělými světovými centry.

Terapeutické programy pracoviště:

- péče o novorozence velmi nízké a extrémně nízké porodní hmotnosti
- péče o nezralé novorozence
- péče o novorozence s vrozenými vývojovými vadami
- péče o kriticky nemocné novorozence se selhávajícími vitálními funkcemi
- péče o donošené fyziologické novorozence
- péče o novorozence s těžkými formami novorozeneckých žloutenek

Oddělení neonatologického pracoviště:

1. Lůžková část novorozeneckého pracoviště

Neonatologické pracoviště odpovídá požadavkům systému diferencované péče o novorozence a je členěno na následující oddělení:

- Oddělení anesteziologicko-resuscitační péče (RES), které disponuje 8 lůžky určenými pro kriticky nemocné novorozence se selhávajícími vitálními funkcemi a využívající vedle standardních metod péče další výjimečné metodiky (nekonvenční způsoby umělé plicní ventilace, dlouhodobá mimotělní membránová oxygenace, kapalinová ventilace apod.)
- Oddělení jednotky intenzivní péče (JIP) s 12 lůžky navazuje na péči resuscitační s možností dlouhodobé ventilační podpory na 4 lůžkách.
- Oddělení intermediární péče (OPN2) s oddělením rooming-in pro nedonošené novorozence a novorozence propuštěné z intenzivní péče disponuje 22 lůžky. Koncentruje dále pacienty s těžkými formami novorozenecké žloutenky a donošené novorozence s mírnými poruchami poporodní adaptace.
- Oddělení fyziologických novorozenců (P1N, P2N, P4N) má celkem 66 lůžek poskytuje péči donošeným novorozencům podle výběru matky formou úplného rooming-in, denního rooming-in a oddělené péče o novorozence.

Mezi oddělení neonatologického pracoviště patří také **mléčná banka ÚPMD**, která vznikla v roce 1991 s cílem zajistit vždy dostatek mateřského mléka jako optimální výživy pro všechny novorozence, ale zejména pro děti nedonošené nebo nemocné.

2. Ambulantní část novorozeneckého pracoviště

Tato část poskytuje specializovanou péči vybraným rizikovým novorozencům a navazuje na část lůžkovou. Odborné ambulance jsou zaměřeny na problematiku vývojové neurologie, psychologie, neurofyziologie, ultrazvukové diagnostiky a rehabilitace (Ústav, 2004c).

9.1.3. Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2-Apolinář

Tuto porodnici jsem se žádostí o povolení sběru dat oslovila, protože se, tak jako v případě ÚPMD, jedná o špičkové perinatologické centrum. Bohužel mi sběr dat nebyl povolen s odůvodněním, že se v dotazníku ptám na chování zdravotníků. Přesto se mi podařilo získat kontakt na jednu matku, která zde porodila extrémně nedonošené dítě a umožnila mi dostat se do této porodnice s ní. Díky tomu se mi podařilo kontaktovat několik matek, které zde předčasně porodily a souhlasily s rozhovorem. Informace ze zdravotnické dokumentace mi tyto ženy zjistily a sdělily samy, takže jsem s nimi ani nevyplňovala Souhlas s přístupem ke zdravotnickým materiálům (viz příloha 3 a 4).

Jako doprovod jsem se dostala na JIP, kde měly tyto matky umístěné v inkubátorech své děti, a mohla jsem pozorovat jejich vzájemnou interakci a klokánkování, které zde bylo sestrami velmi hezky podporováno. Je škoda, že mi vedení porodnice sběr dat neumožnilo, přestože primář pediatrie neměl proti mé přítomnosti na jeho oddělení námitky a předložený dotazník i plán výzkumu považoval pro dotazované matky za přínosný. Při doprovázení několika žen na JIP jsem si pochopitelně všímala, jak probíhá komunikace s personálem a jak se sestry chovají k těmto ženám a při ošetřování a manipulaci s dětmi. Nedomnívám se, že by jejich jednání bylo dotazovanými matkami hodnoceno negativně, spíše naopak.

9.2. Výzkumný vzorek

9.2.1. Velikost výzkumného vzorku

Velikost souboru bude dána počtem novorozeňat, resp. matek, které s nimi budou v době sběru dat hospitalizovány, půjde tedy o náhodný výběr. Bude se jednat o relativně malý, ale kompaktní vzorek, do kterého bych ráda zahrnula 25–30 matek. Na základě zkušeností s diplomovou prací a sběrem dat pro grant PhDr. Evy Šulcové IGA MZ ČR č. 1807–7 „Vývoj psychologické metody pro hodnocení chování novorozenců“, který se konal v letech 1992–1995 v několika pražských porodnicích a na jehož zpracování jsem se podílela jako externí spolupracovník, předpokládám zájem matek o účast ve výzkumu.

Pro potřeby výzkumu by bylo vhodné získat údaje i od manželů nebo partnerů matek zařazených do výzkumu a vyplnit s nimi strukturovaný dotazník. Cílem je získání dat alespoň od třetiny mužů.

9.2.2. Kritéria pro výběr do vzorku – matky

Stanovit kritéria pro výběr do výzkumného vzorku bylo poměrně obtížné vzhledem k obavám, abych získala dostatečné množství relevantního materiálu, který by se týkal uceleného souboru. Zároveň jsem nechtěla vyloučit možnost získat odpovědi od žen v různých situacích, které se s předčasným porodem pojí. Po zvážení všech aspektů jsem se pro výběr vhodných respondentek rozhodla stanovit jen následující kritéria:

1. Matka je primipara (prvorodička)
2. Matka má českou nebo slovenskou národnost
3. Matka je vdaná nebo žije ve stabilním partnerském vztahu
4. Matka porodila předčasně, gestace byla ukončena nejpozději v týdnu 36 + 0

Prvním kritériem jsem chtěla u oslovených žen vyloučit vliv zkušenosti s předchozí graviditou u druhorodiček (resp. s předchozími graviditami u vícero-diček), s komplikacemi během těhotenství nebo při porodu, s porodem a narozením dítěte, se zdravotními komplikacemi (jak u matky, tak u novorozence), s péčí o dítě apod.

U žen, které už rodily, předpokládám vliv předchozí gravidity na emoce spojené s dalším těhotenstvím, porodem a narozením dítěte (už mají určitou zkušenost, prožitky, informace atd.) a já jsem chtěla získat výpovědi tímto neovlivněné. Zároveň si uvědomuji, že tím přicházím o možnost porovnání mezi prvorodičkami a druho- či vícero dičkami, ale nevyloučila jsem možnost popsat zajímavé případy žen, které všem kritériím pro výběr do tohoto vzorku nevyhoví, v kazuistikách.

Národnostní kritérium jsem stanovila pouze pro vyloučení jazykové bariéry. Na oddělení nedonošených novorozenců jsem se setkala s několika vietnamskými a ukrajinskými matkami, ale i přes velkou snahu hovořit česky byla jejich slovní zásoba nedostatečná a komunikace obtížná. Domnívám se, že bych pro jejich omezenou schopnost vyjádřit se česky nemohla jejich odpovědi zahrnout do vyhodnocení nebo porovnávat s výroky matek, které odpovídají mateřským jazykem.

Požadavek, aby oslovené ženy byly vdané nebo žily ve stabilním partnerském svazku, vycházel z mého předpokladu, že opora v manželovi nebo partnerovi je v takové životní situaci, jakou představuje předčasný porod, velmi důležitá a pro mnoho žen zásadní. Svobodné matky mohou mít velkou oporu ve své rodině, ale to je jiný typ vzájemných vztahů, takže toto kritérium považuji za důležité. Za stabilní partnerský vztah považuji vztah trvající alespoň rok při společném soužití a společné rozhodnutí obou při plánování rodiny.

Kritérium týkající se časového určení předčasného porodu jsem původně chtěla vymezit v souladu s definicí, kdy se za **předčasný porod** považuje **ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity**. Nicméně děti narozené ve 36. a 37. týdnu těhotenství bývají ve většině případů v pořádku, jejich porodní hmotnost obvykle přesahuje 2500 g a často bývají umisťovány na novorozenecké oddělení k novorozencům fyziologickým, pokud u nich nedojde k nějakým komplikacím.

U matek těchto dětí se sice jedná o předčasný porod, ale většinou pro ně nepředstavuje stresovou záležitost a nemají problém vyrovnat se s porodem, který nastal 3–4 týdny před stanoveným termínem. Na základě této zkušenosti jsem se proto rozhodla kontaktovat pouze ženy, které porodily nejpozději do začátku 36. týdne těhotenství (nejzazší termín gestace je tedy 36 + 0).

9.2.3. Kritéria pro výběr do vzorku – novorozenci

Pro výběr novorozenců jsem stanovila následující kritéria:

1. Narozené dítě je „pouze“ nedonošené, tzn. nemá žádné závažné zdravotní potíže, není v bezprostředním ohrožení zdraví a života, nemá VVV
2. Gemini (dvojčata) nebo příp. trigemini (trojčata) lze do vzorku zahrnout, ale podmínkou je přibližně stejný zdravotní stav obou (příp. všech tří) dětí

První kritérium vychází z předpokladu, že i „pouhá“ nedonošenost novorozence je pro matku silně stresujícím faktorem (i když míra nedonošenosti výrazně ovlivňuje míru stresu a negativních pocitů). Pokud se u novorozence projeví další zdravotní problémy, jde o dítě nemocné nebo postižené, je celá situace spojená s předčasným porodem podstatně horší a prožívání těchto matek je tím velice výrazně ovlivněno. Nechtěla jsem proto komplikovat možnost srovnání výpovědí žen, které „jen“ předčasně porodí a žen, jejichž dítě má vstup do života ztížený nejen předčasným narozením, ale jeho stav je z jakéhokoliv důvodu závažnější (buď hned od narození, nebo dojde ke komplikacím až v průběhu hospitalizace dítěte).

Z výzkumného vzorku jsem nechtěla vyřazovat matky dvojčat (příp. trojčat), protože vícečetné gravidity jsou předčasným porodem ohrožené ve vyšší míře, takže vyřadit tyto ženy by znamenalo opět zúžení podmínek pro výběr. Podmínku stejného zdravotního stavu narozených dvojčat (příp. trojčat) jsem uvedla proto, že pokud je mezi dětmi nějaký výraznější rozdíl (stav bezprostředně po narození, poporodní adaptace, porodní hmotnost, zdravotní problémy atd.), může matka pociťovat ve vztahu k dětem rozdílné emoce (o jedno z dětí se víc bojí, cítí k němu větší lásku, když je menší, nemocné, nebo naopak má strach k nemocnému dvojčeti „přilnout“, kdyby o ně přišla, aby jí to tolik nezranilo apod.).

9.2.4. Kritéria pro výběr do vzorku – otcové

Narození nedonošeného dítěte je stresovou a náročnou životní situací nejen pro matku, ale bezpochyby i pro otce dítěte. Jejich údaje a výpovědi považuji za velmi důležité, ale primárním cílem mé práce bylo oslovit matky těchto dětí. Po zkušenostech se sběrem dat pro diplomovou práci vím, že rodičky bývají velmi sdílné a vděčné za čas, který jim někdo věnuje. Matky nedonošených dětí mají silnou potřebu sdělovat svoje emoce, a protože tráví v porodnici mnoho času, není složité se s nimi zde zkontaktovat.

Jejich manželé nebo partneři po dobu hospitalizace matky i dítěte zpravidla pracují a chodí na návštěvy odpoledne, takže čas, který v porodnici stráví, chtějí pochopitelně věnovat jim. Někteří musí za svou rodinou do pražské porodnice dojíždět, protože bydlí mimo Prahu, a často ani na návštěvy nejezdí denně. Proto jsem se rozhodla, že s žádostí o rozhovor oslovím všechny otce, které zastihnu a kteří budou ochotní věnovat mi svůj čas a zodpovědět mé otázky, takže jsem pro tuto skupinu nevymezila žádná kritéria výběru.

9.3. Předvýzkum

V rámci předvýzkumu jsem chtěla zadat 3–5 matkám, které by splňovaly výše uvedená kritéria, Strukturovaný dotazník a na základě jejich odpovědí ho upravit, pozměnit, doplnit nebo naopak vyřadit některé otázky. Zároveň jsem chtěla zjistit, jak dlouhou dobu budu pro vyplnění dotazníku potřebovat.

Na základě rozhovorů s prvními matkami jsem však v dotazníku nic zásadního neměnila, takže jsem do celkového zpracování všech odpovědí zahrnula také data získaná od těchto žen.

9.4. Popis výzkumného vzorku

Na základě výše uvedených předpokladů a kritérií se mi povedlo získat data a výpovědi celkem od 29 žen, které splnily všechny stanovené podmínky výběru do vzorku, tedy i podmínky týkající se jejich novorozенých dětí. Tento soubor budu nadále označovat jako **soubor I.**

Údaje od dalších 9 žen nemohu do souboru I. zařadit, protože ony nebo jejich děti nesplnily jedno nebo více kritérií, ale považuji jejich výpovědi rovněž za zajímavé a při zpracování těchto dat budu tuto skupinu žen označovat jako **soubor II.**

Ze souboru II. nesplňovalo šest rodiček podmínku č. 1 (matka je primipara), jedna žena nesplňovala podmínku č. 3 (matka je vdaná nebo žije ve stabilním partnerském vztahu) a tři ženy splňovaly všechny podmínky, ale u jejich dětí se v průběhu hospitalizace objevily zdravotní problémy a komplikace, takže nebyla splněna podmínka č. 1 týkající se novorozenců (narozенé dítě je „pouze“ nedonošené, tzn. nemá žádné závažné zdravotní potíže, není v bezprostředním ohrožení zdraví a života, nemá VVV).

Dále jsem získala výpovědi pěti matek, které kvůli neúplnosti nemohu zařadit ani do souboru II, ale jsou natolik zajímavé, že je nechci ze zpracování údajů úplně vynechat. Pokud budu údaje od těchto žen považovat za důležité, uvedu jejich odpovědi alespoň v komentářích k vyhodnocení dat, a především je využiji v kazuistikách. Tuto malou skupinu žen budu označovat jako **soubor III.**

Kromě údajů od těchto 47 žen se mi podařilo získat výpovědi celkem deseti manželů nebo partnerů žen ze souboru I. Tento soubor budu označovat jakou **soubor IV.** a budu ho považovat za kompaktní, ačkoliv by bylo možné vytyčit kritéria pro jeho dělení. Vzhledem k malému počtu respondentů to však dělat nebudu, a jejich výpovědi vyhodnotím kvalitativně.

10. Zpracování a interpretace výsledků

10.1. Strukturovaný rozhovor – matky (SR-M)

Celkem jsem získala výpovědi od 43 žen a 29 z nich splnilo všechny podmínky pro výběr do výzkumného vzorku (soubor I.), 9 žen jednu nebo více podmínek nesplnilo (soubor II.) a výpovědi dalších 5 žen nemohu pro neúplnost zařadit ani do jednoho z uvedených souborů (soubor III.) Získané údaje jsou vyhodnoceny, a pokud to je vhodné, uvedeny v tabulkách. Anamnestická data a základní údaje o těhotenství vyhodnocuji zvlášť pro jednotlivé soubory, další data jsou vyhodnocena pro soubor I. a soubor II.

Pozn.:

- 1. v následujícím textu budu často uvádět pojem „dítě“. V případě, že matka porodila dvojčata (trojčata), jsou tímto pojmem myšleny pochopitelně obě (všechny tři) děti.*
- 2. při zpracování a interpretaci údajů budu používat pojem „manžel“, ale budu tím myslet i partnery dotazovaných žen (žijí společně v jedné domácnosti déle než 1 rok).*
- 3. při vyhodnocování údajů budu v některých položkách uvádět jako příklad výroky dotazovaných žen; pokud se jejich výroky budou silně podobat nebo půjde o synonyma, uvedu výrok jako příklad jen jednou; z hlediska rozsahu budu jednotlivé výroky ev. krátit.*

1. Údaje o matce

V 1. části SR-M jsem zjistila hlavní anamnestické, identifikační a kontaktní údaje. Zde uvádím věk, vzdělání, zaměstnání a zdravotní stav respondentek u všech tří souborů.

a) Věk:

soubor I.: ženám bylo v průměru 31,8 roku (nejmladší bylo 21 a nejstarší 37 let),

soubor II.: ženám bylo v průměru 32,2 roku (nejmladší bylo 22 a nejstarší 40 let),

soubor III.: ženám bylo v průměru 32,5 roku (nejmladší bylo 28 a nejstarší 38 let).

Tabulka č. 1¹¹: věk matek (soubor I., II. a III.)

VĚK	M – PRŮMĚR	MIN	MAX
Soubor I.	31,8	21	37
Soubor II.	32,2	22	40
Soubor III.	32,5	28	38
CELKEM	32,16	21	40

¹¹ Ve výzkumné části budu tabulky číslovat od č. 1, protože v části teoretické je pouze jedna tabulka.

b) Vzdělání:

- soubor I.: 5 žen učební obor (tříletý uč. obor různého zaměření),
14 žen středoškolské vzdělání s maturitou,
10 žen vysokoškolské vzdělání.
- soubor II.: 2 ženy učební obor (1x tříletý uč. obor, 1x čtyřletý uč. obor bez maturity),
4 ženy středoškolské vzdělání s maturitou,
3 ženy vysokoškolské vzdělání.
- soubor III.: 1 žena učební obor (čtyřletý uč. obor bez maturity),
3 ženy středoškolské vzdělání s maturitou,
1 vysokoškolské vzdělání.

Tabulka č. 2: vzdělání matek (soubor I., II. a III.)

VZDĚLÁNÍ	UČEBNÍ OBOR	STŘEDNÍ ŠKOLA	VYSOKÁ ŠKOLA
	Počet	Počet	Počet
Soubor I.	5	14	10
Soubor II.	2	4	3
Soubor III.	1	3	1
CELKEM	8	21	14

c) Zaměstnání:

Cílem této otázky bylo především zjistit, zda některá žena nebyla v těhotenství vystavena nadměrné fyzické či psychické zátěži, vlivu škodlivých látek, rentgenovému záření nebo jiným vlivům, které jsou v souvislosti s předčasným porodem považovány za jeho možnou příčinu.

- soubor I.: 1 žena pracovala ve firmě zabývající se vymáháním dluhů jako operátorka (práce finančně zajímavá, ale psychicky velmi náročná),
- soubor II.: 1 žena pracovala jako asistentka u vozíčkářů (fyzicky velmi namáhavé, ale pracovala pouze v 1. trimestru, poté PN).

d) Zdravotní stav:

- soubor I.: 9 žen – žádné zdravotní problémy,
5 žen – alergie (zpravidla na pyl, prach, roztoče, peří nebo určité potraviny (medikace: Claritine, Zodac nebo Zyrtec),
2 ženy – asthma bronchiale (v jednom případě trvale medikované),
1 žena – chronická rýma (rhinoplastika s pozitivním efektem),

7 žen – problémy se štítnou žlázou (5 z nich trvale užívalo Letrox),
 5 žen – v různé míře křečové žíly (medikace: Glyvenol nebo Detralex),
 2 ženy – hypertenze,
 1 žena – zvýšená hladina bilirubinu,
 2 ženy – v anamnéze operativně řešené gynekologické obtíže,
 (5 žen uvedlo více než jeden zdravotní problém).

soubor II.: 4 ženy – žádné zdravotní problémy,
 2 ženy – alergie (pyl, potraviny),
 1 žena – asthma bronchiale (medikace: Symbicort dle potřeby),
 1 žena – poruchy příjmu potravy,
 1 žena – silná krátkozrakost a velmi špatný stav dentice.

soubor III.: 3 ženy – žádné zdravotní problémy,
 1 žena – problémy se štítnou žlázou (medikace Letrox).
 1 žena – celiakie a Crohnova choroba.

Další položky této části dotazníku se týkaly **kontaktních údajů** (adresa, telefon, e-mail) a **identifikačních údajů** (porodnice, datum rozhovoru) pro mou potřebu.

2. Údaje o otci

a) Věk:

soubor I.: mužům bylo v průměru 34,7 roku (nejmladšímu 28 a nejstaršímu 46 let),

soubor II.: mužům bylo v průměru 33,8 roku (nejmladšímu 23 a nejstaršímu 40 let),
 (2 ženy odmítly údaje o otci dítěte poskytnout – jedna z nich s ním žila,
 ale nechtěla o něm vůbec mluvit, druhá byla svobodná matka),

soubor III.: mužům bylo v průměru 36,2 roku (nejmladšímu 32 a nejstaršímu 41 let).

Tabulka č. 3: věk otců

VĚK	M – PRŮMĚR	MIN	MAX
Soubor I.	34,7	28	46
Soubor II.	33,8	23	40
Soubor III.	36,2	32	41
CELKEM	34,9	23	46

b) Vzdělání:

- soubor I.: 4 muži – učební obor (1 z nich čtyřletý uč. obor s maturitou),
13 mužů – středoškolské vzdělání s maturitou,
12 mužů – vysokoškolské vzdělání.
- soubor II.: 1 muž – učební obor (čtyřletý uč. obor bez maturity),
4 muži - středoškolské vzdělání s maturitou,
2 muži – vysokoškolské vzdělání (od 2 žen údaje nemám).
- soubor III.: 3 muži – středoškolské vzdělání s maturitou,
2 muži – vysokoškolské vzdělání.

Tabulka č. 4: vzdělání otců

VZDĚLÁNÍ	UČEBNÍ OBOR	STŘEDNÍ ŠKOLA	VYSOKÁ ŠKOLA
	Počet	Počet	Počet
Soubor I.	4	13	12
Soubor II.	1	4	2
Soubor III.	-	3	2
CELKEM	5	20	16

c) Zaměstnání:

Žádný z manželů dotazovaných žen neměl povolání, které by bylo nepřiměřeně fyzicky nebo psychicky náročné, pouze 5 mužů (soubor I.) hodně cestovalo (dva do ciziny).

d) Zdravotní stav:

- soubor I.: 16 mužů – žádné zdravotní problémy,
5 mužů – alergie (medikace: Claritine, Zyrtec),
3 muži – asthma bronchiale (medikace: Symbicort, Ventolin dle potřeby),
2 muži – hypertenze,
2 muži – občas zažívací problémy (pálení žáhy, nevolnost),
1 muž – dlouhodobě v PN (psychické vyčerpání, obrna lícního nervu).
- Soubor II.: 4 muži – žádné zdravotní problémy,
2 muži – alergie a zároveň asthma bronchiale (medikace: Zodac, Symbicort),
1 muž – zažívací problémy („nedomykavost žaludeční záklopky“),
(od 2 žen tyto údaje nemám, odmítly o otci dítěte mluvit).
- soubor III.: 4 muži – nemá žádné zdravotní problémy,
1 muž – alergie na roztoče, plísně a některé potraviny.

3. Předchozí těhotenství

a) Pořadí této gravidity a průběh předchozích těhotenství:

Údaje týkající se pořadí těhotenství a porodu uvádím v následující tabulce č. 5, ze které je zřejmé, že ze souboru I. pouze 14 žen porodilo dítě ze svého prvního těhotenství. U 15 matek šlo o druhou až pátou graviditu, z čehož vyplývá, že v jejich anamnéze jsou spontánní potraty nebo mimoděložní těhotenství. Umělé přerušení těhotenství má v anamnéze 1 žena (doporučení lékaře kvůli užívané medikaci; nevěděla, o jaké léky šlo).

Tabulka č. 5: pořadí těhotenství/první porod (soubor I.)

GRAVIDITA/POROD	POČET ŽEN
1/1	14
2/1	8
3/1	4
4/1	2
5/1	1

Z tabulky č. 6 pro soubor II. vyplývá, že pouze dvě ženy donosily dítě z prvního těhotenství, ale u novorozenců došlo k závažným zdravotním komplikacím. U sedmi matek šlo o druhou až šestou graviditu, tyto ženy mají v anamnéze spontánní potraty a jedna porod mrtvého dítěte*. Jedna žena podstoupila při první graviditě umělé přerušení těhotenství** (neshody s otcem dítěte, nízký věk, finanční nezajištěnost), teď byla těhotná podruhé; je svobodná. Podruhé rodily 2 ženy (první děti donošené, zdravé), potřetí rodily 2 ženy (jedna z třetí gravidity a potřetí předčasně, druhá z šesté gravidity, ale první dvě děti byly donošené, zdravé). Jedna žena byla těhotná popáté a rodila druhé dítě (první dítě donošené, zdravé).

Tabulka č. 6: pořadí těhotenství/počet porodů (soubor II.)

GRAVIDITA/POROD	POČET ŽEN
1/1	2
2/1**	1
2/2	2
3/1*	1
3/3	1
5/2	1
6/3	1

Ze souboru III. donosila dítě z prvního těhotenství pouze jedna žena, ale dítě mělo vážné zdravotní komplikace. Dvě ženy byly těhotné podruhé (poprvé spontánně potratily, obě ve třetím měsíci těhotenství). Jedna žena byla těhotná potřetí a již jedno dítě spontánně a v termínu porodila (spontánní potrat nastal při druhé graviditě) a jedna rodila druhé dítě ze čtvrté gravidity (spontánním potratem skončila první dvě těhotenství, porod prvního dítěte ze třetí gravidity byl předčasný – gestace 35 + 4, dítě bylo tedy lehce nedonošené, ale zdravé). Všechny ženy ze souboru III. porodily jedno dítě. Žádná nepodstoupila léčbu v CAR, ale všechny gravidity byly plánované a chtěné.

Tabulka č. 7: pořadí těhotenství/počet porodů (soubor III.)

GRAVIDITA/POROD	POČET ŽEN
1/1	1
2/1	2
3/2	1
4/2	1

Následující údaje budou pro lepší přehlednost vyhodnocovány jen pro soubory I. a II.

4. Toto těhotenství

a) Plánovanost a přijetí těhotenství:

Podle výpovědí, které jsem získala, jsem tuto položku vyhodnotila v tabulce č. 8. O velmi chtěné a plánované těhotenství půjde samozřejmě u žen (resp. u párů), které podstoupily léčbu neplodnosti v centru asistované reprodukce (CAR), ale také u žen, které mají v anamnéze spontánní potraty nebo mimoděložní graviditu, která musela být ukončena. Plánované a přijaté je těhotenství, před kterým žena po dohodě s manželem vysadila antikoncepci. Jako neplánované, ale přijaté hodnotím těhotenství, kdy ženy otěhotněly náhodně, neplánovaně, ale buď ani neuvažovaly o ukončení gravidity („dítě jsme chtěli o něco později, ale to nevadí“), nebo se i přes zvažování, zda dítě mít nebo nemít, nakonec rozhodly, že dítě donosí a porodí. Jako neplánované a nepřijaté hodnotím jedině těhotenství, vysvětlení tohoto zařazení je zřejmé z kazuistiky č. 4.

Tabulka č. 8: plánovanost/přijetí těhotenství (soubor I. a II.)

PLÁNOVANOST/PŘIJETÍ TĚHOTENSTVÍ	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Centrum asistované reprodukce	10	3
Plánované – velmi chtěné*	6	2
Plánované – přijaté**	8	1
Neplánované – přijaté	5	2
Neplánované – nepřijaté	-	1

* předchozí těhotenství skončilo spontánním potratem

** vysazení antikoncepce, plánované těhotenství oběma partnery

Vzhledem k tomu, že 13 matek z celkového počtu 38 žen (soubor I. a II. podstoupilo léčbu v CAR, uvádím ještě rozdělení četnosti těhotenství podle toho, jakým způsobem ženy otěhotněly.

Tabulka č. 9: otěhotnění, četnost těhotenství (soubor I. a II. dohromady)

SPONTÁNNĚ	CAR
25 žen	13 žen
Jeden plod – 23	Jeden plod – 2*
Dvojčata (gemini) – 2	Dvojčata (gemini) – 10
Trojčata (trigemini) – 0	Trojčata (trigemini) – 1

* v jednom případě šlo o tzv. syndrom mizejícího dvojčete (původně dvojčetná gravidita se samovolně zredukovala na jednočetnou)

b) V péči těhotenské poradny:

Všechny oslovené ženy pravidelně do prenatální poradny. První návštěva se uskutečnila v průměru 7. týden gravidity (nejdříve 5. týden a nejpozději 11. týden).

Jedinou výjimkou byla žena ze souboru III., která šla do poradny až v 16. týdnu těhotenství, ačkoliv si byla těhotenstvím jistá již od třetího dne po vynechání menstruace (více viz kazuistika č. 5).

c) V péči poradny v porodnici:

V péči poradny v porodnici, kde chtěly родit, byly pouze ty ženy, které překročily 33. týden gravidity. Ostatní matky se sice k porodu zaregistrovaly, ale porodily dříve, než se do poradny objednaly a začaly tam docházet na prohlídky.

d) Průběh tohoto těhotenství:

Subjektivní výpovědi žen o ev. problémech v průběhu jednotlivých trimestrů uvádím pro lepší přehlednost v následující tabulce, vyhodnocovala jsem pouze jeden příznak, který byl subjektivně podle dotazované ženy nejzávažnější nebo nejnepříjemnější, i když jich někdy uvedly více (většinou dva).

*Tabulka č. 10: průběh těhotenství v jednotlivých trimestrech
soubor I. (první sloupec), soubor II (druhý sloupec)*

UVÁDĚNÉ OBTÍŽE	1. TRIMESTR		2. TRIMESTR		3. TRIMESTR	
	soubor I.	soubor II.	soubor I.	soubor II.	soubor I.	soubor II.
Zcela bez obtíží	7	2	11	2	1	-
Mírné obtíže (nevolnost, nechutenství, únava)	13	2	3	1	3	-
Silnější obtíže (častá nevolnost, zvracení, velká únava)	3	1	2	1	2	-
Viróza	1	1	-	1	4	1
Střevní chřipka	-	-	-	-	1	-
Nízký tlak	1	1	1	-	-	-
Vyšší tlak	-	-	1	-	-	-
Pálení žáhy	-	-	-	1	1	-
Otoky	-	-	-	-	2	-
Bolesti v zádech, tříslech, podbřišku,...	-	-	2	1	1	2
Obtíže související s polohou plodu (tlak dítěte, časté nucení na močení,...)	-	-	-	-	2	1
Časté „tvrdnutí břicha“	-	-	2	1	2	1
Gynekologické obtíže (placenta praevia, postupující nález, polyp na čípku)	-	-	2	-	3	1
„Špinění“	2	1	1	1	-	-
Krvácení	-	1	2	-	1	-
Klid na lůžku (IVF)	2	-	1	-	1	1
Preventivní hospitalizace	-	-	1	-	2	-
Gravidita skončila koncem 2. trimestru porodem	-	-	-	-	3	2

V prvním trimestru se velmi dobře cítilo pouze devět těhotných z obou souborů, ostatní ženy uváděly různé obtíže: 15 žen mírnou nevolnost, nechutenství a únavu; čtyři ženy často zvracely, měly závratě, bylo jim na omdlení a cítily silnou únavu; dvě ženy měly virózu; dvě uváděly nízký tlak. Tři ženy v 1. trimestru „špinily“ (doporučen klid na lůžku) a dvě byly preventivně hospitalizované (v anamnéze potraty, nyní IVF).

Ve druhém trimestru se 13 žen cítilo dobře, neměly žádné zdravotní problémy, čtyři ženy uváděly mírné a tři větší problémy (únava, nevolnost apod.). Jedna žena měla virózu, dvě problémy s tlakem a jedna žena udávala silné pálení žáhy. Tři ženy pociťovaly bolesti v zádech, podbřišku nebo tříselech; třem často „tvrdlo břicho“ a dvě ženy měly gynekologické problémy. U pěti žen se objevilo „špinění“ nebo dokonce krvácení, dvě ženy byly hospitalizované (v jenom případě se jednalo o trigemini).

Ve třetím trimestru neměla žádné obtíže pouze jedna žena, mírné obtíže související s únavou uvedly tři ženy, silnou únavu a výraznější obtíže uvedly dvě ženy. Dokonce pět žen mělo v tomto období virózu, jedna střevní chřipku a šest jiné obtíže (pálení žáhy, otoky, bolesti v zádech, podbřišku nebo v tříselech). Silné bolesti v souvislosti s polohou dětí (gemini) uvedly tři ženy. Časté „tvrdnutí břicha“ uvedly tři, postupující gynekologický nález čtyři ženy. Jedna žena začala krvácet. Čtyři ženy byly preventivně hospitalizované (trigemini, gemini nebo postupující gynekologický nález). Uvedené problémy v tomto trimestru velmi často předcházely porodu, který u několika žen nastal do jednoho týdne. Těhotenství pěti žen skončilo porodem extrémně nezralého dítěte ještě před začátkem 3. trimestru („1. trimestr trvá do 12. týdne, 2. trimestr do 28. týdne (12. – 27. týden) a 3. trimestr od 28. týdne do termínu porodu“ – Vacek, 2006, s. 65).

e) **Onemocnění:**

Pokud dotazované ženy uváděly nějaké zdravotní obtíže, jednalo se zpravidla o nachlazení, virózu, střevní chřipku (viz tabulka č. 10). Jedna žena měla zánět močových cest. Jiné závažné choroby nebo zdravotní obtíže nesouvisející s graviditou se neprojevíly. Některé ženy si v období nemoci vzaly Paralen nebo Ibalgin, užívaly sirup na kašel a nosní kapky, tři užívaly během těhotenství antibiotika.

f) **Léky:**

Z celkového počtu 38 dotazovaných žen (oba soubory hromady) užívalo 16 žen vitamíny, kyselinu listovou nebo doplňky vhodné pro těhotné ženy (např. Mammavit, Calibrium). Deset žen užívalo na doporučení lékaře železo, osm magnezium, osm jód, čtyři Utrogestan. Ženy, které se léčily se štítnou žlázou, užívaly Letrox. Tři ženy braly Detralex (křečové žíly). Dvě ženy měly lékařem doporučenou dietu (těhotenská cukrovka). Některé ženy užívaly více přípravků najednou. Kromě vitamínových doplňků a sirupů na kašel bylo užívání léků vždy konzultováno nebo doporučeno lékařem.

g) Hospitalizace:

Z celkového počtu 38 žen (soubor I. a II.) bylo 14 žen v průběhu těhotenství hospitalizováno. Ve dvou případech šlo o preventivní hospitalizaci po IVF v prvním trimestru, dvě ženy byly v nemocnici ve druhém trimestru a čtyři ve třetím trimestru (ve všech čtyřech případech byly ženy v porodnici až do porodu (dvě z nich měly plánovaný operativní porod, ve dvou případech se porod rozběhl spontánně).

Šest žen bylo během těhotenství hospitalizováno na 5 dní až 3 týdny z různých zdravotních důvodů, ale všechny byly propuštěny domů.

h) Příprava na porod:

Mezi otázky týkající se průběhu těhotenství jsem zařadila i dotaz týkající se přípravy k porodu (kurz v porodnici, cvičení nebo plavání pro těhotné apod.).

Tabulka č. 11: příprava k porodu (soubor I. a II.)

PŘÍPRAVA K PORODU/CVIČENÍ	ANO		NESTIHLA		NE	
	soubor I.	soubor II.	soubor I.	soubor II.	soubor I.	soubor II.
Cvičení pro těhotné	5 (1*)	1**	-	-	-	-
Jóga pro těhotné	1*	-	-	-	-	-
Plavání pro těhotné	2	1**	-	-	-	-
Příprava k porodu, přednášky	2*	1**	12	4	10	4

Ze souboru I. chodilo cvičit nebo plavat osm žen a dvě z nich stihly absolvovat také přípravný kurz (označeno*), 12 žen přípravu k porodu plánovalo, ale nestihlo a 10 žen kurz nebo jiný způsob přípravy k porodu absolvovat nechtělo.

Ze souboru II. čtyři ženy žádnou přípravu ani cvičení neplánovaly (dvě z nich ji absolvovaly před porodem prvního dítěte, takže teď neměly potřebu chodit na další kurz), čtyři jí plánovaly, ale nestihly, a jedna žena chodila na cvičení a plavání pro těhotné a z přípravy k porodu absolvovala dvě přednášky ze čtyř (označeno**).

5. Začátek porodu

a) Délka gestace a počet dětí narozených v jednotlivých týdnech:

Všech 38 žen (soubor I. a II.) porodilo **celkem 52 dětí**. Nejkratší délka gestace byla 24 + 2, nejdelší 36 + 0.

Tabulka č. 12: délka gestace, stupeň nezralosti a počet dětí narozených v jednotlivých týdnech (soubor I. a II.)

DÉLKA GESTACE/ NEZRALOST	POČET NAROZENÝCH DĚTÍ				
	SOUBOR I.			SOUBOR II.	
	1 DÍTĚ	GEMINI	TRIGEM.	1 DÍTĚ	GEMINI
24. týden/EN	-	-	-	2	-
25. týden/EN	-	-	-	-	-
26. týden/EN	2	-	-	-	-
27. týden/EN	-	-	-	1	1
28. týden/TN	3	-	-	-	-
29. týden/TN	1	1	-	-	-
30. týden/TN	1	1	-	-	-
31. týden/TN	3	1	-	-	-
32. týden/SN	2	1	1	1	-
33. týden/SN	2	3	-	1	-
34. týden/SN	2	3	-	2	-
35. týden/LN	1	1	-	-	-
36. týden/LN	-	-	-	1	-
CELKEM	17 dětí	22 dětí	3 děti	8 dětí	2 děti

(pozn. : EN – extrémní nezralost, TN – těžká nezralost, SN – střední nezralost, LN – lehká nezralost)

Soubor I. : 17x jedno dítě
11x gemini (dvojčata)
1x trigemini (trojčata)
Celkem: 42 dětí

Soubor II.: 8x jedno dítě
1x gemini

Celkem: 10 dětí

b) Příznaky signalizující možnost předčasného porodu/začátek porodu:

Předčasný porod většinu žen překvapí, protože nemají žádné signály, že by zrovna je mělo něco takového potkat. Porod začne většinou náhle (kontrakce, odtok plodové vody (PV), odchod hlenové zátky, krvácení) a je nutný rychlý odjezd do porodnice. Jsou ovšem také ženy, které mají různě silné potíže od otěhotnění, jejich těhotenství je od začátku rizikové a přes různá opatření (PN, hospitalizace, klid na lůžku, medikace) se nepodaří předčasný porod oddálit nebo zastavit.

Tabulka č. 13: známky hrozícího předčasného porodu

PŘÍZNAKY	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Pravidelná kontrola u lékaře, zjištěn pokročilý vaginální nález*	3	-
Náhle začaly kontrakce, příp. ještě krvácení*	9	2
Náhlý odtok PV, příp. začaly kontrakce*	5	1
Náhlé slabé krvácení, příp. začaly kontrakce*	1	-
Náhlé silné krvácení, kontrakce*		1
Náhlý odchod hlenové zátky, odtok PV, začaly kontrakce*	3	-
Časté bolesti v podbříšku, i přes hospitalizaci progredující nález	2	-
Bolesti v tříslech, výtok, únava, „divný pocit“	1	-
Bolesti břicha, „zácpa“, odtok PV	1	-
Bolest stydké kosti, kontrakce	1	-
Časté „špinění“ od počátku gravidity, zánět močových cest, slabé krvácení, progredující nález	-	1
Slabý výtok, únava, náhle slabé krvácení a bolesti v podbříšku	1	2
Stále slabé krvácení, náhle stahy	1	1
Placenta praevia, silné krvácení	-	1
Plánovaný S. C. – trigemini	1	-

Odpovědi označené* znamenají, že u těchto žen nic nesignalizovalo možnost předčasného porodu (nebo určité signály vůbec nezaznamenaly), všechny měly pocit, že jsou v dobrém zdravotním stavu a začátek porodu nebo náhle odeslání lékařem do porodnice je překvapilo.

U ostatních žen se projevovaly různé potíže a příznaky, které pravděpodobnost předčasného porodu mohly naznačovat, a tyto matky většinou předčasný porod nepřekvapil, „tušily“, že se to může stát, protože se určitou dobu (nejméně 3 dny a nejvíce po celou dobu těhotenství) necítily dobře.

c) Pocit spojené se začátkem porodu:

Pokud je začátek porodu náhlý a žena narození dítěte ještě vůbec neočekává, tak je vysoce pravděpodobné, že bude z celé situace vyděšená, její emoce budou negativní a tím bude ovlivněno i její jednání.

Tabulka č. 14: pocity spojené se začátkem porodu

POCITY NA ZAČÁTKU PORODU	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Myslela, že jde o potrat, nečekala přežití dítěte, šok, smutek, beznaděj, vina	1	3
Výčitky, pocit viny, selhání	6	5
Šok, stres, obavy o život dítěte, „je to brzy“	5	4
Strach, třásla jsem se, nervy	-	-
Zmatek, nechápání situace („nedocházelo mi, že rodím, myslela jsem, že si dělají legraci“)	6	1
Ochromení, „nemyslelo mi to“	4	-
Není to v pořádku	1	-
Věděla jsem, že je to asi malér	-	1
Strach o svůj život i o život dítěte	-	1
Nervozita, strach	2	-
Úleva, že ta zátěž a bolest (jak děti tlačily) už skončí, trochu strach, aby byly v pořádku	1	-
Únava	1	-
Úleva, že bude v nemocnici, důvěra v lékaře	-	-
Strach, aby všechno dobře dopadlo, ale i těšení se na dítě	5	2
Radost, těšení se na dítě	7	-
Plánovaný S. C., těšení na děti	1	-
Nevím	1	-

Pozn.: počet odpovědí je vyšší než počet odpovídajících respondentů, protože dotazované ženy většinou uváděly více pocitů (vyhodnocovala jsem dva označené jako nejsilnější)

Vzhledem k tomu, že oslovené ženy rodily v rozmezí 24 + 2 až 36 + 0 (gestační týdny), tak je pochopitelný značný rozptyl jejich odpovědí. Stručně by bylo možné shrnout, že ženy, které rodily ve 30. týdnu těhotenství a dříve, měly emoce výhradně negativní. Ženy, které překročily 32. týden, se na dítě těšily, i když obavy o zdraví dítěte pociťovaly. Ženy, které rodily po 34. týdnu, měly pocity pozitivní, pokud se u nich projevíly obavy, tak jen krátce (dalo by se uvažovat o srovnání se ženami, které rodí v termínu – vše je v pořádku, ale přesto se obavy o zdárný průběh porodu, zdraví dítěte apod. objeví, což je přirozené).

d) Jednání spojené se začátkem porodu:

Po objevení se příznaků signalizujících možnost předčasného porodu všechny ženy buď přímo kontaktovaly svého (nebo nejbližšího dostupného) lékaře nebo informovaly své partnery nebo blízké osoby (rodiče, sousedé, kamarádi), a ti je odvezli do nemocnice nebo zavolali sanitku. V několika případech lékař zařídil převoz do jiného zdravotnického zařízení (perinatologické nebo intermediární centrum).

Z celkového počtu 38 dotazovaných žen jich bylo devět mimo domov, takže čekaly na převoz, příp. kontaktovaly manžela. Ostatní ženy byly v momentě, kdy se objevily potíže nebo příznaky porodu, doma. Osm z nich vypovědělo, že nebylo schopno žádné smysluplné aktivity (sbalit si tašku, najít doklady, mobil,...), byly „vystrašené, zmatené, ochromené“. Pět žen si na doporučení lékaře okamžitě lehlo a čekalo na převoz sanitkou. Deset žen si sbalilo do tašky alespoň nejnnutnější věci a šest o to požádalo manžela, souseda nebo rodiče, kteří byli přítomni.

e) Osoba, která byla se ženou v momentě přijetí do porodnice:

Tabulka č. 15: osoba doprovázející ženu při příjmu do porodnice

PŘÍTOMNÁ OSOBA	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Manžel	16	5
Rodiče	2	1
Kamarád	1	-
Zdravotníci	10 (3*)	3 (2*)

* Manžel dorazil do hodiny po přijetí ženy do porodnice

Nejčastějším doprovodem byl u většiny žen manžel, čtyři muži přijeli za svými ženami později, protože jeli z práce (tři muži) nebo museli vyřešit péči o dítě a předat ho prarodičům (soubor II. – 2 muži).

Přítomnost blízké osoby na všechny ženy působila uklidňujícím dojmem. Pokud byly pouze v péči zdravotníků (18 žen z obou souborů), tak cítily důvěru v jejich jednání, ale 11 žen si přálo, aby za nimi manžel přijel, což se v pěti případech stalo. Sedm žen u sebe v těchto okamžicích nemělo osobu blízkou, čtyřem z nich to hodně vadilo.

f) Jak jste vnímala přijetí do zdravotnického zařízení a chování zdravotníků:

Tuto položku vyhodnotím pro soubor I. a II. dohromady, protože zde není důvod pro rozlišování mezi oběma soubory.

Tabulka č. 16: chování zdravotníků při přijetí do porodnice (soubor I. a II. dohromady)

CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ PŘI PŘIJETÍ DO PORODNICE	SOUBOR I. + II.
Jednoznačně pozitivní „Velice hodní, milí, přívětiví“ „Chování příjemné, milé, rozhodné“ „Profesionální, příjemné, vstřícné“ „Velmi příjemné, uklidňující“ „Výborný lékař i porodní asistentka“ „Vynikající, vše bylo rychlé, byli hodní“ „Přívětivé, vše mi vysvětlili, výborná péče“ „Pořád velmi milí, hýčkali si trojčátka“	17
Pozitivní „Celkem hodní, milí“ „Velmi příjemní, ale nekompromisní“ „Rozhodní, profesionální, hodní“	6
Neutrální „Bez problémů“ „Rozhodné, rychlé, profesionální“ „Racionální“	7
Spíše negativní „Nic moc, pak jednali rychle, ale moc se se mnou nebavili“ „Nic moc, dali mě na monitor a moc si mě nevšimli, nic mi neřekli“ „Vlažné, rychlé, jasné, strohé“	6
Negativní „Akorát mi vynadali, že jdu pozdě“ „Jen jsem řekla, že jsem chtěla родit do vody, tak se na mě koukali, že jsem divná“	2
Nevím „Já ani nevím, moc jsem to nevnímala“	1

Přijetí do zdravotnického zařízení všechny ženy vnímali jako bezproblémové zejména v případech, že jiný lékař zařídil jejich převoz. U žádné z nich nedošlo k delšímu prodlení, naopak z nich hodnotila příjem jako „rychlý; žádné okolky; už na mě čekali apod.“ Chování zdravotníků bylo důležité pro všechny ženy, pouze jediná hodnotila „nevím“, jinak všechny výstižně popisovaly, jak na ně projev lékařů, porodních asistentek nebo sester působil. 23 žen hodnotilo chování zdravotníků jednoznačně pozitivně nebo pozitivně, na 7 žen působilo neutrálně a 8 žen vnímalo chování zdravotníků negativně.

6. Porod

a) Průběh porodu:

Vzhledem k tomu, že se u všech žen jednalo o předčasný (a tedy rizikový) porod, byl často veden operativně, což následně ovlivnilo jejich stav i pocity (viz položka b). Ze 38 dotazovaných žen jich 26 porodilo císařským řezem, který byl ve třech případech plánovaný (trigemini, gemini), a pouze 12 žen porodilo spontánně.

Tabulka č. 17: způsob vedení porodu (soubor I. a II.)

ZPŮSOB VEDENÍ PORODU	SOUBOR I.	SOUBOR II.	CELKEM
Spontánní porod	7	5	12
Akutní operativní porod (S. C.)	19	4	23
Plánovaný operativní porod (S. C.)	3	-	3

b) Pocity po porodu:

Tabulka č. 18: pocity spojené se začátkem porodu (soubor I. a II.)

POCITY	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Bezprostředně po porodu nečekala přežití dítěte, zoufalství, beznaděj, pak šok, že vůbec žije	1	2
Zmatek, nejistota, nervozita, „veliký strach o dítě“	9	3
Obavy, zmatek, byla jsem úplně „mimo“	-	1
Výčitky, pocit viny, selhání, zlost	2	4
Zklamání, že „všechno je jinak, než jak jsem to chtěla“	2	2
Velmi negativní pocity, „bylo to hnusný“, „zlý sen“	-	1
Únava, ospalost, bolest	5	2
Úleva, vysvobození	1	-
Zvláštní euforie, úleva, „konečně“	5	1
Překvapení z pohlaví dítěte	2	
Důvěra v lékaře	2	1
Radost, štěstí, naplnění	6	1

Pozn.: počet odpovědí je vyšší než počet odpovídajících respondentů, protože dotazované ženy většinou uváděly více pocitů (vyhodnocovala jsem dva, označené jako nejsilnější)

Podle očekávání měly po porodu silně negativní pocity ženy, které porodily extrémně nebo těžce nedonošené děti, kde se logicky objevila nejistota, strach o život dítěte (dětí), pocity viny a selhání. Do negativně laděných odpovědí patří i výroky žen, které byly zklamané tím, že porod proběhl jinak, než si přály a plánovaly (porod do vody, porod s otcem dítěte, přirozený porod; jedna žena ze souboru III. chtěla rodit doma). Ženy, které porodily jen lehce nedonošené děti, měly pocity pozitivní, zvláště v případě, že si přály rodit s manželem a on s nimi pak byl.

c) Otec u porodu:

Z celého souboru 38 dotazovaných žen jich bylo 37 vdaných nebo žily v trvalém partnerském svazku s otcem dítěte. Jedna žena byla svobodná a bydlela u rodičů poté, co ji partner vyhodil z bytu (když mu sdělila, že je těhotná). Jedna žena byla sice vdaná a měla již dvě starší děti, ale o manželovi vůbec mluvit nechtěla. Kromě těchto dvou žen dalších dvanáct dotazovaných otce u porodu nechtělo (dvě z nich se vyjádřily, že kdyby chtěl manžel, „tak ony by to přežily“). Šest žen mi řeklo, že se s manželem vůbec nestačili domluvit, jejich postoj ke společnému porodu byl neutrální a asi by záleželo na otci dítěte.

V konečném součtu však bylo u porodu pouze šest otců, protože u operativních porodů otcové nemohli být přítomní. Také od velmi časných spontánních porodů byli otcové vykázáni na chodbu – ženy hodnotily jejich nepřítomnost velmi negativně, chyběla jim manželova přítomnost a podpora. Ženy, které rodily s otcem dítěte, vnímaly jeho přítomnost velmi pozitivně a byly rády, že s nimi byl.

7. Zdravotní stav matky po porodu:

a) Délka pobytu na oddělení šestinedělí, stav po porodu:

Vyhodnocování tohoto údaje není relevantní vzhledem k tomu, že některé matky po předčasném porodu zůstávaly na oddělení šestinedělí a čekaly, až se uvolní místo na nedonošeneckém oddělení, kam pak byly přijaty za svými dětmi, nebo čekaly na uvolnění postele na ložnici matek. Obecně je možné říci, že většina žen po spontánním porodu byla hospitalizovaná 4–5 dní a po operativním porodu 6–7 dní. Dvě ženy z celkového počtu 38 dotazovaných žen měly vážné zdravotní komplikace (vysoké horečky, bolesti, plicní embolie; krvácení, nutnost opakované revize dělohy, horečky), šest žen po operativním porodu uvádělo bolesti a potíže s hojením jizvy.

b) Laktace:

Bez rozdílu všechny ženy se všech tří souborů chtěly svoje děti po porodu kojit, přičemž z celkového počtu 38 žen si 28 žen skutečně hodně přálo kojit; 4 ženy uvedly, že by „raději kojily“ a 4 ženy řekly, že o způsobu výživy dítěte nikterak zvlášť nepřemýšlely a že kojit budou, pokud to půjde, ale nevdí jim ani krmení dítěte umělou výživou.

Jedna z posledně uvedených čtyř žen byla kuřačka a řešila dilema, zda má dítě kojit nebo jestli není lepší umělá výživa. Kouření se vzdát odmítla, počet vykouřených cigaret po celou dobu těhotenství alespoň postupně snižovala (z původních 20–30 denně na 5 cigaret denně před porodem a nyní, po narození dítěte, 1–3 cigarety denně). V této situaci jsem jí doporučila kouřit vždy po nakojení dítěte (v porodnici i doma) a nikdy ne v jeho přítomnosti nebo v pokoji, kde bude dítě mít. (Musím však přiznat, že nejsem schopná pochopit její neochotu vzdát se kouření ve prospěch zdraví dítěte i sebe sama, a že pro mě bylo obtížné s ní ohledně této záležitosti komunikovat tak, abych nedala svůj odmítavý postoj najevo.)

U této položky jsem u vícerodíček (dohromady 7 žen ze souboru II. a III.) očekávala vliv zkušenosti s předchozí laktací – byla vesměs pozitivní, všechny matky svoje první děti kojily (v průměru 5 měsíců, přičemž nejkratší kojení dítěte trvalo 2 a nejdelší 14 měsíců).

Nástup laktace: většině žen se od 1–3 dne po porodu tvořilo kolostrum a od 2–4 dne mateřské mléko. Ženy, které porodily extrémně nebo těžce nezralé děti, musely MM odstříkávat, protože přikládání a kojení dětí vzhledem k jejich nezralosti nepřipadalo v úvahu. Ženy po operativním porodu udávaly nástup laktace o 1–3 dny později než ženy po porodu spontánním.

Je obtížné vyhodnotit, jak probíhal nástup laktace u všech žen, protože s některými jsem mluvila 3. den po porodu, s některými až 7. den po porodu (s ženami ze souboru III. i později), takže uvedu výroky matek ohledně začátku a nástupu laktace.

Tabulka č. 19: laktace (soubor I. a II.)

LAKTACE (3–7 den po porodu)	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Bezproblémový nástup laktace, nejdříve kolostrum, dostatečná tvorba MM	16	5
Mírné obtíže s nástupem laktace, málo MM, „nic moc“	8	2
Značné obtíže s odstříkáváním, „nejde to“	4	2
Laktace nenastoupila, zatím žádné MM	1	-

c) Pocity matek v prvních 3–7 dnech po porodu:

Pocity matek v prvních dnech po porodu ve většině případů jednoznačně souvisely se zdravotním stavem novorozence a s potřebou vyrovnat se s předčasným porodem.

Tabulka č. 20: pocity matek v prvních 3–7 dnech po porodu (soubor I. a II.)

POCITY	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Jednoznačně negativní „Vina, vztek, zklamání, všechno je jinak“ „Pořád veliké obavy o dítě“ „Zmatek, smutek, zlost na celý svět, nejvíc na sebe“ „Hrozné, jen strach a výčitky, hrůza, co bude“ „Žádné mateřské pocity, prázdno, tak nějak divno“ „Takové bolesti, že mi bylo všechno jedno, jen jsem si říkala, co s ním bude, když umřu“ „Hrozné, pobyt v nemocnici je šílený a představa, že tu budeme dlouho, je strašná, děsí mě to“	7	5
Negativní „Náročné období“ „Chybí mi dítě vedle mě v postýlce, prázdno“ „Potíže s kojením, trápí mě to“ „Obava, nejistota, že se zase něco stane“ „Únava, obavy“	5	2
Neutrální „Celkem dobré, občas pláču, občas se směju“ „Takové rozporuplné pocity, různé“ „Takové smíšené pocity, směs smíchu i pláče“ „Prázdno, údiv, co se to vlastně stalo“ „Pořád tu někdo chodí, nevím, kdo je kdo“ „Nevím“	5	1
Spíše pozitivní „Celkem dobré, radost, občas trochu strach“ „Dobré, hezké, jen to mlíko kdyby bylo“	4	-
Pozitivní „Radost, štěstí“ „Úžasné, krásné, naplňující“ „Bezvadné, krásně kojíme, mám dost mléka“ „Krásný pocit z porodu, radost, těším se domů“	8	1

Jako u emocí těsně po porodu je i zde zřejmé, že jednoznačně negativní a negativní odpovědi patří matkám, které porodily extrémně nebo těžce nedonošené děti, příp. se u jejich dětí objevil nějaký zdravotní problém (soubor II.) – velká nejistota, strach o život dítěte (dětí), pocity viny a selhání, výčitky svědomí, že potíže dětí matka zavinila.

Dvě matky měly samy vážné zdravotní komplikace, v jednom případě dokonce spojené se strachem o vlastní život a obavami z opuštění dítěte, kdyby matka zemřela.

Prožívání ambivalentních pocitů je po porodu normální, stejné pocity mají i matky po fyziologickém porodu. Ženy, které porodily jen lehce, příp. středně, nedonošené děti, měly z dětí radost, často k tomuto stavu uspokojení a radosti přispěla i bezproblémová laktace a kojení.

8. Dítě

Všem ženám ze souboru I. a II. se narodilo dohromady 52 dětí (25 žen porodilo jedno dítě, 12 žen dvojčata a 1 žena trojčata). Celkem se narodilo 24 děvčátek a 28 chlapců.

a) Gestační věk:

Gestační věk novorozenců je zřejmý z tabulky č. 12 (délka gestace a počet dětí narozených v jednotlivých týdnech). Zde jen zopakují údaj ohledně nejkratší a nejdelší délky gestace: 24 + 2 a 36 + 0.

Klasifikace nezralých novorozenců:

- extrémně nezralí novorozenci – děti narozené před 28. týdnem gravidity
- těžce nezralí novorozenci – děti narozené mezi 28. až 31. týdnem
- středně nezralí novorozenci – děti narozené mezi 32. až 34. týdnem gravidity
- lehce nezralí novorozenci – děti narozené mezi 35. až 37. týdnem gravidity

Tabulka č. 21: stupeň nezralosti novorozenců (soubor I. a II.)

STUPEŇ NEZRALOSTI	SOUBOR I.	SOUBOR II.	CELKEM
Extrémní nezralost	2	4	6
Těžká nezralost	11	-	11
Střední nezralost	14	4	18
Lehká nezralost	2	1	3

b) Porodní hmotnost:

Kromě gestačního věku je z údajů o novorozenci důležitá porodní hmotnost dítěte. Nejnižší PH dítěte ze sledovaného souboru byla 820 g (dále 830g, 880g a 890 g) a nejvyšší PH byla 2490 g. Většina novorozenců byla eutrofických (porodní hmotnost odpovídala délce gestace).

Tabulka č. 22: porodní hmotnost novorozenců (soubor I. a II.)

PORODNÍ HMOTNOST	SOUBOR I.	SOUBOR II.
800 – 900 g	1	3
900 – 1000 g	-	1
1000 – 1100 g	3	-
1100 – 1200 g	2	-
1200 – 1300 g	3	-
1300 – 1400 g	2	-
1400 – 1500 g	4	-
1500 – 1600 g	2	-
1600 – 1700 g	3	1
1700 – 1800 g	4	-
1800 – 1900 g	5	1
1900 – 2100 g	7	-
2100 – 2300 g	3	3
2300 – 2500 g	4	-

c) Porodní délka:

Porodní délka (PD) není na rozdíl od PH zdaleka tak důležitá, porodopis extrémně a těžce nezralých novorozenců velmi často ani PD neuvádí a dítě je změřeno později. Uvádět zde získané údaje by bylo zavádějící, snad jen pro zajímavost mohu napsat, že nejmenší PD dítěte ze sledovaného souboru byla 31 cm a největší PD byla 47 cm.

d) Apgar score

Tento údaj je velice důležitý při posuzování stavu konkrétního dítěte, statistické zpracování by na tomto místě bylo opět zavádějící. Nejnižší Apgar skóre v 1. minutě života novorozence bylo 3 body, nejvyšší 10 (tady maximum), v 5. minutě bylo nejnižší skóre 5 bodů, nejvyšší 10. V 10. minutě života mělo jedno z dětí 5 bodů, nejvyšší skóre bylo opět 10 bodů, tedy nejvyšší počet.

Nejhorší poporodní adaptaci vykazovalo dítě narozené v gestačním věku 32 + 1 (PH 1660 g/PD neměřena): Apgar: 3 – 4 – 5.

Nejlepší poporodní adaptaci (Apgar: 10 – 10 – 10) měli tři novorozenci (všechny děti se narodily ve 33. gestačním týdnu, PH všech přesahovala 2000g/PD byla v rozmezí 44–46 cm).

e) Okamžitá péče:

Téměř všechny děti se narodily v perinatologickém nebo intermediárním centru, jedinou výjimkou bylo dítě narozené v okresní porodnici a převezené novorozeneckou transportní službou do perinatologického centra. Bohužel se jednalo o extrémně nedonošeného novorozence gestačního stáří 24 + 4 (PH 830 g/PH neuvedena) s vážnými zdravotními komplikacemi. Převoz byl pro dítě nevhodný, ale transport „in utero“ nebyl podle lékaře vzhledem k postupujícímu porodu již možný.

Narozené děti byly okamžitě převzaty do péče pediatrem a podle stupně zralosti a zdravotního stavu jim byla poskytnuta odpovídající péče. Jejich umístění na jednotlivá oddělení (RES, JIP, intermediární oddělení, oddělení nedonošených dětí) záviselo na uvedených faktorech, délka pobytu byla rovněž různá a uvádět zde průměrnou délku pobytu na jednotlivých odděleních by bylo zavádějící.

f) Výživa

Způsob výživy nedonošeného novorozence je limitován jeho nezralostí, takže u narozených dětí záleželo na jejich gestačním stáří a zdravotním stavu. U všech byla snaha o krmení mateřským mlékem (vlastním nebo cizím, pokud matka ještě MM neměla) a jakmile to jejich stav dovolil, tak bylo dítě přikládáno, a matky se je snažily kojit.

9. První kontakt matky s dítětem

Pozn.: údaje z 9. části SR-M jsou vyhodnoceny pro soubor I. a soubor II. společně, protože zařazení do jednotlivých souborů zde nehraje významnou roli.

a) Kdy matka dítě poprvé viděla:

Ženy po spontánním porodu viděly své novorozené děti bezprostředně hned po porodu, ale jen krátce. Dvě ženy si mohly novorozeně krátce pochovat. Poté matky dítě viděly v průměru za 6,5 hodiny (nejkratší doba byla 4 a nejdelší 10 hodin). Ženy po operativním porodu děti viděly v průměru za 19 hodin (nejméně 9 a nejvíce 43 hodin). Při císařském řezu v epidurální anestezii mohly ženy krátce novorozeně vidět.

Matku, jejíž dítě bylo převezeno krátce po narození transportní službou do jiné porodnice, jsem do tohoto počtu nezahrnovala, protože své dítě bezprostředně po porodu vůbec neviděla a poprvé ho navštívila za 18 dní po porodu a pak až za dalších 7 dní.

b) Iniciace návštěvy u dítěte:

Zajímalo mě, zda musely matky o návštěvu u svého dítěte žádat nebo jim byla zdravotníky nabídnuta.

Ze všech 38 oslovených matek muselo o návštěvu žádat 22 matek, 3 z nich žádaly opakovaně. Dvě matky se nikoho na nic neptaly a šly si dítě samy najít (jedna 4 hodiny po porodu, jedna za 6 hodin po porodu). Ostatním matkám byla návštěva u dítěte nabídnuta (pokud byly po operativním porodu, tak jim často sestry nabídly při převozu z JIP na oddělení šestinedělí, že je za dítětem odvezou, což všechny matky přivítaly).

c) První návštěva otce u dítěte:

Vzhledem k tomu, že 26 z 38 žen rodilo císařským řezem, tak je pochopitelné, že jim zdravotní stav neumožnil časnou návštěvu u dítěte a že otec dítěte byl první, kdo dítě viděl. Někteří dokonce dítě viděli bezprostředně po narození při převozu z porodního sálu na oddělení, kde o ně bylo dále pečováno.

Z celkového počtu 36 otců jich 19 vidělo dítě dříve než matka (v průměru 3,5 hodiny po narození), 11 otců šlo na první návštěvu spolu s matkou dítěte (9 z nich přišlo za manželkou na návštěvu na JIP a bylo jim dovoleno nebo nabídnuto, aby ji na křesle odvezli za dítětem). Ostatních 6 mužů vidělo dítě později než matka (tři z nich byli pracovně mimo Prahu, resp. v zahraničí).

d) Délka návštěvy u dítěte:

První návštěva matky u dítěte byla zpravidla krátká a nebyl velký rozdíl mezi ženami po spontánním a operativním porodu. Nejčastěji u dítěte strávily 10–20 minut (nejkratší návštěva trvala 5 minut, matka se necítila dobře po operativním porodu).

e) Doprovod matky při její první návštěvě u dítěte:

Dvě matky šly za dítětem na první návštěvu úplně samy, 23 žen v doprovodu manžela a 13 žen doprovodila sestra z JIP nebo oddělení šestinedělí.

f) Přítomnost zdravotníků (pediatrů) při první návštěvě matky (rodičů) u dítěte:

Při první návštěvě u dítěte byly všechny matky v kontaktu s někým ze zdravotníků z RES, JIP nebo oddělení, kde bylo o jejich dítě pečováno. Zpravidla za nimi přišel lékař a informoval je o zdravotním stavu dítěte. V 8 případech to nebylo možné (byl u jiného porodu), byla s nimi u dítěte sestra a lékař za matkou přišel později (nejdéle za 4,5 hodiny).

g) Informace podané matce (příp. oběma rodičům) při první návštěvě u dítěte:

Pro rodiče předčasně narozeného dítěte jsou informace o jeho stavu velmi důležité, ale při první návštěvě pro ně bývá celá situace natolik emočně náročná, že sdělované údaje ani příliš nevnímají.

Většinou matky uváděly, že jim při první návštěvě u dítěte byly informace podané srozumitelně a jasně. V případě extrémně nebo těžce nedonošených dětí mnoho informací nedostaly, přístup zdravotníků hodnotí jako opatrný („pochopitelně“), ale citlivý a vstřícný. Při první návštěvě se matky zpravidla na nic neptaly, stačily jim podané informace. Deset matek uvedlo, že si ze sdělovaného obsahu nic nepamatovalo, osm matek si naopak pamatovalo „každé slovo“.

10. Informace o zdravotním stavu dítěte (průběžné)

a) Podávání informací

Kromě způsobu podání prvních informací po narození nedonošeného dítěte je důležitá doba, po kterou musí matka (resp. oba rodiče) na vůbec první informace hned po porodu čekat. Je rozdíl mezi tím, zda je matka po spontánním nebo operativním porodu, protože ženy po císařském řezu na JIP obvykle čekají na první zprávy déle než matky po spontánním porodu na oddělení šestinedělí. U popisovaného vzorku dostaly matky po spontánním porodu první informace v průměru za 5 hodin (některé matky však dostaly první krátkou informaci hned nebo velmi krátce po porodu a později za nimi přišel pediatr s podrobnějšími zprávami). Ženy po operativním porodu dostaly první informace v průměru za 9,5 hodiny po porodu (ale z celkového počtu 26 žen jich 14 tento údaj vůbec nevědělo a neměly ani odhad). Informace obvykle podával lékař-pediatr, ale některé matky si nebyly jisté, zda za nimi přišel lékař, resp. lékařka, nebo sestra.

Každopádně doba, po kterou musely ženy na první informace čekat, byla jedinou kritizovanou položkou v rámci položek týkajících se podávání informací o dítěti, kterou ženy ve větší míře kritizovaly.

Některé matky kritizovaly nedostatečné informace ohledně laktace (odstříkávání mléka, kojení) a vadily jim rozporuplné informace ohledně péče o dítě (často uváděly např. neshodu sester ohledně koupání dětí, používání kosmetických přípravků apod.)

Celkově však většina matek považovala způsob podávání informací za dostatečný, i když celková spokojenost s informacemi byla výrazně ovlivněná i tím, zda byly pozitivní nebo negativní. Pokud bych měla hodnocení informovanosti shrnout, tak nejlépe v tabulce.

Tabulka č. 23: informace podané matce (příp. oběma rodičům) při první návštěvě u dítěte (soubor I. a II.)

INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE:	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Podané informace byly dostatečné, jasné, srozumitelné, podávané včas a ohleduplně. Případné otázky byly vždy uspokojivě zodpovězeny.		
Ano, souhlasím	14	4
Většinou ano, spíše souhlasím	10	3
Tak napůl	3	2
Většinou ne, spíše nesouhlasím	2	-
Ne, nesouhlasím	-	-

b) Nabídka psychologické péče

Při kontaktu a komunikaci s rodiči musí zdravotníci vidět, v jakém psychickém stavu se rodiče nacházejí a při té příležitosti by jim měli nabídnout možnost psychologické péče. Bohužel ani v jednom případě takováto nabídka nezazněla, ačkoliv byl psychický stav několika matek velmi špatný a psychologu by potřebovaly.

Tabulka č. 24: možnost psychologické péče po předčasném porodu (soubor I. a II.)

ZAZNĚLA NABÍDKA PSYCHOLOGICKÉ PÉČE, EV. UVÍTALA BYSTE TUTO MOŽNOST?	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Ano, nabídku jsem dostala	-	-
Ne, ale velmi bych ji potřebovala	11	7
Ne, ale zřejmě bych ji uvítala	8	1
Ne, ale nevím, jestli bych ji potřebovala	4	1
Ne, ale nepotřebovala bych ji	6	-

11. Kontakt s dítětem

Základním předpokladem pro přirozené navázání vztahu k dítěti je intenzivní kontakt od prvních chvil po jeho narození. V případě narození nezralého dítěte je situace a možnosti kontaktu dítěte s rodiči daná zdravotním stavem dítěte, příp. matky po porodu.

a) Možnost kontaktu s dítětem:

Všechny dotazované ženy uvedly, že jejich kontakt s dítětem po celou dobu jeho hospitalizace nikdo neomezoval, nikoho nemusely žádat a vždy měly přístup na oddělení, kde se jejich dítě nacházelo. Většina matek za dítětem docházela v intervalu 3–3,5 hodiny na krmení (kojení), ale pokud chtěly, mohly přijít kdykoliv, ve dne i v noci.

b) První kontakt s dítětem (doteky, chování):

K prvním dotekům byly matky, resp. oba rodiče, povzbuzování hned při první návštěvě u dítěte, ale v případě extrémně nebo těžce nezralých dětí matky tuto nabídku nevyužily, protože samotný pohled na dítě pro ně byl emocionálně náročný a vyčerpávající. Některé to komentovaly slovy: „Sestřička říkala, ať ho/jí klidně pohladím, ale já se nemohla ani pohnout, byla jsem jako ochromená; bála jsem se ho/jí dotknout; chtěla jsem, ale nešlo to, už takhle to bylo šílené...“

Pokud se narodilo dítě středně nebo lehce nezralé, neměly matky s doteky problém, dítě hladily, příp. ho hned dostaly do náručí a chovaly ho.

Matky všech dětí (tedy soubor I. a II. dohromady) uvedly, že dítě dostaly do náručí poprvé v průměru za 3,5 dne, ale tento údaj nemá velkou výpovědní hodnotu. Opět je třeba si uvědomit, že lehce nebo středně nezralé děti mohou jejich rodiče obvykle chovat velice brzy (jejich matky uváděly, že měly dítě v náručí hned první nebo druhý den po jeho narození. Stav těžce nebo extrémně nezralých dětí může být natolik vážný, že je matky mohou do náručí dostat do náručí až za dlouhé dny, nebo dokonce týdny. Dotazované matky těchto dětí je dostaly do náručí nejdříve 2. den a nejpozději 21. den po porodu, nejčastěji však uváděly rozmezí 3–7 dnů.

c) Povzbuzování ke kontaktu s dítětem:

Povzbuzování ke kontaktu s dítětem vycházelo především od sester, což je pochopitelné, neboť ony o dítě pečují, přebalují ho, koupou a ošetřují. Ale i lékaři, kteří byli s matkou nebo oběma rodiči (zpravidla při jejich první návštěvě) u dítěte, často ke kontaktu s dítětem (k dotekům, hlazení, promluvě) povzbuzovali.

d) Zapojení do péče o dítě:

Limitujícím faktorem je i zde zdravotní stav dítěte. Matky lehce či středně nezralých dětí se do péče o ně mohly zapojit v průměru 3. den (jedna matka uvedla, že mohla o své dítě pečovat hned od prvního dne; nejpozději se od péče o dítě matka zapojila 6. den). U těžce nebo extrémně nedonošených dětí byla tato doba výrazně delší, průměrně se matky mohly zapojit do péče o dítě v rozmezí 3–37 dnů (uvádět zde průměr by bylo velmi zavádějící, protože dvě matky se do péče o dítě zapojily poprvé ve třetím týdnu po jeho narození a jedna matka dokonce až 37. po porodu poprvé přebalila svoje dítě).

e) Pocity matek při zapojení do péče o dítě:

Zapojení do péče o dítě je pro matky nedonošených dětí obvykle velmi významné, protože se tím posilují jejich mateřské pocity a sebevědomí.

Tabulka č. 25: pocity matek při zapojení do péče o dítě (soubor I. a II.)

POCITY PŘI PÉČI O DÍTĚ	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Jednoznačně pozitivní „Veliká radost, štěstí, už jsem se na to zase těšila“ „Velká radost, že už nemá všechny ty hadičky, že se o ni můžu začít starat já“ „Radost, něha, pýcha“ „Velmi krásné, něžné, naplňující“ „Dokonalé – radost, štěstí, takové heboučké to bylo“ „Já jsem tvoje máma!“	14	1
Spíše pozitivní „Radost, trošičku nejistota“ „Něha a taky trochu nejistota zároveň“	4	1
Smíšené „Moc hezké, jen jsem se hodně bála, že jsou tak maličcí“ „Něha a smutek zároveň, bála jsem se radovat“ „Něha, radost, ale i nejistota, taková moje neohrabanost“ „Radost, něha, ale i strach, abych mu neublížila“	7	3
Spíše negativní „Něha, ale hlavně nejistota, obavy i pořád pocit viny“ „Bojím se, abych jí neublížila, je tak maličká“	4	2
Jednoznačně negativní „Divné, bylo to takové cizí dítě, žádné mateřské pocity“ „Hrozná, byla tak malá a nemocná“	-	2

Pocity matek při zapojení do péče o dítě se, stejně jako jejich emoce po předčasném porodu, odvíjejí od stavu dítěte. Zde hraje roli i porodní hmotnost dítěte, matky dětí, které

jsou relativně „velké“, nemají takové obavy při manipulaci s nimi, zatímco matky velmi drobných, křehkých novorozenců cítí nejistotu a obavy, aby dítěti neublížily.

Dvacet matek z obou souborů vypovídalo o pozitivních emocích, jako mírně negativní se objevila zmiňovaná nejistota (což je ovšem dáno i tím, že se jednalo převážně o matky-prvorodičky, které nemají ještě s péčí o dítě zkušenost).

Šest žen mělo pocity spíše negativní, ovlivněné právě strachem z manipulace s tak drobným dítětem, a do dvou výpovědí se promítly trvalé pocity viny, že stav dítěte způsobila matka tím, že ho předčasně porodila.

Silně negativní pocity měla matka, u které byly zřejmé potíže s přijetím dítěte (viz kazuistika č. 4), a matka extrémně nedonošeného dítěte ve vážném zdravotním stavu.

f) Postupný vývoj pocitů při péči o dítě:

Zapojením do péče o dítě matky postupně získávají jistotu a přestávají mít obavy, že by mohly dítěti ublížit. Zajímalo mě, jak a jakým směrem se jejich pocity měnily.

Tabulka č. 26: vývoj pocitů matek při péči o dítě (soubor I. a II.)

VÝVOJ POCITŮ PŘI PÉČI O DÍTĚ	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Jednoznačně pozitivní „Bylo to pořád krásné“ „Jsem pořád spokojená, je to krásné“ „Žádné velké změny, byla jsem spokojená“ „Stávala jsem se jistější a začala jsem si všechno užívat“	17	2
Spíše pozitivní „Pomalou se to zlepšovalo, jak přibíral na váze“ „Lepší se to, už se tolik nebojím“ „Všechno celkem dobré, deptaly mě rozdílné informace“ „Měnilo se to hodně, spíš k lepšímu“ „Celkem stabilní, jak kolem kojení mám trable“	5	2
Smíšené „Tak se to přelévalo podle toho, jak jsem se cítila a taky jak přibírali děti na váze“ „Bylo to těžké a pořád je, i když někdy cítím radost“	4	1
Spíše negativní „Chyběla mi intimita při péči o ní, trochu jsem se jakoby styděla, když neustále kolem někdo byl“ „Bojím se radovat“ „Trochu se to lepší, ale pořád pláču, je to stres, bojím se“	3	1
Jednoznačně negativní „Od špatného k horšímu“ „Od hrozného k horšímu, pak lepší a pak zase hrůza“ „Od hodně špatného k míň špatnému, ale je to divné, žádná radost nebo hezké pocity“	-	3

Vývoj emocí matek při péči o dítě silně ovlivňoval jeho zdravotní stav. Negativním směrem se ubíraly pocity matek, jejichž děti začaly mít náhlé zdravotní komplikace, zhoršil se jejich stav, nepřibíraly nebo dopadla špatně nějaká vyšetření.

Manipulace s dítětem se u všech žen postupně stávala jistější, a jak získávaly praxi a zručnost, tak se to pozitivně odrazilo na jejich pocitech.

g) Osoba, které matka mohla sdělit svoje pocity:

Podle očekávání ženy jmenovaly nejčastěji svého manžela. V případě svobodné matky (soubor II.) to byly rodiče a u jedné ženy, které byla vdaná, ale o manželovi odmítala mluvit, to byla kamarádka.

h) Osoba, která byla matce největší oporou:

U této položky jsem očekávala nejčastěji uvedení manžela, ale některé ženy uvedly více osob. Překvapující je, že šest matek uvedlo své děti (např.: „Je to bojovník; drží mě tím, že vůbec je“).

Tabulka č. 27: osoba, která matce poskytovala největší oporu (soubor I. a II.)

OSOBA, KTERÁ BYLA MATCE OPOROU	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Manžel	18	3
Manžel a dítě (novorozeně)	4	2
Manžel a dítě (starší dítě doma)	-	1
Manžel a maminka	2	-
Manžel a zdravotní sestry	3	1
Rodiče a kamarádka	-	1
Ostatní maminky v porodnici	2	1

i) Opora v personálu:

Všechny matky kromě jediné uvedly, že jim z personálu velkou oporou byly zdravotní sestry, které se o jejich děti staraly. V jednom případě matka jmenovala laktační poradkyni, která jí pomohla s udržením laktace. Pouze jedna matka prohlásila, že pro ni nebyl z personálu důležitý nikdo.

12. Zhodnocení období od narození do 1. měsíce věku dítěte (příp. do jeho propuštění, pokud byla hospitalizace kratší než 1 měsíc, ale zároveň trvala alespoň 3 týdny)

a) Zhodnocení uvedeného období:

Stejně jako u mnoha předchozích položek, také zde je zřejmý především vliv zdravotního stavu dítěte i matky na prožití prvních dnů a týdnů po narození dítěte. Do vyhodnocení nezahrnuji 14 matek, které byly i s dětmi propuštěny domů a jejichž pobyt v porodnici byl kratší než tři týdny.

Tabulka č. 28: zhodnocení období od narození dítěte do 1. měsíce věku (soubor I. a II.)

ZHODNOCENÍ OBDOBÍ OD NAROZENÍ DÍTĚTE DO 3.–4. TÝDNŮ JEHO VĚKU	SOUBOR I. (17 žen)	SOUBOR II. (7 žen)
Jednoznačně negativní „Strašné, noční můra, zlý sen, nemůžu pořád věřit, že se to stalo, jsem vyčerpaná, zničená a to není konec“ „Moc těžké, všechno to bylo jinak, než jsem chtěla“ „Hodně nejisté, plné výčitek, vzteku na sebe a celý svět“ „Jako zlý sen – místo abych byla spokojeně těhotná, tak jsem měla maličké a nemocné dítě, o které jsem se bála, že umře“ „Náročné období, nejde mi sžít se se synem“ „Hrozné, už abychom byli doma, jestli nás v pátek nepropustí, podepíšu revers, nebo se tu zblázním“	3	3
Negativní „Náročné období, pořád se bojím, aby se něco nepokazilo“ „Dost náročné fyzicky i psychicky, kojení je náročné, nejde to“ „Špatně to tu snáším, nemám ráda nemocnice“	3	2
Neutrální nebo smíšené „Celkem dobré, náročné, těším se domů“ „Hezké, radostné, ale první dny po sekci byly dost strašné – únava, bolest“ „Celkem smíšené, dlouho jsme čekali na volný „rooming“, ale teď začíná převažovat to hezké“ „Takový zmatek – holčička je krásná, ale já pořád přemýšlím, co bude a jak to zvládnu“ (pozn. svobodná matka)	4	1
Pozitivní „Moc hezké, jen mi strašně chyběly starší děti“ „Hodnotím kladně, bylo to celkem v pohodě“ „Bezmezně jsem celou dobu věřila lékařům“ „Hezké období, mám radost z kloučka, ale už se těším domů“	4	1
Jednoznačně pozitivní „Nejkrásnější období v mém životě“ „Úžasné, nejlepší dny v životě“ „Moc hezké, mám stále radost, ale doma to bude pěkný záprah“ (pozn. trigemini)	3	-

b) Nejtěžší okamžik, krize:

Při zhodnocení výše uvedeného období matky zároveň uvedly, co pro ně bylo nejobtížnější za celou tuto dobu, kdy se cítily nejhůř, nebo se dostavila vážnější krize. O tento údaj jsem požádala všechny matky.

Tabulka č. 29: nejhorší okamžiky za období od porodu (soubor I. a II.)

NEJHORŠÍ OKAMŽIK BĚHEM PRVNÍCH 3–4 TÝDNŮ (PŘÍP. DO PROPUŠTĚNÍ DOMŮ)	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Celý porod, že je moc brzy, strach, pocit viny, zoufalství, zlost...	-	3
Cesta do porodnice, hrůza, jak to dopadne	2	-
Zklamání, že „všechno je jinak, než jak jsem to chtěla“	1	1
Infekce u dítěte, jeho zbědovaný stav, beznaděj	-	1
Vzpomínky na minulý porod (mrtvé dítě)	-	1
Pobyt dítěte na JIP, strach o něj	5	-
Ubývání na váze a velice pomalé přibírání zpátky na PH	2	-
Oddělení od dítěte kvůli fototerapii	1	-
Celé hrozné období, ošklivý porod, „cizí“ dítě	-	1
Prázdný inkubátor na oddělení (dítě převezli a neřekli mi to)	1	-
Telefon sestry, že mám přijít na JIP (strach, že dítě zemřelo)	1	-
Náhlá signalizace na monitoru	1	-
Potíže s kojením	4	1
„Uzavření“ v nemocnici, dlouhý pobyt	1	-
Kritika od lékařky při vizitě	1	-
Třetí den po porodu – pláč, přecitlivělost, nástřel laktace	2	-
Nevím, asi nic závažného	7	1

Z uvedených odpovědí je patrné, že některé ženy měly dlouhodobě negativní pocity, které se zlepšily jen pomalu, nebo dokonce vůbec, pokud byl stav dítěte vážný.

U některých žen šlo o jednorázovou nepříjemnou nebo náročnou záležitost, kterou ovšem mohly prožít velmi intenzivně (např. signalizace na monitoru; telefon od sestry, že se má matka dostavit na JIP – v obou případech se ženy domnívaly, že dítě zemře nebo že již zemřelo, stejně jako matka, která šla za dítětem a našla prázdný inkubátor, protože dítě bez jejího vědomí převezli na jiné oddělení, což se nakonec ukázalo jako dobrá zpráva, ale první okamžik pro ni byl hrozný).

c) Nejhezčí okamžik, potěšení, povzbuzení:

Předpokládala jsem, že pro matky lehce nebo středně nedonošených dětí půjde celkově o hezké období naplněné radostí z dítěte, z péče o něj a vzájemného kontaktu. U matek těžce nezralých dětí půjde pravděpodobně o konkrétní pokrok nebo dobrou zprávu ohledně dítěte a matky extrémně nezralých dětí asi příliš pozitivních prožitků mít nebudou, protože je to v jejich případě zatím krátké období na zásadní zlepšení nebo na optimistické prognózy.

Tabulka č. 30: nejhezčí okamžiky za období od porodu (soubor I. a II.)

NEJHEZČÍ OKAMŽIK BĚHEM PRVNÍCH 3–4 TÝDNŮ (PŘÍP. DO PROPUŠTĚNÍ DOMŮ)	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Porod, narození dítěte, radost z něj	11	1
Společný pobyt na RI	5	-
První kontakt – doteky, hlazení, chování, klokánkování	6	1
Kojení a péče o dítě, kontakt s ním	3	1
Dobré zprávy od lékařů při vizitě	1	-
Přibývání na váze zpátky na PH	1	1
Zatím asi nic, pořád je to těžké	2	4
Pobyt doma na propustce	-	1

Některé matky při odpovědích uvedly více možností (obvykle uváděly radost z dítěte + společný pobyt na RI nebo péče o dítě, kontakt s ním, ...), ale do tabulky jsem označila jen odpověď, kterou označily jako nejdůležitější.

Obsah odpovědí pochopitelně koresponduje s obdobím, v jakém se dotazované ženy nacházejí, a se zdravotním stavem jejich dítěte.

d) Reakce manžela na předčasné narození dítěte:

Nejen matky, ale i otcové nedonošených dětí jsou obvykle předčasným narozením dítěte zaskočení a celá situace je pro ně stresová. Dotazované matky vypovídaly, jak na předčasný porod reagoval jejich manžel. Dvě ženy ze souboru II. nechtěly o otci dítěte mluvit.

Tabulka č. 31: reakce otce dítěte na předčasný porod (soubor I. a II.)

REAKCE OTCE DÍTĚTE NA PŘEDČASNÝ POROD	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Šok, obavy o dítě; vědomí, že je to moc brzy	3	3
Stres, nervozita, obavy	4	-
Strach o dítě (dětí) i o matku	3	1
Nevěděl, co se děje, bál se o dvojčata	2	1
Zaskočilo ho to, zvlášť ten „fofr“ kolem porodu	2	-
Šok, byl mimo ČR, hned se vracel	1	-
Šok, nevěděl, že jedu do porodnice a pak byl strašně rád	1	1
Šok, bál se, ale snažil se mě uklidnit	3	-
Byl rád, že jsou děti v pořádku, ale bál se o mě (po S.C.)	2	-
Čekali jsme, že to bude dřív, takže ho to ani nepřekvapilo, ale bál se o nás, o všechny, aby to dobře dopadlo	1	-
Byl „akční“, on už zvyklý (třetí předčasný porod)	-	1
V pohodě, byl rád, že jsme přes 30. týden	1	1
Byl rád, že to mám za sebou, a měl radost z dítěte	3	-
Byli jsme spolu u porodu, bylo to krásné	3	-

Dotazované matky měly často pocit, že, kromě obav o dítě, se jejich manžel obával také o ně, zejména při operativním porodu. Strach o děti byl nejsilnější tam, kde šlo o porod hodně před stanoveným termínem. Několik otců lehce či středně nedonošených dětí prožilo narození dítěte velmi hezky.

e) Zhodnocení – jak období od narození dítěte do jeho 3–4 týdnů věku prožíval otec (z pohledu matky dítěte)

Stejně jako prožívání tohoto období matkami, očekávám i zde především vliv zdravotního stavu dítěte, ale zároveň vliv zdravotního stavu matky na prožití prvních dnů a týdnů po předčasném porodu. Do vyhodnocení nezahrnuji 14 matek, které byly i s dětmi propuštěny domů a jejichž pobyt v porodnici byl kratší než tři týdny.

Tabulka č. 32: *prožívání období prvních 3–4 týdnů po narození dítěte otcem z pohledu matky (soubor I. a II.)*

PROŽÍVÁNÍ OBDOBÍ PRVNÍCH 3–4 TÝDNŮ OD NAROZENÍ DÍTĚTE OTCEM Z POHLEDU MATKY	SOUBOR I. (17 žen)	SOUBOR II. (7 žen)
Moc těžké, báli jsme se oba, že miminko umře	-	2
Strašné období, jak se zhoršilo zdraví dítěte, tak to nesl těžce	-	1
Těžké období, na které se nedá připravit, co se nedá naučit.	1	-
Strach o dítě i matku	2	1
Náročné, chodil do práce, jezdil za námi a doma vše připravoval	3	-
Onemocněl z toho (týden PN), ale pak už byl v pohodě a rád	1	-
Když bylo jasné, že jsou děti v pořádku, tak byl už klidný	1	-
Hodně hektické, musel se starat o starší dítě a chodit do práce	-	1
Bez problémů, musel se postarat o děti, ale všechno zvládnul	-	1
Asi to nebyla žádná změna, jen za námi chodil na návštěvy	2	-
Měl radost z dětí, doma mu bylo smutno, chodil hodně do práce	1	-
V pohodě, byl moc pyšný na matku i na dítě	2	-
Krásné období, chodil na návštěvy, těšil se na propuštění domů	4	-

V případě vážných zdravotních problémů dítěte nebo jeho silné nezralosti se o dítě obávali oba rodiče a matky měly pocit, že je toto období pro otce dítěte velmi obtížné. Kromě strachu o děti se ve výpovědích objevovalo i časové vytížení otce (práce, dojíždění na návštěvy do porodnice) a v souboru II. povinnost zajistit péči o starší dítě (dětí). V případě nekomplikovaného průběhu celého období vnímaly matky spokojenost a radost otců z dítěte a těšení se, až bude rodina pohromadě doma.

f) Nejhorší a nejhezčí okamžiky otce (z pohledu matky dítěte)

Odpovědi na tuto položku byly hodně ovlivněné tím, jak vše prožívala matka, protože ona své pocity a zážitky sdělovala otci dítěte, který je pak vnímal buď negativně, nebo pozitivně jako ona (např. v případě, kdy matka dítě nenašla v inkubátoru, protože bylo převezeno na jiné oddělení). Samozřejmě se do odpovědí promítala i nejistota ohledně stavu dítěte, příp. oba rodiče těžce nesli nezlepšování nebo dokonce zhoršení zdraví dítěte.

Jako nejhezčí okamžiky pro otce dětí matky označovaly momenty, kdy bylo jasné, že je vše v pořádku, když byly děti propuštěny z RES nebo JIP, když začaly přibírat a zprávy ohledně zdravotního stavu byly příznivé. Také možnost návštěv a kontakt s dítětem vnímaly matky u svých manželů jako pozitivní moment, který muže těšil a kdy prožívali radost.

g) Reakce nejbližšího okolí rodičů na předčasné narození dítěte (prarodiče, sourozenci, jiní blízcí příbuzní)

Pro rodiče nedonošených dětí je podpora okolí velmi důležitá, proto mě zajímalo, jak na předčasné narození dítěte reagovali nejbližší příbuzní rodičů. V této položce hraje zásadní roli povaha vztahů mezi členy rodiny.

Jako nejbližší lidé, se kterými rodiče sdíleli situaci předčasného porodu, byli nejčastěji zcela pochopitelně prarodiče, pro které to byl „šok, velké překvapení, nečekaná událost, se kterou ještě nepočítali“. Jejich reakce se pochopitelně odvíjela od toho, jak brzy se dítě narodilo. Pokud došlo k narození velmi nezralého novorozence, kde byla reálná obava o jeho život, reagovali prarodiče velmi emocionálně (pláč, úzkost, nervozita). Velmi účinnou pomocí na jejich obavy byla alespoň krátká návštěva u nedonošeného dítěte, protože prarodičům obvykle přinesla velkou úlevu, zklidnění, z čehož následně profitují rodiče dítěte, protože jim okolí začne poskytovat oporu.

Někteří rodiče uváděli jako osoby, od kterých se jim dostalo podpory a pochopení, sourozence, sestřenice, tetičky, ale pro tři matky byly důležité kamarádky, které měly samy nebo ze svého blízkého okolí zkušenost s narozením nedonošeného dítěte a byly schopné sdílením podobného prožitku matku uklidnit. Stejně jako rodiče, tak i jejich nejbližší prožívali zpravidla nejprve strach a pak se jejich pocity měnily k lepšímu v závislosti na zlepšování stavu dítěte a pozitivních informacích od lékařů. Pokud bylo dítě relativně hned od narození v pořádku, uváděli matky ve vztahu k nejbližším většinou pocit překvapení a pak radost, štěstí, zájem a těšení se na dítě i jeho matku, až přijdou domů. Zájem těchto lidí měl pro matky podobu návštěv, telefonátů, SMS zpráv nebo vzkazů, které jim vyřizoval otec dítěte při návštěvě nebo telefonickém hovoru.

U této položky se mi matky velmi často svěřovaly s neuspořádanými vztahy v rodině. Obvykle šlo o přerušování komunikace a kontaktu s někým z příbuzných, nebo nevyřešený či přetrvávající konflikt (15 žen z celkového počtu 38). Nešlo vždy pouze o příbuzné ze strany matky, ale někdy řešily i vztahy ze strany manžela. Ve dvou případech se jednalo o vztah ke tchýni (v jenom případě šlo o silně konfliktní společné soužití, ve druhém spíše o jakýsi neutrální nezájem o navázání bližšího kontaktu). Ženy disharmonii v rodině vnímaly negativně, narození dítěte se jim jevilo jako dobrý důvod, proč rodinné vztahy urovnat, a žádaly radu, co mají dělat.

13. Zhodnocení celé období od porodu do propuštění dítěte domů

a) Zhodnocení uvedeného období:

Očekávám, že odpovědi matek ve vztahu k celému období budou hodně podobné výroky týkající se prvních 3–4 týdnů života dítěte, ale zde předpokládám optimističtější pohled na celé období, protože postupem času se lepší zdravotní stav dětí, začínají přibývat na váze, matky se více zapojují do péče o děti, a jak se blíží propuštění dítěte, jsou matky spokojenější, klidnější a těší se domů. Zvažují pochopitelně i výhled do budoucna a zajímá je prognóza dítěte.

Tabulka č. 33: zhodnocení celého období od porodu do propuštění domů (soubor I. a II.)

ZHDNOCENÍ CELÉHO OBDOBÍ OD NAROZENÍ DÍTĚTE DO JEHO PROPUŠTĚNÍ DOMŮ	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Jednoznačně negativní „Úplně neuvěřitelné, že to dítě přežilo, bylo to šílené, strašné, náročné, a asi to ještě bude těžké, ale hlavně, že je teď relativně v pořádku, pije, přibírá na váze, dál se prostě uvidí“ „Strašné období plné výčitek, zoufalství a nejistoty“	-	3
Spíše negativní „Celkově dost strašné, nesnáším nemocnice, ale malá je krásná“ “ „Celé to bylo hrozně dlouhé a myslím, že to bude běh na dlouhou trať pro nás pro všechny“ „Velmi těžké období, plné výčitek, psychicky náročné, zlepšovalo se to jen pomalu, ale pořád se bojím, co bude dál“ „Strašné trable s kojením, hrozně mě to trápí“	5	2
Od negativního k pozitivnímu, neutrální nebo smíšené „Takové smíšené pocity – nejdřív to bylo těžké a pak se to zlepšovalo a začala jsem se radovat jako normální mámy“ „Nejdřív to bylo těžké, vyčítala jsem si to, ale jak jsme byli na RI, tak to začalo být hezké a teď jsem už spokojená“ „Z počátku hrozně těžké, bylo mi tak zle, že na to hned tak nezapomenu, ale díkybohu je chlapeček relativně v pořádku, přibírá, můžu se o něj starat, snad nebude mít žádné velké potíže“ „Hezké, ale bojím se radovat, aby se něco nepokazilo“ „Psychicky to bylo náročné, čekala jsem porod později, tak mě to zaskočilo, ale malá je krásná a mám z ní radost“ „Mám radost z holčičky, na druhou stranu se bojím, co bude“	9	2
Spíše pozitivní „Hezké období, radost z dítěte, jen někdy jsem brečela“ „Celkem hezké, občas nějaké obavy byly a potíže s kojením“	8	1
Jednoznačně pozitivní „Moc hezké, mám takovou radost, těším se domů“ „Úžasné, vůbec jsem nečekala, že to všechno tak zvládneme“ „Krásné, klidné období“	7	1

Vybírala jsem originální nebo zajímavé výroky matek (některé se hodně podobaly, tak jsem je stejně jako u podobných položek výše neopisovala). Je zřejmé, že matky lehce a středně nedonošených dětí toto období prožily spíše pozitivně nebo dokonce jednoznačně pozitivně, pokud se neobjevily nějaké výraznější komplikace a potíže. Občasný pláč nebo nervozita spojená s nástupem laktace a začátkem kojení je normální, projevuje se rovněž u matek po fyziologickém porodu.

Matky nedonošených novorozenců s vyšším stupněm nezralosti snášely celé období pobytu v porodnici hůře, častěji referují o ambivalentních pocitech, je pro ně typická změna pocitů, slábnutí negativních emocí a výraznější pociťování emocí pozitivních, i když v souvislosti s dalším vývojem dítěte mohou mít obavy, aby vše bylo v pořádku (což je v určité míře běžné u všech matek).

Matky extrémně nedonošených nebo nemocných novorozenců snášely celé vymezené období velmi obtížně, a ani blížící se odchod domů nepotlačil negativní prožitky. Stále přetrvávají pocity viny, výčitky, zklamání, úzkost a nejistota ohledně dalšího vývoje dítěte. Pozitivní emoce se projevují jen velmi zřídka.

b) Nejtěžší doba, moment, situace:

Jen stručně a bez rozlišování mezi oběma soubory uvedu nejzajímavější nebo nejtypičtější odpovědi na tuto otázku:

- stav po porodu, ten šok, strach, nejistota
- stav po porodu, bolesti, „nezájem o dítě“ kvůli zdravotním problémům
- pocity viny, zklamání, zoufalství, výčitky
- zklamání ze způsobu porodu
- dítě na RES, JIP, strach o něj
- vážný stav dítěte (infekce; krvácení do mozku)
- žádné mateřské pocity
- oddělení od dítěte
- pobyt na oddělení, „uzavření, izolace“ od světa
- potíže s kojením, „zase“ jsem selhala (!!!)
- únava, psychická zátěž

c) Nejhezčí doba, moment, situace:

Opět jen stručně a bez rozlišování mezi oběma soubory uvedu nejzajímavější nebo nejtypičtější odpovědi na tuto otázku:

- narození dítěte, radost z něj, přítomnost manžela u porodu
- společný pobyt s dítětem na RI
- kontakt s dítětem, chování, klokánkování, mazlení
- péče o dítě (přebalování, koupání)
- kojení
- přibývání na váze; každý gram, který na váze přibyl
- každé stěhování (RES→JIP→IMR→RI a domů)
- dvojčata umístěná společně v inkubátoru (dvě z trojčat spolu)
- dobré zprávy od lékaře

d) Nejdůležitější osoby:

Jako osobu, která pro ně znamenala největší oporu, ženy opět jmenovaly manžela, častěji se vyskytlo také dítě (viz vyhodnocení 11g,h).

Z personálu byly nejdůležitějšími osobami sestry, ale celkově více než polovina dotazovaných žen (23 ze 38) ocenila péči lékařů o dítě a mluvila o důvěře k nim.

e) Širší rodina:

Jak již bylo uvedeno výše, většinou i širší rodina intenzivně prožívala celé období od narození dítěte až do okamžiku, kdy začalo být reálné jeho propuštění domů. Psychický stav prarodičů, sourozenců nebo jiných osob, které byly rodičům v této náročné životní situaci blízké, zásadně ovlivňoval zdravotní stav dítěte hned po narození, jeho zlepšování nebo zhoršování, a také způsob, jak vše prožívaly matky dítěte, protože na informace od nich rodina reagovala. V případě dobrých vztahů v rodině byli nejbližší lidé oběma rodičům oporou.

14. Nejhezčí životní události

a) Nejhezčí nebo nejdůležitější životní události:

Narození dítěte a události spojené se zakládáním rodiny patří mezi nejhezčí události v životě člověka a předpokládám, že to tak vnímají také ženy po předčasném porodu.

Tabulka č. 34: nejhezčí životní události (soubor I. a II.)

NEJHEZČÍ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Toto období (štěstí, klid, naplnění)	12	1
Celé těhotenství, porod, tyto dny	4	-
Radost z těhotenství	8	4
Radost z narození dítěte (z předchozího těhotenství)	-	5
Všechna těhotenství a narození dětí	-	1
Setkání s manželem, svatba, plánování rodiny	14	2
Studium na VŠ, osamostatnění od rodiny	2	1
Studium v zahraničí	1	-
Změna zaměstnání	1	-
Pobyt v Anglii a seznámení s manželem	1	-
Dětství, prázdniny u babičky	1	-
Nevím, asi když jsem pracovala u koní	-	1
Pod dojmem tohoto období byl celý můj život pohoda, nemusela jsem se bát o svoje dítě		1

Pozn.: počet odpovědí je vyšší než počet odpovídajících respondentů, protože dotazované ženy většinou uváděly více odpovědí (vyhodnocovala jsem dvě, označené jako nejdůležitější)

Podle očekávání se většina odpovědí vztahovala k porodu, těhotenství, plánování rodiny. Zde se projevil rozdíl mezi souborem I. a II. – ženy ze souboru II, které již měly děti z předchozích gravidit, zpravidla uváděly narození těchto starších dětí jako nejhezčí životní událost. Také se zde projevil vliv událostí spojených se seznámením s manželem, s osamostatněním od původní rodiny nebo doba, kdy žena neměla žádné starosti (dětství, brigáda u koní).

Zajímavý je výrok na posledním místě v tabulce – v porovnání s náročností právě prožívaného období matka nezralého a nemocného dítěte vnímala celý dosavadní život jako bezproblémové období, vše, co považovala za těžké, se nyní jeví jako banalita.

b) Očekávané hezké nebo důležité životní události:

V souvislosti s hezkými, pozitivními životními událostmi jsem se ptala na to, co ještě ženy ve svém životě očekávají. Opět jsem očekávala úzký vztah odpovědí k dětem, rodině, příp. dalším důležitým osobám v životě ženy.

Tabulka č. 35: očekávané hezké životní události (soubor I. a II.)

OČEKÁVANÉ HEZKÉ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Další těhotenství, druhé, ev. třetí dítě („možná, časem, později“)	8	-
Možná ještě jedno dítě (ale když ne, tak to nevadí)	2	1
Sledování vývoje dítěte (dětí), jeho/její pokroky	9	5
Snad bude dítě v pořádku, a když bude vše dobré, tak ještě jedno	3	2
Snad hodný partner*	1	1
Spokojený život s dětmi a možná ještě jedno, ale když nebude, nevadí, jsem šťastná i tak	1	-
Doufám, že se zlepší můj vztah s matkou	1	-
Nevím, kvůli tchýni je vše nejisté	1	-
Nevím, asi se už zklidním a budu mít klid sama v sobě a spokojenou rodinu	1	-
Nevím	2	-

* vysvětlení této odpovědi matky ze souboru I. je v kazuistice č. 2; ze souboru II. dala stejnou odpověď žena, která zůstala svobodná, otec dítěte nejevila zájem ani o dítě, ani o ni.

Většina žen ve svých odpovědích uváděla možnost dalšího těhotenství a narození ještě jednoho nebo více dětí. Vzhledem k tomu, že ženy v souboru I. byly prvorodičky, daly se odpovědi v tomto duchu předpokládat, stejně jako upřesnění, že „další dítě až časem, později, až se vzpamatuju z tohoto náročného období a zážitku).

Do několika odpovědí se promítly i konfliktní vztahy s blízkými osobami a potřeba řešení (zlepšení) tohoto vztahu.

c) **Absolutní životní štěstí:**

Představa absolutního štěstí bude u žen, které se právě staly matkami, s vysokou pravděpodobností spojena s rodinou, dětmi, zdravím a spokojeností.

Tabulka č. 36: absolutní životní štěstí (soubor I. a II.)

ABSOLUTNÍ ŽIVOTNÍ ŠTĚSTÍ	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Spokojená rodina a dvě děti (1x byla odpověď tři děti, 1x čtyři)	19	7
Zdraví všech okolo (rodina, příbuzní, přátelé)	8	1
Rodina, děti, zdraví	7	-
Dítě a hodný manžel*	1	1
Kdybychom byli sami a měli klid**	1	-
Štěstí, spokojenost	3	-
Klid, dobrá práce	1	-

Pozn.: počet odpovědí u žen ze souboru I. je vyšší než počet odpovídajících respondentů, protože dotazované ženy většinou uváděly více odpovědí (vyhodnocovala jsem dvě, označené jako nejdůležitější); ženy ze souboru II. daly jen jednu odpověď

* vysvětlení této odpovědi matky ze souboru I. je v kazuistice č. 2;
ze souboru II. dala stejnou odpověď žena, která zůstala svobodná, otec dítěte nejevnil zájem ani o dítě, ani o ni (tím „hodným partnerem“ myslela novou známou).

** zde se projevil konfliktní vztah jedné ženy s tchýní

V životě člověka je jistě mnoho situací, kdy si uvědomuje, jaké jsou pro něj nejdůležitější hodnoty a na čem skutečně záleží. Narození dítěte mezi takové situace určitě patří, takže ženy podle očekávání uváděly odpovědi spojené s rodinou, zdravím a štěstím, příp. s vyřešením něčeho zásadního, co je trápí a co je překážkou ke spokojenému životu.

15. Náročné životní události

a) **Náročné nebo obtížné období v dosavadním životě:**

Životní krize nebo obtížná, náročná období se lépe překonávají, když člověk již má určité životní zkušenosti, což souvisí i s faktorem zralosti osobnosti rodičů. Pokud mají nějaké mimořádné životní zkušenosti (úmrtí nebo vážné onemocnění v rodině, nehoda nebo jiné problémy), vyrovnávají se lépe s těžkou situací, jakou je narození nedonošeného dítěte, než rodiče mladí, bez podobných zkušeností, která ovlivňuje i psychickou odolnost k zátěži. Je možné, že pro některé ženy bude právě narození nezralého dítěte nejnáročnější situací, která je zatím v životě potkala.

Tabulka č. 37: náročné životní události (soubor I. a II.)

NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Toto období, obava o dítě, jeho život a zdraví	11	4
Potrat nebo potraty (v jednom případě šlo o gemini)	7	2
Loňský rok (porod mrtvého dítěte a smrt obou rodičů partnera)	-	1
Období, kdy jsem nemohla otěhotnět (3 roky; 5 let; (let)	2	1
Obavy, zda zvládnou trojčata, a pozvání na redukci těhotenství	1	-
Úmrtí dědečka krátce před porodem	1	-
Úmrtí tety, loučení s ní těsně předtím, než zemřela (před rokem)	1	-
Tragická nehoda nejlepšího kamaráda týden před svatbou a smrt bratrance měsíc před porodem	1	-
Těhotenství, rozhodování, zda si dítě nechám	-	1
Celé dětství i puberta, velké konflikty s matkou a vztah s ní	1	-
Puberta – šílené období vzdoru, „proti všem“, školní prospěch	1	-
Předchozí vztah, rozchod s minulým partnerem	1	-
Nevím, asi žádné zvlášť těžké období zatím nebylo	2	-

Dotazované ženy porodily v 17 případech těžce či dokonce extrémně nedonošené dítě a pro 15 z nich se jednalo o nejtěžší období jejich života. Pro zbývající dvě matky byl nejhorším zážitkem potrat dvojčat (v 16. týdnu těhotenství), resp. opakované potraty a dlouhé období, kdy nemohla otěhotnět, takže nyní byly obě ženy rády, že konečně mají dítě, byť je nezralé.

Jinak se v odpovědích objevily prodělané ztráty (porod mrtvého dítěte, úmrtí blízkých lidí), ale také těžké období dospívání a konfliktní vztahy k okolí v této době.

Dvě matky uvedly, že se zatím v životě nemusely s žádným náročným nebo nepříjemným obdobím potýkat a vyrovnávat.

b) Očekávané náročné životní události:

V souvislosti s náročnými, negativními životními událostmi jsem se ptala na to, co ještě ženy ve svém životě očekávají těžkého, co předpokládají, že je čeká a s čím se budou muset vyrovnat. Očekávala jsem odpovědi ve vztahu ke ztrátám blízkých lidí a nemocem.

Tabulka č. 38: očekávané náročné životní události (soubor I. a II.)

OČEKÁVANÉ NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Zdravotní obtíže (u kohokoliv blízkého, u sebe)	4	2
Stárnutí (moje, manžela, rodičů)	2	1
Nevím, jestli budu moci mít druhé dítě	3	-
Nevím, jestli zůstanu s manželem, rozvod?	2	-
Nemoci rodičů, jejich ztráta	8	2
Nemoci dětí	6	1
Nemoci a smrt nejbližších lidí	7	-
Nevím, uvidíme, co život přinese a snad se to s pomocí toho druhého a dětí zvládne	2	-
Nevím, určitě přijdou těžké chvíle, ale tohle bylo šílené*	-	1
Nevím, snad už mě v životě nepotká nic tak hrozného jako loňský rok (potrat a záhy předčasný porod nemocného dítěte)*	-	1
Nevím, je to těžké teď, musím se sžít se synem*	-	1
Nevím	2	1

Pozn.: počet odpovědí je vyšší než počet odpovídajících respondentů, protože některé dotazované ženy uvedly dvě odpovědi

Do odpovědí se promítly nejen obavy ze ztráty nebo problémů spojených se stárnutím a nemocemi rodičů, ale i obavy zdravotních problémů spojených s další graviditou. U tří žen se projevila náročnost právě proděláného období, se kterým se musí vyrovnat (označeno*). Tři ženy nevěděly, co by je mohlo v životě potkat náročného, nepříjemného; je možné, že o tom teď, když prožívají chvíle štěstí, ani nechtěly přemýšlet.

c) Absolutní životní neštěstí:

Představa absolutního neštěstí bude u žen, které se právě staly matkami, zcela jistě spojena se ztrátou nejbližších lidí nebo zdravotními problémy.

Tabulka č. 39: absolutní životní neštěstí (soubor I. a II.)

ABSOLUTNÍ ŽIVOTNÍ NEŠTĚSTÍ	SOUBOR I.	SOUBOR II.
Ztráta dítěte (i „v bříšku“)	7	2
Ztráta dítěte, manžela	3	5
Ztráta dítěte, manžela, rodičů, blízkých lidí	10	1
Nemoc, bezmoc rodičů	1	4
Těžká nemoc, nějaké neštěstí, nehoda, úraz	6	2
Samota (po ztrátě blízkých)	1	-
Nemít děti	1	-

Pozn.: počet odpovědí u žen ze souboru II. je vyšší než počet odpovídajících respondentů, protože některé dotazované ženy většinou uvedly dvě odpovědi

Absolutní životní neštěstí v představě dotazovaných žen mělo většinou podobu ztráty dítěte, manžela, rodičů a nejbližších lidí, ženy se zkušeností prenatální ztráty uvedly i potrat dítěte jako neštěstí (zejména ty, které si dítě moc přály nebo měly problémy s otěhotněním, a když byly konečně těhotné, tak o dítě přišly – v těchto případech délka gravidity prakticky nehrála roli, vždy šlo o emocionálně těžce prožívanou situaci.)

Osm žen uvedlo obavy z nemoci, nehody, úrazu nebo nějaké (blíže nespecifikované) neštěstí. Dvě matky, které si přály velkou rodinu, označily za absolutní neštěstí samotu nebo život bez dětí.

10.2. Strukturovaný rozhovor – otcové (SR-O)

Celkem jsem získala výpovědi od 10 mužů, jejichž manželky (ve dvou případech partnerky), předčasně porodily. Tento soubor budu označovat jako soubor IV. a údaje získané od těchto mužů vyhodnotím jako data od kompaktního souboru bez stanovení kritérií, která by soubor rozdělila. Důležité údaje nebo informace okomentuji v textu.

Pozn.:

- 1. v dalším textu budu často uvádět pojem „dítě“. V případě, že se jedná o dvojčata, jsou tímto pojmem myšleny pochopitelně obě dvě děti.*
- 2. při zpracování a interpretaci údajů budu používat pojem „manželka“, ale budou tím myšleny i dvě ženy, které jsou partnerkami dotazovaných mužů (žijí společně v jedné domácnosti déle než 1 rok a oba páry se dlouhou dobu snažily o dítě).*
- 3. při vyhodnocování údajů budu v některých položkách uvádět výroky dotazovaných mužů; pokud se jejich výroky budou silně podobat nebo půjde o synonyma, uvedu výrok jako příklad jen jednou.*

1. Údaje o otci

a) Věk: mužů bylo v průměru 33,5 roku (nejmladšímu bylo 25 a nejstaršímu 45 let).

b) Vzdělání: 1 muž učební obor bez maturity
6 mužů středoškolské vzdělání s maturitou
3 muži vysokoškolské vzdělání.

c) Zaměstnání:

Žádný z dotazovaných mužů neměl povolání, které by bylo nepřiměřeně fyzicky nebo psychicky náročné, pouze dva muži hodně cestovali do zahraničí, což je v souvislosti s blížícím se porodem stresovalo (obávali se, že v momentě, kdy žena začne rodit, budou mimo republiku, což se v jednom případě skutečně stalo).

d) Zdravotní stav: 6 mužů – žádné zdravotní problémy,
3 muži – alergie (Claritine, Zyrtec),
1 muž – dlouhodobá PN (psychické vyčerpání, obrna lícního nervu).

Další položky této části dotazníku se týkaly **kontaktních údajů** (adresa, telefon, e-mail) a **identifikačních údajů** (porodnice, datum rozhovoru) pro mou potřebu.

2. Reakce na informaci o těhotenství

a) Plánovanost početí dítěte ze strany otce:

Stejně jako u SR-M vyhodnotím tuto položku v tabulce. Jednotlivé kategorie plánovanosti/chtěnosti těhotenství jsou uvedeny u vyhodnocení SR-M, tabulka č. 8.

Tabulka č. 40: plánovanost/přijetí těhotenství

PLÁNOVANOST/PŘIJETÍ TĚHOTENSTVÍ	SOUBOR IV.
Centrum asistované reprodukce*	2
Plánované – velmi chtěné**	4
Plánované – přijaté***	3
Neplánované – přijaté	1

* dvojčetná gravidita v obou případech

** předchozí těhotenství ženy skončilo spontánním potratem, v jednom případě dokonce porodem mrtvého plodu

*** plánované těhotenství oběma partnery, žena vysadila antikoncepci

b) Kdy se muž o těhotenství manželky dozvěděl a jakou formou:

Páry, které podstoupily IVF v CAR, se o pozitivním výsledku dozvěděly společně. Šest mužů informovaly jejich manželky hned po pozitivním výsledku gravitestu, protože předpokládaly radost z potvrzeného těhotenství (po příchodu manžela domů, při slavnostní večeři nebo při procházce).

Jeden muž se o pozitivním gravitestu dozvěděl po návratu ze služební cesty, protože to mělo být překvapení. Jeden muž sám inicioval zakoupení gravitestu, když si všiml, že je jeho manželka unavená a není jí po ránu dobře, takže se o výsledek hned zajímal (neplánovaná, ale přijatá gravidita; dítě plánovali později, po vyřešení bytové otázky).

c) První pocit a reakce:

Devět mužů přivítalo pozitivní výsledek gravitestu radostně, o dítě se spolu se ženou snažili a oba ho chtěli. Manželé, kterým se narodilo při minulé graviditě mrtvé dítě, měli obavy, aby tentokrát vše dobře dopadlo. V případě neplánované gravidity začal muž plánovat svatbu a přestavbu bytu.

Reakce u všech mužů byly pozitivní, všechny manželky dostaly hned nebo v nejbližších dnech květiny, drobný dárek nebo byly pozvány na večeři.

3. Průběh těhotenství z pohledu otce

a) Průběh těhotenství, ev. obtíže

2 muži – obavy o zdárný průběh těhotenství po IVF

3 muži – vnímali počáteční větší obtíže (nevolnost, zvracení, únavu), později jim vše přišlo v pořádku až do náhlého začátku porodu

3 muži – měli pocit, že je úplně všechno bez problémů, počáteční nevolnosti jim přišly „normální“

1 muž – obavy o manželku, která měla bolesti v podbřišku (obava z dalšího potratu)

1 muž – značné obavy o zdárný průběh těhotenství i o manželku po minulém porodu mrtvého dítěte, obavy vzrostly, když byla ženě diagnostikována placenta praevia (vcestné lůžko) a když byla ve 30. týdnu hospitalizována

Případné obtíže související s počátkem gravidity muži vnímali jako běžné („normální u všech těhotných“), stejně jako rostoucí únavu nebo náladovost. Manžel ženy, která měla od druhého trimestru bolesti v podbřišku a občas se objevilo „špinění“, což vyvolávalo u obou značné obavy, aby opět nepotratila, se o zdárný průběh gravidity obával. Stejně tak muž, kterému se narodilo mrtvé dítě (37. týden gravidity).

b) Prožívání těhotenství manželkou:

Polovina oslovených mužů měla pocit, že se žena o zdárný průběh gravidity obává, což ovšem souviselo s gynekologickou anamnézou (potraty v anamnéze, syndrom mrtvého plodu nebo otěhotnění po IVF). Ostatní muži uvedli, že se jim všechno zdálo dobré a že manželky neventilovaly žádné zvláštní obavy.

c) Možnost předčasného porodu, signály:

Tři muži se předčasného porodu obávali – u dvojčetné gravidity byly oba páry na tuto možnost ještě v souvislosti s IVF upozorněny; třetí muž se obával následků manželčinych problémů (bolesti v podbřišku, „špinění“, protože minulé těhotenství se takto projevovalo a skončilo potratem), žena byla ve 2. trimestru na deset dní hospitalizována, ale pak propuštěna domů s doporučeným klidovým režimem a léky (magnezium). Rodiče, kterým se narodilo mrtvé dítě, měli značné obavy z opakování perinatální ztráty a pochopitelně se o dítě báli.

Ostatní dotazované muže možnost předčasného porodu vůbec nenapadala a nepostřehli žádné signály, které by tuto možnost naznačovaly..

4. Porod

a) Přítomnost otce u porodu:

Porodu dítěte byli přítomni pouze dva otcové (jednalo se o spontánní porod po náhlém nástupu kontrakcí, resp. po odtoku plodové vody). Oba tento zážitek hodnotili velmi kladně, hovořili o pocitech radosti, štěstí, obdivu k manželce, i obavách, aby vše dobře dopadlo a dítě bylo v pořádku. U porodu být chtěli od začátku těhotenství, oba to považovali za přirozené. Jejich manželky vnímaly přítomnost svých mužů jako velkou oporu a byly rády, jak vše proběhlo.

Ostatní otcové u narození svých dětí nebyli – jeden byl pracovně mimo ČR, takže vůbec nevěděl, že žena jede do porodnice; další dva muži přijeli za manželkou do porodnice, kam ji odeslal lékař, když přišla do poradny (postupující nález), a obě ženy už byly připravovány k operativnímu porodu (jeden muž ženu viděl až po porodu, druhý s ní krátce mluvil a snažil se jí uklidnit). Jeden muž o převozu ženy z důvodu náhlého krvácení do porodnice nevěděl, protože byl v práci a neměl u sebe mobil. Ostatní muži svou ženu do porodnice přivezli, ale vzhledem k operativnímu porodu nemohli být narození svého dítěte (resp. dvojčat) přítomni.

b) Pocity spojené se začátkem porodu a s porodem:

Pokud je začátek porodu náhlý a rodiče narození dítěte ještě neočekávají, tak je vysoce pravděpodobné, že budou oba touto situací zaskočení a budou mít obavy.

Tabulka č. 41: pocity spojené se začátkem porodu nebo informací, že jde o porod

POCITY SPOJENÉ SE ZAČÁTKEM PORODU	SOUBOR IV.
Silné obavy o děti (gemini), nízký týden těhotenství	1
Šok, překvapení, stres, obavy o život dítěte, „je to brzy“	2
Zmatek, nedocenění situace (nepochopil, že jde o porod, očekával hospitalizaci)	2
Ochromení, „nemyslelo mi to, nevěděl jsem, co dělat, potřeboval jsem se vrátit do Prahy“ (byl mimo ČR)	1
Strach o manželku, která plakala	1
Nervozita, nejistota, zmatek	2
Nevěděl o tom, že žena rodí	1

Všichni oslovení muži informaci, že se dítě už asi narodí nebo že se „něco děje“, vnímali negativně, obávali se o dítě i o manželku, která byla zpravidla vyděšená a úzkostná. Muž, který byl pracovně mimo ČR, opustil jednání, jel na letiště a prvním letadlem se vracel domů. Jeden z otců o převozu ženy do porodnice a nutnosti akutního císařského řezu nevěděl („ale byl jsem rád, strachy bych se zbláznil“).

Tabulka č. 42: pocity spojené s porodem a narozením dítěte

POCITY SPOJENÉ S PORODEM	SOUBOR IV.
Strach, aby bylo dítě v pořádku, obavy o jeho zdraví nebo život, strach o ženu, nejistota, netrpělivost.	3
Nervozita, nejistota, netrpělivost, vztek na sebe, že není se ženou	1
Velmi zmatené, nechápal jsem to, nevnímal, bál jsem se o ženu i dítě	1
Pocit odstrčenosti (čekal venku před sálem), nervozita	2
Potřeba s někým mluvit (lékař, sestra), obavy	1
Těšení se na dítě, radost, štěstí, obdiv k manželce	2

Otcové přítomní u porodu dítěte měli pocity příjemné a celý porod prožili jako hezkou událost. Muži, kteří museli čekat před sálem (operativní porody), cítili strach, nervozitu, měli potřebu získat nějaké informace o stavu ženy a dítěte. Muž, který se vracel ze zahraničí, udával silné pocity strachu o oba, nervozitu a měl vztek sám na sebe, že není se svou ženou. Muž, který se o porodu dítěte dozvěděl až po návratu z práce, se nejvíc ze všeho obával o manželku, protože porod začal akutním krvácením. Strach měl pochopitelně také o dítě, měl pocit, že „kdyby se zase něco stalo, tak už to ani já, ani žena nepřežijeme“.

c) Kontakt se zdravotnickým personálem v době kolem porodu dítěte:

Muži, kteří byli u porodu, hodnotili kontakt s personálem jako adekvátní, příjemný a bezproblémový. Muži, kteří čekali venku před porodním sálem, by uvítali, kdyby je někdo informoval, co se děje. Měli pocit, že jsou „mimo“, a ačkoliv racionálně chápali, že se zdravotníci musí postarat především o rodičku a dítě, tak by uvítali, kdyby s nimi někdo chvíli promluvil a uklidnil je. Dva se pokusili získat nějaké informace a hledali lékaře, ale oba byli odmítnuti s tím, že mají přijít později.

5. První kontakt otce s dítětem

a) Kdy a v jaké situaci otec dítě poprvé viděl:

Dva muži byli u porodu, jeden z nich syna krátce viděl při ošetření, druhý si dceru mohl chvilku pochovat. Šest otců, kteří čekali před porodním sálem, vidělo své děti při převozu ze sálu na oddělení (RES, JIP apod.) – šlo jen o krátkou chvilku v rozmezí minut, ale všem bylo nabídnuto, aby přišli o něco později na oddělení, že jim lékař dá informace. Dva muži přijeli až po narození dětí a viděli je tedy později (jeden devět hodin a druhý asi dvanáct hodin po narození).

Při návštěvě u dítěte na oddělení byli všichni otcové informováni někým ze zdravotníků o zdravotním stavu dítěte, podané informace hodnotili jako adekvátní, srozumitelní, ale čtyři posléze připustili, že si ze sděleného nic nepamatovali, protože celá situace byla náročná, byli vystrašení stavem a nezralostí dítěte a sdělované údaje ani příliš nevnímali.

b) Údaje o novorozencích (gestační věk, PH, PD, Apgar):

Tabulka č. 43: délka gestace a nezralost u narozených dětí

DÉLKA GESTACE	NAROZENÉ DĚTI		
	1 DÍTĚ	GEMINI	NEZRALOST
27. týden	-	1	extrémní
29. týden	1	-	těžká
31. týden	2	1	těžká
33. týden	3	-	střední
34. týden	2	-	střední
CELKEM	8 dětí	4 děti	

Nejnižší PH dítěte ze sledovaného souboru byla 880g a 890 g (gemini) a nejvyšší PH byla 2200 g. Všichni novorozenci byla eutrofičtí (PH odpovídala délce gestace).

Porodní délka (PD) u dvou dětí nebyla uvedena, nejmenší dvě děti měřily 37 cm, největší dítě 44 cm.

Nejnižší Apgar skóre v 1. minutě života novorozence bylo 6 bodů, nejvyšší 9 bodů, v 5. minutě bylo nejnižší skóre 7 bodů, nejvyšší 10 bodů a v 10. minutě života mělo jedno z dětí 8 bodů, ostatní 9 nebo 10 bodů.

Celkově nejhorší poporodní adaptaci vykazovalo dítě gestačního věku 27 + 4 (PH 980 g/PD37 cm), Apgar: 6 – 7 – 8. Nejlepší poporodní adaptaci mělo dítě narozené ve 34. týdnu gestace (PH 2200g/PD 44 cm), Apgar: 9 – 10 – 10.

Vzhledem k tomu, že u pěti novorozenců šlo o těžkou nebo dokonce extrémní nezralost, jejich otcové se pochopitelně obávali o jejich zdraví, v případě extrémně nedonošených dvojčat i o život. Pocity po narození dětí byly v těchto případech negativní, muži cítili strach a nejistotu, měli obavy, aby byly děti zdravé.

Pět novorozenců se narodilo jako středně nezralých, jejich poporodní adaptace byla bezproblémová a zdravotní stav dobrý, takže otcové těchto dětí měli po jejich narození pocity radostné, i když tři z nich uváděli obavy o manželku po operativním porodu a jeden z těchto otců měl značné obavy o dítě, aby bylo v pořádku a „nic zlého se už nestalo“.

c) Návštěvy u dítěte na oddělení:

Vzhledem k tomu, že osm z deseti manželek dotazovaných mužů rodilo císařským řezem, tak je pochopitelné, že jim zdravotní stav neumožnil časnou návštěvu u dítěte a že otec dítěte byl první, kdo dítě viděl. Možnost návštěvy dítěte byla mužům buď rovnou nabídnuta při převozu dítěte z porodního sálu, nebo při příchodu do porodnice dostali informaci, kde dítě najdou. V návštěvě jim nikdo nikdy nebránil (některá oddělení mají pro návštěvy otců vymezené odpolední hodiny, ale pokud některý z mužů přišel, vždy se na návštěvu dostal).

6. Informace o zdravotním stavu dítěte:

a) Informace o dítěti

Tabulka č. 44: informace podávané otcům

INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE:	SOUBOR IV.
Podané informace byly dostatečné, jasné, srozumitelné, podávané včas a ohleduplně. Případné otázky byly vždy uspokojivě zodpovězeny.	
Ano, souhlasím	5
Většinou ano, spíše souhlasím	3
Tak napůl	2
Většinou ne, spíše nesouhlasím	-
Ne, nesouhlasím	-

Dotazovaní muži hodnotili informace jako srozumitelné a jasné; pokud něco kritizovali, tak nedostatečné informace v době kolem porodu, když čekali venku před porodním sálem, což bylo důvodem k jejich hodnocení „většinou souhlasím nebo tak napůl“. Během pobytu dítěte v porodnici považovali informace za adekvátní a byli spokojeni i s přístupem zdravotníků.

b) Nabídka psychologické péče

Nejen matky, ale i otcové často těžce psychicky snášejí situaci spojenou s předčasným porodem a narozením nezralého dítěte. Při kontaktu a komunikaci s rodiči by zdravotníci měli sledovat, v jakém psychickém stavu se rodiče nacházejí a ev. jim měli nabídnout možnost psychologické péče.

Tabulka č. 45: možnost psychologické péče po narození nezralého dítěte)

ZAZNĚLA NABÍDKA PSYCHOLOGICKÉ PÉČE, EV. UVÍTALA BYSTE TUTO MOŽNOST?	SOUBOR IV.
Ano, nabídku jsem dostal	-
Ne, ale velmi bych ji potřeboval	3
Ne, ale zřejmě bych ji uvítal	1
Ne, ale nevím, jestli bych ji potřeboval	2
Ne, ale nepotřeboval bych ji	4

Pomoc psychologa by v tomto období určitě uvítali tři muži a jeden by ji zřejmě využil. Tito čtyři muži se stali otci extrémně nebo těžce nedonošených dětí. Ostatní muži tuto nabídku nepostrádali.

Muž, kterému se narodilo při minulém těhotenství manželky mrtvé dítě, uvedl silnou potřebu psychologa při této nešťastné události pro sebe i pro manželku, ale prý jim tenkrát nikdo žádnou podporu nenabídl a kontakt, kam se obrátit, nedal.

7. Kontakt s dítětem

Základním předpokladem pro přirozené navázání vztahu k dítěti je intenzivní kontakt od prvních chvil po jeho narození, což platí jak pro matky, tak pro otce. V případě narození nedonošeného dítěte je ovšem někdy možnost kontaktu s dítětem silně omezená, což má negativní dopad na rozvoj vzájemných vztahů.

a) Možnost kontaktu s dítětem:

Všichni otcové mohli svoje děti denně navštěvovat. I když byly pro tatínky vymezené odpolední hodiny, nestalo se, že by jim někdo návštěvu mimo tyto hodiny nedovolil. Většina otců za dítětem docházela pravidelně – čtyři otcové jezdili do porodnice denně nebo ob den, ostatní 3–4x týdně (pracovní povinnosti, dojíždění).

Dva z otců byli během pobytu dítěte v porodnici nemocní (viróza), takže po dobu nemoci (7–10 dní) za dítětem a manželkou nechodili z obavy, aby je nenakazili.

b) První kontakt s dítětem (doteky, chování):

K prvním dotekům byli otcové většinou povzbuzováni hned při první návštěvě u dítěte (osm z deseti otců dostalo nabídku se dítěte dotknout, pohladit, pochovat je).

V případě extrémně nebo těžce nezralých dětí otcové tuto nabídku nevyužili, jen jeden z nich dítě lehce pohladil. První návštěvu všichni hodnotili jako stresující a emocionálně náročnou a svoje pocity jako zmatené, úzkostné, nejisté.

Středně nezralé děti jejich otcové hladili a dva si dítě chvíli pochovali, přestože i jim dítě připadalo maličké, křehké a zranitelné.

c) Zapojení do péče o dítě a hodnocení péče o dítě:

Limitujícím faktorem péče o dítě je zdravotní stav dítěte, ale také daleko méně příležitosti ke kontaktu, než mají matky. Dotazovaní otcové se do péče o děti více zapojili de facto až v momentě, kdy bylo dítě umístěno na pokoj spolu s matkou („rooming-in“), což bylo 1–2 týdny před propuštěním domů.

Všichni hodnotili péči o dítě jen jako občasnou, ale v případě extrémně a těžce nezralých otcové uvedli, že „by se stejně báli“ a spíše jen přihlíželi, když děti přebalovala nebo ošetřovala manželka, zejména v prvních dnech a týdnech života dítěte.

Otcové středně nezralých dětí sice neměli takové obavy při kontaktu s dítětem, ale většinou nechávali péči o děti manželce s tím, že o dítě budou pečovat doma.

d) Pocity otců při kontaktu s dítětem a péči o ně:

Kontakt a zapojení do péče o dítě je pro otce nedonošených dětí stejně významné jako pro matky těchto dětí, protože se u mužů v těchto okamžicích posilují jejich otcovské pocity a vztah k dítěti.

Tabulka č. 46: pocity otců při kontaktu s dítětem a péči o ně

POCITY OTCŮ PŘI KONTAKTU S DÍTĚTEM A PÉČI O NĚ	SOUBOR IV.
Jednoznačně pozitivní „Moc hezké, strašně se těším, až budeme všichni spolu“ „Všechno v pohodě, když ho chovám, jsem celý hrdý“	2
Spíše pozitivní „Je to takové křehké, trochu se bojím, ale zároveň je to krásné, jsem pyšný, že je mám“ „Mám radost, konečně jsme se dočkali, ale byl to stres, pořád se trochu bojím, aby bylo všechno OK“	3
Smíšené „Moc hezké pocity, ale taky strach, doma to bude lepší“ „Jsem hrozně šťastný, ale taky se příšerně bojím, aby bylo všechno v pořádku“ „Je to radost, ale bojím se jí chovat, mrzí mě, že je tak maličká, ještě mohla s tím narozením počkat, aspoň dva tři týdny“	3
Spíše negativní „Z počátku jsem se děsně bál na ně sáhnout, byly tak maličké, je to pořád nejistota a obavy, snad budou zdravé“ „Je mi líto, že to takhle dopadlo, bojím se, je to špatné“	2
Jednoznačně negativní	-

Výroky dotazovaných mužů celkem jasně korespondují se stavem jejich dětí – otcové středně nezralých dětí, které jsou relativně v pořádku, nemají žádné zdravotní problémy a dobře přibývají na váze, vypovídají o pozitivních pocitech. Sice občas ventilují mírné obavy, ale to je při narození nedonošeného dítěte pochopitelné.

Otcové těžce či extrémně nezralých dětí mají při kontaktu s nimi zpravidla obavy, vnímají dítě jako příliš křehké a bojí se, aby mu neublížili.

e) Osoba, které otec mohl sdělit svoje pocity:

Podle očekávání muži nechtěli svoje manželky zatěžovat a stresovat tím, že by jim říkali o svých obavách a starostech, které o dítě mají. Měli pocit, že musí být manželce oporou, uvědomovali si, že je pro ni situace spojená s narozením nezralého dítěte těžká.

Pokud potřebovali otcové nedonošených dětí někomu svěřit svoje pocity, byl to nejčastěji kamarád nebo kolega z práce. Dva muži o svých pocitech nehovořili s nikým.

f) Opora v personálu:

Všichni otcové uvedli, že cítili podporu zdravotníků v jejich péči o dítě a že jim důvěřovali, ale nijak nespécifikovali, kdo a jak jim pomohl.

8. Zhodnocení celého období od porodu do propuštění dítěte domů

a) Zhodnocení uvedeného období:

Tabulka č. 47: zhodnocení období od porodu do propuštění dítěte domů

ZHODNOCENÍ CELÉHO OBDOBÍ OD PORODU DO PROPUŠTĚNÍ DÍTĚTE DO DOMÁCÍ PÉČE	SOUBOR IV.
Jednoznačně negativní „Hodně náročné období psychicky, ale i časově, strach o ženu a dlouho také o dítě“ „Určitě to bylo těžké, nečekal jsem narození dětí tak brzo, byl to šok a ještě není jasné, jestli budou děti úplně v pořádku“	2
Negativní „Celkem to bylo obtížné, nejdřív jsem se dost bál, pak se to pomalu zlepšovalo“ „Nejdřív to byl šok, jak jsem zůstal na chodbě sám, ženu odvezli, pak to byl taky šok, jak byl kluk malý, ale pak se to pomalu lepšilo“	2
Neutrální nebo smíšené „Celkem dobré, těším se, až půjdou domů, ježdění za nimi je náročné, mám toho hodně v práci, tak je to celkem šílené“ „Takové smíšené pocity ze všeho, jenom aby byli oba v pořádku“ „Jsem rád, že všechno celkem dobře dopadlo, dítě je živé, i když jsem se dost bál“	3
Pozitivní „Věřil jsem, že bude všechno dobré, doktor říkal, že je mimino v pořádku, tak snad ano“	1
Jednoznačně pozitivní „Moc hezké období, mám radost z narození dítěte, těším se, až půjdou domů“ „Úžasné, pořád se raduju, že mám syna“	2

Stejně jako u žen je patrný vliv nedonošenosti dítěte a jeho zdravotního stavu na prožívání otce, který má kromě obav o dítě ještě strach o manželku, což je zřejmé hlavně v případě akutního operativního porodu.

Otcové dětí, které byly jen mírně nedonošené, prožívají toto období podstatně pozitivněji než otcové, jejichž děti jsou hodně nezralé a prognóza je minimálně v prvních dnech či týdnech nejistá.

b) Nejtěžší okamžik, krize:

Při zhodnocení výše uvedeného období otcové zároveň uvedli, co pro ně bylo nejobtížnější za celou tuto dobu.

Tabulka č. 48: nejhorší okamžiky za období od porodu do propuštění domů

NEJHORŠÍ OKAMŽIK BĚHEM DOBY OD NAROZENÍ DÍTĚTE DO PROPUŠTĚNÍ DOMŮ	SOUBOR IV.
Ten šok, že už jde o porod a že je to brzo	1
Strach o manželku i o dítě	2
První návštěva u dítěte, šok	1
Pobyt dětí na RES/JIP	2
Telefonát, žena jede do porodnice a já tam nejsem (v zahraničí)	1
Malá špatně přibírala a žena měla potíže s kojením a brečela	1
Když jsem byl nemocný a nemohl jsem za nimi přijet, odloučení	1
Vzpomínky na minulý porod (mrtvé dítě), teď strach, aby všechno dobře dopadlo	1

Z uvedených odpovědí je patrné, že se obavy mužů vztahují tak k dítěti, tak k manželce. Obavy vyvolával pobyt dětí na oddělení RES nebo JIP. Nepříjemné jsou pro muže situace spojené s určitou bezmocností.

c) Nejhezčí okamžik, potěšení, povzbuzení:

Při uvádění nepříjemných momentů během období od porodu dítěte do doby, kdy se blíží jeho propuštění domů, jsem otce požádala také o sdělení nejhezčího okamžiku nebo prožitku.

Tabulka č. 49: nejhezčí okamžiky za období od porodu do propuštění domů

NEJHEZČÍ OKAMŽIK BĚHEM DOBY OD NAROZENÍ DÍTĚTE DO PROPUŠTĚNÍ DOMŮ	SOUBOR IV.
Porod, společný zážitek, radost z dítěte, hrdost na manželku	2
Když jsem si uvědomil, že jsem táta	1
Propuštění dětí z JIP	1
První pořádné mazlení, když dítě převezli z JIP na RI a byl jsem tam s nimi v klidu	1
Zpráva, že už půjdou brzy domů	2
Dobré zprávy od doktora při vizitě po neurologickém vyšetření	1
Telefonáty s ženou, jak dítě přibývá, když jsem byl nemocný	1
Návštěvy u ženy a dcery	1

Otcové ve svých odpovědích celkem pochopitelně vyjadřovali radost z narození dítěte, ze zlepšování jeho zdravotního stavu a z brzkého propuštění domů, protože všichni těšili, až budou mít ženu a dítě doma a toto období, pro ně poměrně náročné kvůli častému ježdění do porodnice, skončí.

d) Reakce manželky na předčasné narození dítěte z pohledu otce:

Zajímalo mě, jak otcové vnímají prožívání své ženy v souvislosti s předčasným porodem, protože si obvykle uvědomují, že při porodu jde o silně stresovou záležitost hlavně pro matku dítěte.

Všichni shodně vypověděli, že když jejich žena pochopila, že se dítě skutečně narodí dříve, než mělo, byla v šoku, vystrašená, úzkostná, jak vše dopadne a jestli bude dítě v pořádku.

e) Zhodnocení – jak matka prožívala celé období od narození dítěte do jeho propuštění domů z pohledu otce:

Tabulka č. 50: prožívání období prvních 3–4 týdnů po narození dítěte matkou

PROŽÍVÁNÍ OBDOBÍ OD PORODU DÍTĚTE DO JEHO PROPUŠTĚNÍ DOMŮ MATKOU (Z POHLEDU OTCE)	SOUBOR IV.
Moc těžké, hodně se bála, vyčítala si, že za to může	3
Nejdřív se hodně bála, pak se to pomalu zlepšovalo	2
Měla radost z holčičky, ale trápilo ji, že se nedaří kojení, brečela	1
Asi to bylo dlouhé a náročné, už toho musela mít dost, nervy, strach, aby všechno dobře dopadlo	2
Je spokojená, šťastná, má radost z dítěte a těší se domů	2

V případě vážných zdravotních problémů dítěte nebo jeho silné nezralosti se o dítě obávali oba rodiče a otcové chápali, že je toto období pro matku dítěte velice náročné a že má negativní pocity spojené s pocity viny a se strachem o dítě. V případě nekomplikovaného průběhu celého období vnímali otcové spokojenost a radost manželek z narození dítěte.

f) Reakce nejbližšího okolí rodičů na předčasné narození dítěte (prarodiče, sourozenci, jiní blízcí příbuzní)

Otcům nedonošených dětí velmi často připadá těžký úkol informovat o předčasném narození dítěte širší rodinu, což zvláště v případě, že je dítě těžce nezralé nebo ve vážném stavu, není jednoduché.

Dotazovaní otcové informovali svoje rodiny v osmi případech, reakce byly různé podle stupně nedonošenosti dětí (od negativních reakcí – pláč, beznaděj, přesvědčení, že dítě nemůže tak brzké narození přežít, po pozitivní reakce – radostné překvapení, těšení se na vnouče apod.)

Dva otcové nebyli přítomni, když porod začal, a byli některým z vystrašených členů rodiny sami telefonicky informováni, že je jejich manželka na cestě do porodnice.

9. Nejhezčí životní události

a) Nejhezčí nebo nejdůležitější životní události:

Narození dítěte a události spojené se zakládáním rodiny patří mezi nejhezčí události v životě člověka a předpokládám, že to tak vnímají i muži, kterým se narodilo dítě, byť nedonošené.

Tabulka č. 51: nejhezčí životní události

NEJHEZČÍ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	SOUBOR IV.
Toto období, radost z narození dítěte	5
Radost po úspěšné IVF	1
Seznámení se ženou, společné cestování a teď rodina	1
Studentská léta	1
Období, kdy jsem hodně sportoval (pak úraz)	1
Nevím	1

Podle očekávání se většina odpovědí vztahovala k narození dítěte, příp. k úspěšnému pokusu o IVF v CAR. Tři muži uvedli jako nejhezčí životní období dobu, kterou prožili při studiu, sportu nebo cestování; jeden muž neuměl odpovědět.

b) Očekávané hezké nebo důležité životní události:

V souvislosti s hezkými, pozitivními životními událostmi jsem se ptala na to, co ještě muži ve svém životě očekávají. Opět jsem očekávala úzký vztah odpovědí k dětem, rodině, příp. dalším důležitým osobám v jejich životě.

Tabulka č. 52: očekávané hezké životní události

OČEKÁVANÉ HEZKÉ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	SOUBOR IV.
Časem ještě další dítě	3
Zážitky s dětmi, spokojená rodina	5
Dokončení stavby domu, přestěhování se tam, druhé dítě (kluk!)	1
Spokojená rodina, prosperující firma	1

Muži hezké události v budoucnosti spojují stejně jako ženy s rodinou a s dětmi, těší se na společné zážitky a plánují ještě narození dalšího potomka.

c) Absolutní životní štěstí:

U mužů jsem rovněž očekávala spojení představy absolutního štěstí s rodinou, dětmi a zdravím.

Tabulka č. 53: absolutní životní štěstí

ABSOLUTNÍ ŽIVOTNÍ ŠTĚSTÍ	SOUBOR IV.
Rodina, děti, zdraví, dobrá práce a spokojenost	10

Představa absolutního štěstí byla u všech oslovených mužů prakticky stejná, spojená s rodinou a se zdravím, ale také s dobrou prací, což souvisí s jejich potřebou zajistit rodinu. Všichni uvedli alespoň tři z pěti uvedených představ.

15. Náročné životní události

a) Náročné nebo obtížné období v dosavadním životě:

Tabulka č. 54: náročné životní události

NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	SOUBOR IV.
Toto období, obava o ženu a o dítě	2
Ztráta dvojčat v loňském roce (potrat), žena to těžce nesla	1
Loňský rok (narození mrtvého dítěte a smrt obou rodičů)	1
Smrt bratra (nehoda na motorce)	1
Vážná nemoc matky, operace, nyní nejistota, zda bude v pořádku	1
Období, kdy jsem neměl práci (skoro rok)	1
Nevím, asi mě zatím nic hrozného nepotkalo	3

Vzhledem k současné situaci je pochopitelné zaměření otců těžce nedonošených dětí na období spojené s narozením dětí a prožívání obav o ně. Jinak se v odpovědích objevily prodělané ztráty (prenatální ztráta dvojčat, porod mrtvého dítěte, úmrtí blízkých lidí), těžké období nemoci v rodině nebo doba bez zaměstnání. Tři muži uvedli, že je zatím v životě žádné náročné období nepotkalo.

b) Očekávané náročné životní události:

V souvislosti s náročnými, negativními životními událostmi jsem se ptala na to, co muži ve svém životě očekávají těžkého, co předpokládají, že je čeká a s čím se budou muset vyrovnat. Stejně jako u žen jsem očekávala vztah odpovědí k nemocem nebo ztrátám blízkých lidí.

Tabulka č. 55: očekávané náročné životní události

OČEKÁVANÉ NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	SOUBOR IV.
Zdravotní problémy (vlastní, v rodině), stárnutí, ztráta rodičů	4
Obavy, aby byly děti zdravotně v pořádku, stále nejistota	2
Možná pracovní problémy (s firmou)	1
Nevím	1

Do odpovědí mužů se promítly nejen obavy ze ztráty nejbližších lidí nebo z problémů spojených se stárnutím a nemocemi rodičů, ale jeden muž se obává problémů spojených s existencí firmy, kterou má.

c) **Absolutní životní neštěstí:**

Tabulka č. 56: absolutní životní neštěstí

ABSOLUTNÍ ŽIVOTNÍ NEŠTĚSTÍ	SOUBOR IV.
Ztráta ženy, dítěte, rodičů	8
Těžká nemoc v rodině, nehoda, úraz	2

Podle předpokladu je absolutní neštěstí u mužů, stejně jako u žen, spojeno se ztrátou nejbližších lidí nebo se zdravotními problémy, ať už vlastními nebo v rodině. Absolutní životní neštěstí v představě dotazovaných mužů mělo jednoznačně podobu ztráty manželky, dítěte a rodičů. Ve dvou případech se v odpovědích objevily obavy z vážné nemoci, nehody nebo úrazu.

11. Kazuistiky

Vzhledem k typu výzkumného projektu disertační práce považuji za vhodné doplnit sesbíraná a vyhodnocená data konkrétními kazuistikami. Pro tento účel jsem ze všech tří souborů vybrala osm kazuistik.

Soubor I.

Kazuistika č. 1 – paní Barbora a syn Vojtěch (28 + 3)

Kazuistika č. 2 – paní Martina a syn Antonín (28 + 4)

Kazuistika č. 7 – paní Kamila a trojčata Jakub, Barbora a Alžběta (32 +3)

Kazuistika č. 8 – paní Veronika a dcera Eliška (33 +3)

Soubor II.

Kazuistika č. 3 – paní Alena a dcera Lenka (32 + 1)

Kazuistika č. 4 – paní Lucie a syn Adam (34 + 2)

Soubor III.

Kazuistika č. 5 – paní Dana a syn Jan (24 + 2)

Kazuistika č. 6 – paní Helena a syn Tomáš (27 + 0)

K výběru uvedených kazuistik bych ráda uvedla, že jsem se snažila co nejdůležitěji popsat setkání s těmito ženami, jejich psychický stav a to, co pro ně bylo v období po porodu emocionálně nejnáročnější nebo nejdůležitější, ať už se jednalo o emoce negativní nebo pozitivní. Některé popisy setkání jsou delší, některé jsem zkrátila proto, že by se opakovaly stejné situace a výroky. Často jsem použila přesné citace jejich výroků, v kazuistice č. 7 uvádím pro větší autenticitu celé pasáže vyjmuté z vyplněného Strukturovaného rozhovoru.

Kazuistiky, které jsou zde popsány, považuji vzhledem k povaze disertační práce za nejpřínosnější. Uvědomuji si však, že by za podrobné zpracování a uvedení stálo mnohem více případů, a konečný výběr nebyl lehký právě proto, že případy matek, které jsem do kazuistik nezařadila, byly mnohdy také velice zajímavé. Často se objevily problémy, které jsem nečekala a které měly tyto ženy potřebu řešit.

Alespoň stručně uvedu, že tři ženy se mi svěřily se svým problematickým vztahem k matce, v jednom případě se jednalo o negativní vztah k oběma rodičům. Dvě ženy trápily neuspořádané sourozenecké vztahy či ztráta kontaktu se sourozenci. Jedna matka řešila velmi konfliktní vztah s tchýní, u které s manželem bydlí, a dokonce krátce po porodu zvažovala možnost rozvodu nebo alespoň odděleného bydlení. Dvě ženy měly potřebu podrobně hovořit o období, které pro ně bylo zatím nejnáročnější v jejich životě – o období puberty, o školních problémech a revoltě vůči autoritám. Jedna matka měla nesmírné výčitky svědomí kvůli kouření, a zároveň nebyla schopná se tohoto návyku vzdát ani v momentě, kdy chtěla kojit svoji dceru (lehce nedonošené, hypotrofické dítě).

Velmi zajímavé bylo setkání s matkou, která přivedla na svět své třetí dítě, a pokaždé se jednalo o předčasný porod (první dcera se narodila v týdnu 36 + 2, druhý syn 34 + 3 a třetí porod byl v týdnu 33 + 1). Tato matka sice ventilovala svoje obavy o nedonošeného syna, ale bylo zřejmé, že celou situaci díky předchozím dvěma zkušenostem s předčasnými porody zvládá mnohem lépe než ženy, které tuto zkušenost nemají. Přesto možnost čtvrtého těhotenství a porodu razantně odmítla s tím, že rodí stále dříve před stanoveným termínem porodu a každé další dítě je „nedonošenější“. Pokud by se tato situace měla ještě opakovat, tak už by ji prý asi psychicky nezvládla. Navíc ji velmi trápilo, že u sebe nemá svoje starší děti (6 let a 3 roky; nyní v péči jejich rodičů mimo Prahu), protože po celou dobu hospitalizace novorozeného chlapečka v porodnici byla s ním, druhé dvě děti neviděla a telefonický kontakt s nimi jí pokaždé rozrušil.

Alespoň za stručnou zmínku stojí situace svobodné matky, která po potvrzení gravidity řešila, zda si dítě vůbec nechat. Její partner jí po sdělení, že je těhotná, vyhodil z bytu, kde společně bydleli. Po několika dnech strávených na ulici a cestováním v MHD se odvážila jít k rodičům, kteří jí podpořili v rozhodnutí dítě si nechat a podali jí pomocnou ruku, přestože dcera odešla po hádce s nimi z domu a bydlela dlouho u otce dítěte (jejich vztah byl příčinou té hádky). Přes nabídnutou pomoc a pochopení rodičů jsem její situaci vnímala jako velmi obtížnou a psychicky náročnou, byla zde zřejmá absence partnera a jeho podpory, zklamání z jeho postoje k těhotenství a z nezájmu o ní i o dítě.

Každá žena z celého výzkumného souboru měla svůj příběh, svoje trápení, svůj problém, o kterém si chtěla popovídat a který pro ni byl nějakým způsobem závažný. Není ale možné popsat všechny, proto uvádím jen osm vybraných kazuistik.

11.1. Kazuistika č. 1 – paní Barbora a syn Vojtěch (28 + 3) – soubor č. 1

Údaje o matce: Barbora L., 32 let, středoškolské vzdělání s maturitou, studuje VŠ
Zaměstnání: asistentka, tlumočnice
Zdravotní stav: asthma bronchiale; trvale chronická rýma, v r. 2007
rinoplastika ze zdrav. důvodů s pozitivním efektem

Údaje o otci: Václav L., 34 let; vysokoškolské vzdělání – ČVUT
Zaměstnání: obchodní zástupce
Zdravotní stav: dobrý

Těhotenství: 2/1 (plánované, velmi chtěné)

Průběh předchozích těhotenství: 1/1 v r. 2006 – mimoděložní těhotenství

Průběh tohoto těhotenství: 1. trimestr – občas nevolnost
2. trimestr – nižší tlak, v 5. měsíci viróza
3. trimestr – až do porodu v pořádku

Začátek porodu: náhlý nástup kontrakcí a slabé krvácení

Porod: S. C. (císařský řez – section caesarea) akutní, v celkové anestezii pro plicní embolii matky a neúspěšnou tokolýzu

Otec u porodu: NE (čekal před operačním sálem, viděl dítě i matku při převozu na oddělení)

Dítě: Vojtěch L., nar.: leden 2008, Praha

Gestační věk: 28 + 3

Váha a délka: 1140 g/ 39 cm (nejnižší váha - 890g)

Apgar score: 7 – 9 – 9

Závěr neonatologa:

těžce nezralý, eutrofický novorozenec, gestační stáří klinicky 29. týden;
dobrá poporodní adaptace, na sále krátce oxygenoterapie, pravidelně dýchá od 1. minuty,
umístěn na RES.

Doba strávená v porodnici: 12 týdnů (gestační věk dítěte při propuštění: 40 + 3)

Paní Barbora byla velmi sympatická a komunikativní mladá paní, která se zařazením do mého výzkumného vzorku ochotně souhlasila. Její příběh se od příběhů ostatních maminek a jejich nedonošených dětí liší tím, že po předčasném porodu to nebylo jen její miminko, které muselo vzhledem k předčasnému příchodu na svět bojovat o život. Barbora měla velké zdravotní problémy a první dny po porodu byl její stav velmi vážný.

1. setkání – 7. den po porodu

Naše první setkání bylo velice krátké, protože Barboru právě převezli z JIP na oddělení a její zdravotní stav nebyl dobrý, takže jsme si povídaly jen pár minut. Ani jsem jí nežádala o souhlas se zařazením do vzorku a neptala se na žádné anamnestické údaje, jen na její stav a pocity.

Barbora mi řekla, že se fyzicky cítí velice špatně, má stále horečky a bolesti. Svého chlapečka viděla poprvé především (tedy pátý den po jeho narození) a byla u něj asi deset minut, déle to nebylo možné. Manžel, který za Vojtíškem denně chodil na RES, nosil Barboře jeho fotky a zprostředkoval všechny informace od pediatrů, ji na první návštěvu u jejich syna odvezl na křesle. Bylo to pro ni fyzicky i psychicky hodně vyčerpávající. Ačkoliv chlapečka viděla na fotkách, nebyla připravená na to, že bude tak maličký. Jeho porodní váha 1140 g se totiž ještě snížila na 890 g. Inkubátor, různé hadičky a celé prostředí RES na Barboru působilo velmi tísnivě. Informace přítomného pediatra vnímala jako povzbuzující a byla za ně vděčná, ale neměla sílu se na nic ptát. Jen chlapečka pohládila a manžel ji odvezl zpátky na JIP. Návštěva jí velice unavila, ale hlavně se prý cítila „*strašně provinile, protože on je tak maličký a já se málo starám, co se s ním děje, a soustředím se jenom na sebe a na svoje bolesti*“. Přepadly jí pocity viny, že tak brzy porodila a že „*celá tahle pohroma je moje chyba*“. Sice pak dostala nějaké léky a usnula, ale i tak jí tyto negativní pocity stále trápí.

Mluvily jsme spolu skutečně jen malou chvíli, takže jsem se jí snažila uklidnit a přesvědčit, že může mít v lékaře důvěru, protože pro její miminko udělají to nejlepší, a ona se musí nejdřív sama uzdravit, aby se o Vojtíška pak mohla starat. Zdůraznila jsem jí, že předčasný porod opravdu málokdy zavíní sama matka a že k němu dochází velmi často u žen, které v těhotenství vůbec žádné obtíže neměly. Tato situace není její vina a vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu je naprosto vyloučené, aby o chlapečka jakkoliv pečovala.

2. setkání – 13. den po porodu

Druhé setkání s Barborou bylo podstatně delší a mnohem pozitivnější než první. Její stav se výrazně zlepšil, a ačkoliv má stále antikoagulační léčbu (Warfarin – pro zabránění opakování embolizace, ke které u Barbory došlo), je bez bolestí a bez teploty. Teprve teď jsem ji požádala o zařazení do výzkumu. Vstřícně souhlasila a zajímala se o moji práci.

Po vyplnění kontaktních údajů mi vyprávěla svoji zdravotní anamnézu. Dlouhodobě má astma bronchiale a kvůli chronické rýmě se v roce 2007 podrobila rinoplastice, ale jinak je v pořádku. S manželem miminko plánovali od konce roku 2005, takže potvrzení gravidity zhruba o půl roku později přijali oba radostně. Bohužel šlo o mimoděložní těhotenství¹², které muselo být laparoskopicky odstraněno, což Barboru velmi mrzelo. Naštěstí se jí povedlo za rok znovu otěhotnět a oba se s manželem na miminko těšili.

Těhotenství z počátku probíhalo bez problémů a až na občasné ranní nevolnosti se Barbora cítila dobře. Počátkem 4. měsíce jí lékař v prenatalní poradně naměřil nízký tlak, ale při dalších kontrolách už bylo vše v pořádku. V 5. měsíci měla virózu a užívala Hedelix na kašel. Jinak v těhotenství brala jen vitamíny a v prvním trimestru kyselinu listovou. Nic nenavštěvovalo tomu, že by měla předčasně porodit.

Ve 28. týdnu těhotenství jí náhle v noci vzbudily bolesti – kontrakce, které se pravidelně opakovaly každých devět minut, sílily a interval mezi nimi se zkracoval. Pak začala krvácet a vyděšeně vzbudila manžela, který jí odvezl do nejbližší porodnice. Lékař zajistil převoz „in utero“ do perinatologického centra, manžel jel za sanitkou.

Barbora celé dění vnímala jen útržkovitě a cítila především strach o miminko. Při převozu sanitkou zvracela, silně ji bolela hlava a břicho. Ačkoliv jí nebylo dobře, ocenila profesionální a příjemné chování všech lékařů i sester. Říkala, že byli milí a trpěliví, přestože ona byla „vyděšená, ustrašená, neschopná inteligentně odpovídat, prostě úplně mimo“.

¹² Mimoděložní těhotenství je stav, kdy se oplodněné vajíčko usadí mimo dutinu děložní: nejčastěji ve vejcovodu (95 %), méně často na vaječniku (3 %), v dutině břišní (1,5 %), výjimečně jinde. Tyto lokalizace neumožňují vývoj plodového vejce, naopak mohou být uhnízděným plodovým vejcem poškozeny.

Za několik hodin poté byla Barbora odvezena na porodní sál a pro „plicní embolii matky a neúspěšnou tokolýzu“ (dle zdravotní dokumentace) došlo k akutnímu císařskému řezu. Předčasný porod vyvolala infekce v děloze, která je odborníky považována za hlavní příčinu těchto porodů. Vojtíšek se narodil v gestačním stáří 28 + 3 a vážil 1140 g.

Barbora první dny po porodu skoro nevnímala – byla na JIP a měla silné bolesti, vysoké teploty a její zdravotní stav byl vážný. Ze svých pocitů si pamatuje jen bolest a únavu, ale také strach a nejistotu („*co bude s dítětem, když umřu?*“). Děni kolem sebe ani moc nevnímala. Vzpomíná si na návštěvu pediatra, ale vůbec neví, kdy za ní vlastně byl, a z informací o synovi si nepamatovala vůbec nic.

Manžel Barbory je oba denně navštěvoval, Barboře říkal všechno, co se od lékařů a sester dozvěděl o zdravotním stavu jejich chlapečka. Čtvrtý den po porodu jí manžel přinesl Vojtíškovy fotky. Barboru ty obrázky nejdřív vyděsily a zároveň cítila i žárlivost, že manžel za Vojtíškem chodí, hladí ho a dokonce ho i choval. Prý jí to bylo hrozně hloupé, věděla, že by mohla být ráda, že za Vojtíškem může alespoň on, ale záviděla mu to. Zároveň si uvědomovala, jak to pro něj musí být všechno těžké. Krátce před těmito událostmi mu totiž zemřela maminka a teď zase prožívá strach o ní i o syna.

Přestože musely být první dny po porodu pro Barboru velmi těžké, bylo setkání s ní příjemné a měla jsem pocit, že pro ni bylo ventilování svých pocitů užitečné. Řekla mi totiž, že cítila potřebu nějaké psychologické péče, ale po našem setkání se prý už po ní ptát nebude. Nabídla jsem jí možnost zavolat mi, když bude potřebovat, a slíbila další setkání.

3. setkání – 20. den po porodu

Při třetím setkání se Barbora cítila mnohem lépe a měla pocit, že se už všechno obrací k lepšímu. Stav Vojtíška je také dobrý a měl by se brzy přesunout z JIP na oddělení intermediární péče. Chlapeček měl první dny po narození potíže s akceptováním výživy, což se postupně upravilo, a on pomalu přibývá na váze. Barbora se hodně upnula ke kojení, resp. k odstříkávání mléka pro syna a k udržení laktace, aby ho mohla kojit, jakmile to bude možné. Tentokrát měla právě ke kojení spoustu otázek, které jsem se snažila zodpovědět. Mluvily jsme i o jejích pocitech, které se „*mění k lepšímu, začínám cítit radost a štěstí, i když se pořád moc bojím*“, a tom, že je tato citová ambivalence normální.

4. setkání – 32. den po porodu

Od Vojtíškova narození uběhlo 32 dní a zdravotní stav obou je dobrý. Při tomto setkání Barbora znovu zmínila, jak byla smutná a cítila pocit viny, když předchozí těhotenství skončilo neúspěšně. Stále se obviňuje i z předčasného narození Vojtíška a má obavy o jeho další vývoj. Ptala jsem se, jak na obě události reagoval její manžel, ale z jeho strany prý nikdy nedošlo k sebemenším výčitkám. Naopak byl pro Barboru po prvním nevydařeném těhotenství velkou oporou a neustále ji ujišťoval, že je pro něj důležité, aby byla ona v pořádku, a že miminko určitě mít budou. Nyní jsou pro ni jeho návštěvy povzbuzením a vždycky se na něj těší.

Obě zmíněné události (mimoděložní těhotenství a předčasný porod) Barbora označila jako nejhorší události ve svém životě spolu s tím, že má obavy nejen o zdravotní stav a vývoj chlapečka, ale také o možnost dalšího otěhotnění – „*aby to vůbec šlo*“. Nicméně druhé dítě by chtěla až za 2–3 roky, protože „*nejdřív se musím vzpamatovat z tohoto porodu a postarat se o Vojtíška*“. Mluvila o tom, že se bojí, aby opět neporodila předčasně a „*nezavinila potíže dalšímu miminku*“.

Domnívám se, že stejné pocity jako paní Barbora má mnoho maminek, které předčasně porodí, a že by bylo potřeba nechat je tyto emoce ventilovat a mluvit s nimi o nich. Snažila jsem se o to i s Barborou a doufám, že to pro ni bylo přínosné.

Když jsem ji požádala o zhodnocení období od porodu do dnešního dne, řekla mi, že to pro ni byly fyzicky i psychicky velice náročné dny, obzvláště ze začátku a vše se pomalu a postupně zlepšovalo. Nejhorší pro ni byl její zdravotní stav bezprostředně po porodu a trápí jí pocit viny, že se „*zcela sebestředně starala hlavně o sebe*“.

Jako nejhorší moment celého období označila situaci, kdy byla u syna a najednou „*začal skákat monitor a já myslela, že mi umírá*“. Podruhé se velice vyděsila, když jí sestra na oddělení bez nějakého upřesnění řekla, že má jít na JIP. Barbora tam prý vůbec nemohla dojít, podlamovaly se jí nohy a točila hlava, protože se bála, že Vojtíšek zemřel a že jí to chtějí říct. Přitom šlo o naprosto banální záležitost, dětská sestřička se s ní chtěla jen domluvit na odstříkávání mateřského mléka. Barboře se nesmírně ulevilo, ale zároveň se hodně zlobila, že jí přece sestra mohla říct, proč má jít na JIP.

Domnívám se, že její zlost byla na místě. Většina matek by byla v této situaci vyděšená a měla obavy, že se něco stalo s jejich miminkem. Přitom by stačilo zlepšit komunikaci a informovanost matek, aby nebyly zbytečně vystavovány stresu a obavám, které jsou vzhledem ke zdravotnímu stavu jejich předčasně narozených dětí pochopitelné.

Jako pozitivní a povzbuzující Barbora označila veškeré informace od pediatrů, cítila k lékařům a sestřičkám pečujícím o jejího syna důvěru a vděčnost. Největší oporu měla v manželovi, který toto období prožíval hodně těžce, měl strach o ženu i o syna, ale přesto se snažil Barboru uklidnit a nedávat najevo svoje obavy. Od manželovy sestry a jeho rodičů cítila Barbora podporu a zájem, o svojí rodině moc mluvit nechtěla, řekla mi jen, že jsou její rodiče rozvedeni, otec pije a matka je psychicky labilní. Z této strany zřejmě žádnou podporu nemá, ale ani ji neočekává.

5. setkání – 56. den po porodu

Toto setkání s Barborou bylo radostné a pozitivní, protože Vojtíšek je už na intermediárním oddělení, velmi hezky přibývá na váze a veškerá odborná vyšetření dopadla dobře. Barbora zkouší chlapečka přikládat a kojit a těší se z každého sebemenšího úspěchu. Tentokrát na mě měla připraveno hodně otázek týkajících se péče o miminko po příchodu domů, zajímala ji praktická doporučení a zkušenosti i kontakty na různé instituce nebo na internetové servery, kde by mohla získat nějaké rady a být v kontaktu s jinými maminkami.

6. setkání – 70. den po porodu

Naše předposlední setkání proběhlo naprosto neočekávaně a bylo velmi emocionální. Barbora byla na pokoji sama s Vojtíškem, protože její spolubydlící Martina na celé odpoledne odešla a její syn byl u sester. Hned po příchodu jsem viděla, že Barbora není v psychické pohodě. Chlapeček spal, my jsem si sedly ke stolu a já jsem se jí ptala na její a Vojtíškův zdravotní stav. Odpověděla mi, že Vojtíšek stále pomaličku a pravidelně přibírá, a všechna vyšetření, která podstoupil, dopadla dobře. Barboře je prý lépe, bez problémů kojí a je za to moc ráda. Rovnou jsem jí řekla, že mám pocit, že jí něco trápí, a zeptala jsem se, jestli jí mohu nějak pomoci. Chvilku bylo ticho a pak si Barbora položila hlavu na stůl a rozplakala se. Vzala jsem jí za ruku, ona mě silně chytla a velmi plakala.

Za dlouhou dobu začala Barbora mezi vzlyky povídat: „... Už nemůžu, je toho na mě moc, všichni si myslí, jak jsem silná a statečná, ale já už prostě nemůžu. ... Každý za mnou chodí, svěřuje se, třeba Martina každý den řeší svůj vztah s manželem a pořád chce něco probírat a poradit. ... Nebo jiné maminky – potkáme se na chodbě a já jim dělám vrbu, všechny ke mně chodí brečet. ... Před rodinou se tvářím, že je všechno v pořádku, nechci jim přidělovat starosti, takže jsem jim ani v těch prvních dnech neříkala, jak je mi strašně, že se bojím, že umřu, že mám strašné bolesti. Snažila jsem se dělat, že se nic moc neděje. ... Jsem tady zavřená dva a půl měsíce, mám pocit, že se zblázním. ... Těšila jsem se na manžela, potřebovala bych se o něj opřít, nechat se obejmout a držet a vypovídat se mu, ale on už tady přes týden nebyl, protože má virózu a nechce mě nebo dokonce Vojtíška nakazit. Dneska měl už přijet, ale volal, že mu pořád není dobře, tak raději ještě nepřijede. Já vím, že je to lepší, aby sem nechodil, ale hrozně bych ho potřebovala. Přitom mu říkám, že je to v pohodě, ať sem radši nejezdí a radši se vymarodí, že já všechno zvládám, jen aby neměl starosti. ... Přitom nezvládám nic, mám pořád strach o Vojtu, aby byl v pořádku, i o sebe, abych se o něj mohla starat...“

Barbora plakala skoro hodinu a přerývaně mi tohle všechno říkala. Vracela se i ke svým výčitkám svědomí, že se o syna „málo bála v prvních dnech po jeho narození. On byl v ohrožení života a já se babrala jenom ve svých bolestech...“

Nesnažila jsem se Barboře cokoliv vyvracet nebo vysvětlovat. Měla jsem pocit, že se potřebuje hlavně vyplakat, dostat ze sebe po dlouhé týdny kumulované napětí a stres a její pláč mi přišel jako dobrý ventil. Držela jsem jí za ruku, podávala kapesníčky, a když došly, tak buničinu z přebalovacího pultu, a poslouchala jí. Jak se na stole kupily poplakané kapesníky, tak pomaličku její pláč slábnul. Trvalo to téměř celou hodinu a musím říct, že to byly náročné chvíle, ale Barbora to asi moc potřebovala. Když přestala plakat, tak se mi začala omlouvat, ale to jsem odmítla s tím, že je to naprosto v pořádku. Byla unavená a přijala můj návrh, aby si lehla a chvíli spala, než bude čas vzbudit a nakojit Vojtíška.

Za dvě hodiny mi volala na mobil, jestli jsem ještě v porodnici a zda bych mohla přijít. Byla jsem u jiné maminky, ale po skončení tohoto rozhovoru jsem se k Barboře vrátila. Řekla mi, že se vyspala a že se cítí mnohem lépe. Styděla se, že „neuhlídala svoje emoce, ale strašně moc se mi ulevilo, asi jsem se prostě potřebovala vybrečet a vypovídat“.

7. setkání – 82. den po porodu

Barbora a Vojtišek půjdou pozítří domů. Jejich pobyt v porodnici trval celkem 84 dní a chlapeček k dnešnímu dni dosáhl gestačního stáří 40 týdnů (dnes měla Barbora termín porodu). Jeho váha přesáhla 2000 g, je plně kojený a prospívá. Barbora je spokojená, že už půjdou domů, ale přesto si uvědomuje, že si domů nenese „normální miminko, ale nedonošeně, se kterým bude mnohem víc práce a starostí; nechci si to připustit, ale určitě můžou nastat nějaké potíže a komplikace. Nechci na to myslet, ale musím a trochu se bojím. Tady měl člověk přeci jen jistotu, že kdyby se cokoliv dělo, jsou tu lékaři a sestřičky, můžu je hned zavolat“. Zároveň má pocit, že by už v porodnici dlouho nevydržela, protože tu „byla jako ve vězení“.

Její pozitivní i negativní emoce během celé hospitalizace jsem podrobně uváděla výše, takže je nebudu znovu rozepisovat. Domnívám se, že pro Barboru muselo být období strávené v porodnici hodně náročné a doufám, že naše společná setkání jí pomohla v tom, že mohla svoje pocity vyslovit a popovídat si o nich.

Závěrem k této kazuistice

Příběh paní Barbory velmi dobře ukazuje, jak těžce matky nesou narození nedonošeného dítěte a jaké emoce jsou s předčasným porodem a s dlouhým pobytem v porodnici spojené. I když Barbora během našich setkání ventilovala svoje negativní pocity z předčasného porodu a svěřila se mi s tím, co cítila, tak by zřejmě potřebovala intenzivnější psychologickou pomoc.

Domnívám se, že dosažitelnost psychologické péče by využily i mnohé další maminky a možná, že by byla Barbora ušetřena jejich nářků. Ona se opravdu jevila jako velmi silná a zároveň vstřícná a empatická osobnost, což jistě vedlo ostatní maminky k tomu, že na ní hrnuly svoje starosti a stesky. Ona sama je tím nechtěla obtěžovat, a tím spíše se v ní vše hromadilo bez možnosti někomu se vypovídat a ulevit si. Momentální nepřítomnost její spolubydlící patrně přispěla k tomu, že se Barbora mohla projevit tak, jak se to stalo při našem šestém setkání, protože před druhou maminkou by se snažila svoje emoce skrýt.

Jako kritický vidím fakt, že Barbora za celou dobu svého pobytu byla venku pouze třikrát a maximálně na dvě hodiny, což považuji za naprosto nedostatečné. Tato skutečnost jistě napomohla tomu, že se Barbora při našem předposledním setkání cítila psychicky špatně a všechny emoce, které se v ní dlouhé týdny hromadily a kupily, potřebovaly uvolnit. Jako ventil všech emocí pravděpodobně zapůsobil telefonát s manželem krátce před naším setkáním a její zklamání z toho, že nepřijede. Měla pocit, že jí chybí opora a porozumění a veškerý stres a napětí se projevilo jejím dlouhotrvajícím pláčem.

Uvědomila jsem si, jak by bylo potřeba dbát na určitou „psychohygienu pobytu“ u těch matek, které jsou se svým nedonošeným dítětem v porodnici dlouhé týdny. Samozřejmě není možné jim cokoli nařizovat, ale bylo by vhodné, aby se maminky dostaly pravidelně ven alespoň na krátkou procházku, případně si mohly jít něco zařídit, dojet domů, na návštěvu a podobně. Domnívám se, že se to týká zejména prvorodiček, protože maminky, které mají doma starší dítě, se snaží dostat domů právě kvůli setkání s ním; prvorodičky tento důvod nemají. Naopak mají pocit, že svoje miminko nemohou opustit, že by byly „špatné matky“. Považuji za vhodné, aby jim sestřičky opakovaně procházky nebo cesty domů navrhovaly, ujistěovaly je, že se o jejich miminko dobře postarají a ono nepocítí žádnou újmu, když se jeho maminka na chvíli vzdálí a bude se věnovat sobě. Toto odreagování by všem matkám prospělo a pomohlo by jim celou náročnou situaci lépe snášet.

11.2. Kazuistika č. 2 – paní Martina a syn Antonín (28 + 4) – soubor č. 1

Údaje o matce: Martina L., 31 let; středoškolské vzdělání s maturitou
Zaměstnání: úřednice na městském úřadě
Zdravotní stav: trvale užívá Letrox (štítná žláza); křečové žíly

Údaje o otci: Petr L., 34 let; středoškolské vzdělání s maturitou
Zaměstnání: konstruktér – kontrola výroby
Zdravotní stav: dobrý, občas mírné zažívací potíže (ev. Ranisan)

Těhotenství: 1/1 (neplánované, přijaté) – ??? – viz dále

Průběh tohoto těhotenství: 1. trimestr – občas nevolnost, únava, nervozita (změna zaměstnání, výměna bytu a stěhování, svatba)
2. trimestr – bez potíží
3. trimestr – od 6. měsíce časté bolesti v tříslech, silný výtok, únava, necítila se dobře

Začátek porodu: kontrakce, odtok plodové vody

Porod: náhlý předčasný (28 +4), S. C. v celkové anestezii, bez komplikací

Otec u porodu: NE (čekal před operačním sálem, viděl dítě i matku při převozu ze sálu na oddělení)

Dítě: Antonín L., nar. leden 2008, Praha

Gestační věk: 28 +4

Váha a délka: 1200 g/ 38 cm (nejnižší váha – 1050g)

Apgar score: 5 – 8 – 8

Závěr neonatologa: těžce nezralý, eutrofický novorozenec,
gestační stáří klinicky 29. týden;

Doba strávená v porodnici: 11 týdnů a 1 den (gestační věk dítěte při propuštění: 39 + 5)

1. setkání – 5. den po porodu

Paní Martinu jsem si vytipovala jako maminku, která splňovala moje podmínky pro zařazení do výzkumného vzorku. Byla to sympatická mladá paní, která hned při prvním kontaktu souhlasila se zařazením do mého výzkumu a možnost popovídat si uvítala, protože to prý moc potřebuje.

Martina byla prvním dnem ubytovaná spolu s dalšími třemi maminkami na ložnici matek. Po sepsání anamnestických údajů mi vyprávěla, že s manželem miminko asi rok plánovali, ale chtěli nejdřív vyřešit bydlení. Martina si ale zapoměla vzít na dovolenou antikoncepční pilulky a otěhotněla. Nejdřív to ani nechtěla partnerovi říct, ale on prý sám poznal, že se něco děje, tak mu o těhotenství řekla. Dohodli se, že si miminko nechají a vezmou se, tak narychlo chystali svatbu, vyměnili byt a stěhovali se. Paní Martina navíc nastoupila do nové práce a byla hodně nervózní, že jí vyhodí ve zkušební době, protože určitě poznají, z čeho jsou její občasné nevolnosti. Po několika dnech se rozhodla, že svojí nadřizené řekne radši rovnou pravdu. Byla velmi mile překvapená, když jí bylo řečeno, že to přece není žádný problém a že se po mateřské dovolené může na svoje místo vrátit.

Díky všem těmto událostem vnímala paní Martina první trimestr jako stresující, byla nervózní, podrážděná a necítila se dobře. Druhý trimestr naopak proběhl v klidu a celkem v pohodě. Pravidelné kontroly v prenatalní poradně potvrzovaly normální průběh těhotenství, ale od 6. měsíce Martina začala pociťovat časté bolesti v tříslech a únavu, měla silný výtok a pocit, že „*na mě něco leze*“. Přesto šla s manželem na Nový rok odpoledne na běžky, což byla jejich oblíbená aktivita. Uběhli 30 km v relativně rychlém tempu. Večer se Martina cítila velmi unavená, šla brzy spát a k ránu jí probudily bolesti v podbřišku, ale domnívala se, že jde o nějaké střevní potíže. Pak jí ale praskla plodová voda a ona „*pochopila, že je zle*“. Následovala cesta do blízké porodnice, kde dostala jednu injekci na indukci plicní zralosti dítěte, a lékař rychle zařídil převoz „*in utero*“ do pražského perinatálního centra. Celé dění Martina vnímala jen útržkovitě, měla pocit, že „*je úplně mimo, byl to hrozný šok, jen jsem věděla, že těm doktorům můžu věřit a že pro mě i pro miminko dělají všechno, co můžou*“.

V perinatologickém centru následoval rychlý příjem a po vyšetření okamžitý převoz na sál, kde se císařským řezem narodil Toníček. Bezprostředně po vybavení nedýchal, od 2. minuty už ano. Nyní je stále umístěn v inkubátoru na jednotce RES.

Paní Martina byla jeden den na JIP, kde jí „*pomalu docházelo, co se vlastně stalo*“. Informace o miminku dostala podle svého odhadu asi 16 hodin po porodu ještě na JIP, ale vůbec si nepamatovala, co jí lékař říkal. Když jsem se jí ptala na pocity po porodu, říkala, že cítila „*kupodivu nejdřív takovou zvláštní euforii a velikou důvěru k doktorům, že to bude dobré, a pak na mě padla únava a spala jsem snad celý den.*“

Druhý den, po převozu na oddělení šestinedělí, se u ní objevily hodně negativní pocity. Mrzelo ji, že v zaměstnání nedokončila svoji práci a nerozloučila se s kolegyněmi před nástupem na mateřskou. Ani doma nestačila pro miminko připravit to, co chtěla (oblečení, postýlka, přebalovací pult, kočárek,...), ale „*hlavně jsem si říkala, že je to celé moje vina, že jsem neměla vůbec chodit na ty běžky, nebo jsem se neměla tak honit, měli jsme se jen trošku projít. Určitě to způsobilo ten porod.*“ Paní Martina se necítila dobře ani fyzicky, bolela ji jizva po operativním porodu, měla horečku přes 38 °C a „*veliké obavy o miminko, strašný pocit viny a depresi*“.

Chlapečka Martina poprvé viděla druhý den odpoledne. Manžel za ní přijel a šel požádat sestru, aby mohli jít za miminkem. On již svého syna viděl hned po narození při převozu z operačního sálu na RES, ale jen letmo. Návštěva na RES trvala asi 20 minut, během ní je sestřička informovala o zdravotním stavu chlapečka a pak přišel i lékař. Informace, které dostali, pro ně byly dostatečné a působily uklidňujícím dojmem, ale Martina se přesto cítila hodně špatně, bylo jí „*smutno a těžko, když jsem viděla, jak je v tom inkubátoru malinký, všude hadičky a přístroje, bylo to hrozné*“. Sestřička jí říkala, že se Toníčka může dotýkat a hladit ho, ale „*nešlo to, bála jsem se ho dotknout a nemohla jsem udělat ani pohyb*“.

První dny pro ni byly hodně těžké, chlapeček byl umístěn na RES, kam za ním několikrát denně chodila, ale z počátku se na něj jen dívala, i když jí sestřičky povzbuzovaly k dotekům a hlazení miminka. Jejich chování pro ni bylo „*uklidňující, měla jsem pocit, že je Toníček v dobrých rukách, sestřičky jsou hrozně hodné a jim i lékařům jsem věřila*“.

Její psychický stav se projevil velkou citlivostí na projevy sester na gynekologickém oddělení, hodně jí vadilo „*hrubé chování sestry, která mi čtvrtý den po porodu řekla, ať se hned seberu a jdu si zaplatit pobyt v nemocnici na pokladnu*“ a pak jí „*doslova vyhodila z postele, že mám hned vstát, vzít si věci a odejít na ložnici matek. Ani jsem se nestačila rozloučit s ostatními maminkami*“. To Martině hodně vadilo, mluvila o tom opakovaně.

Na ložnici matek (což je velký pokoj se šesti lůžky pro maminky, které by už mohly být propuštěny domů, ale kvůli dětem zůstávají v porodnici) se Martina sešla s dalšími třemi maminkami, jejichž děti se narodily předčasně. Je ráda, že tu pro ni bylo místo, a zároveň jí děsí, že tu bude dlouho, ale nechce „*odjet domů a Toníčka tu nechat samotného*“, už proto, že mu nosí odstříkané mléko. Upnula se k udržení laktace za každou cenu, protože to je podle ní to jediné, co může pro Toníčka udělat – nosit mu mateřské mléko a až to půjde, tak ho začít kojít a vydržet s kojením co nejdéle.

Během našeho prvního setkání Martina hodně mluvila o tom, že jsou pro ni tyto dny velmi náročné, těžké a že má stále pocit viny kvůli předčasnému porodu. Je přecitlivělá, plačtivá a smutná, jsou zřetelné její obavy o chlapečka a o jeho zdraví. Během našeho setkání několikrát opakovala, že je moc ráda, že se může vypovídat.

2. setkání – 16. den po porodu

Paní Martina je stále na ložnici matek a několikrát denně dochází za synem na JIP, kam byl po 14 dnech na RES přeložen, protože se jeho potíže, které měl z počátku s dýcháním, upravily. Pro Martinu to byl „*velký krok k lepšímu*“. Na JIP je chlapeček stále v inkubátoru, ale už začali pomaličku „*klokánkovat*“, maminka se ho víc dotýká a má radost ze vzájemného kontaktu. Je spokojená i s tím, že se jí daří udržet laktaci, a těší se, až začne syna kojít. Fyzicky se cítí mnohem lépe, jizva po porodu se dobře hojí a už nebolí.

Před tímto setkáním si na mě paní Martina připravila celý seznam otázek ohledně péče o předčasně narozené miminko. Zajímala ji další vývoj, prognóza a možné problémy, které chlapeček může mít. Několikrát zdůrazňovala, že je „*hrozně racionální člověk, potřebuju mít všechno jasné, mám ráda věci naplánované*“. Prý se sester a lékařů teď hodně ptá, zajímá ji zdravotní stav Toníčka a prognóza jeho tělesného a mentálního vývoje. Z počátku se prý na nic neptala, „*bála se, že by slyšela něco ošklivého*“, ale nyní je už víc

v klidu a má pocit, že i „nějakou horší informaci zvládne“. Ptala jsem se jí, jestli zazněla nějaká nabídka psychologické péče. Martina mi řekla, že ne, ale že by jí „*strašně moc potřebovala hlavně v prvních dnech a kdyby to šlo, určitě bych to využila a myslím, že nejen já, ale i některé jiné maminky*“. Velmi ocenila možnost popovídat si se mnou a cítí oporu v ostatních maminkách na ložnici matek.

3. setkání – 28. den po porodu

Při třetím setkání byla Martina mnohem klidnější a spokojenější, protože před šesti dny byl Toniček propuštěn z JIP a převezen na intermediární oddělení – „*zase je schůdek směrem domů za námi*“¹³. Jeho stav je dobrý a Martině dělá radost sledovat, jak přibývá na váze. Snaží se o příkládání a kojení, což je pro ni velmi důležité. Velmi jí ovšem vadilo, že o převozu Tonička z oddělení nebyla nikým informována. Přišla za ním jako obvykle a viděla jen prázdný inkubátor. Byl to pro ni šok, vyděsila se, že její chlapeček umřel. Naštěstí k ní hned přišla sestra a řekla jí o převozu, takže se Martina uklidnila a měla radost, ale domnívá se, že by jako matka měla o přesunu miminka dopředu vědět¹⁴.

Celé období od porodu dosud hodnotí jako velice těžké a náročné, ale postupně se vše lepší a Martina zažívá víc radosti a štěstí. Minulý víkend dokonce strávila doma, potřebovala připravit vše pro příchod domů s miminkem. Dlouho odjezd zvažovala, nechtěla od Tonička odjet, ale ostatní maminky jí přesvědčovaly, ať jede, aby trochu přišla na jiné myšlenky. Také sestřičky ji ujišťovaly, že nemusí mít obavy, protože o chlapečka bude dobře postaráno, a pro ni to bude odpočinek. Samotný odchod z porodnice Martina oplakala, protože si připadala „*jako špatná matka, když ho tady nechávám*“. Moc ji mrzelo, že jede domů bez miminka v náručí. Cestou domů spala v autě a doma už jí bylo lépe. Šla s manželem na večeři, byla na návštěvě u rodičů, ale především nakupovala a chystala věci pro Tonička a uklízela byt. V neděli večer ji manžel odvezl zpět do Prahy a Martina se cítila provinile, že se na jednu stranu moc těšila na Tonička a na druhou stranu by bývala ještě ráda zůstala doma.

¹³ Propuštění z RES a JIP takto prožívaly všechny maminky, které jsem oslovila.

¹⁴ Některé matky o převezení svého dítěte na jiné oddělení také nevěděly a reagovaly stejně jako Martina.

Ptala jsem se jí, jak celé toto období prožívá její manžel? Martina se zarazila a pak začala překotně mluvit o tom, že to pro něj byl šok, že nic podobného nečekal a ten „zvláštní fofr kolem porodu pro něj byl hrozný a to odloučení je také nepříjemné“. Poté, co syna viděl bezprostředně po narození, tak ani prý nečekal, že by chlapeček přežil, ale postupně se to zlepšilo. Celé období je pro něj prý velmi náročné, chodí samozřejmě do práce a jezdí za nimi do Prahy 2x týdně a velmi se těší, až bude mít manželku a syna doma.

Členové širší rodiny byli z předčasného narození Toníčka vyděšení, maminka Martiny i tchyně byly nejdřív přesvědčené, že chlapeček nepřežije, a stále plakaly. Při jejich návštěvě v porodnici jim sestřičky dovolily, aby se na chvíli obě na patnáctidenního Toníčka podívaly, což pro ně byl velký zlom – začaly věřit, že bude všechno v pořádku. Celá rodina má neustále zájem o její i Toníčkův stav, stále jí volají, píšou SMS a Martina jejich podporu cítí. „Ze všech nejdůležitější je pro mě ale Toníček, obdivuju jeho statečnost a jsem mu strašně vděčná, že to nevzdal a bojoval“.

Velkou oporou je Martině i pediatrický zdravotnický personál, stále zdůrazňuje, že jim věří a že ví, jak se dobře o chlapečka starají. Ačkoliv mi jmenovala několik věcí, které jí vadily (otevřený inkubátor Toníčka, studené mléko, manipulace s dítětem při koupání u jedné sestry), je celkově s lékařskou péčí spokojená. Velmi ocenila včerejší nabídku lékařů, že by byl možný převoz Toníčka do Liberce. Pro manžela i její rodiče by to bylo určitě příjemné a mohli by je víc navštěvovat. Po domluvě s manželem a zvážení všeho to ale nakonec odmítla, protože zde má pocit jistoty a nejlepší péče o syna. Ošetřující lékař její rozhodnutí bez problémů akceptoval, stejně jako celá rodina.

4. setkání – 40. den po porodu

Toto setkání bylo velmi krátké, protože Martina odcházela na procházku se svými rodiči, kteří přijeli na návštěvu. Jen mi řekla, že je spokojená, protože Toníček je stále na intermediárním oddělení, ale pomaličku, pravidelně přibírá. Někdy se na dva nebo tři dny váhový přírůstek zastaví, ale lékaři jí informovali, že je to normální, že může dojít i k mírnému poklesu váhy, ale pak miminko zase začne přibírat. Martina je velice ráda, že má dostatek mléka a věří, že bude Toníčka kojit. Zatím jsou pokusy o přikládání krátké, ale i tak jí těší. Říkala mi, že se chlapečka ráda dotýká, chová ho a povídá mu nebo tiše zpívá.

Sice je čeká ještě dost dlouhý pobyt, odhadem dalších 30–40 dní, ale Martina doufá, že se nestane nic zlého a nenastane nějaký zdravotní problém u Toníčka jako např. infekce. Prý si povídala s jednou maminkou, jejíž holčička prodělala už dvě infekce a byla ve vážném stavu, a to jí hodně vystrašilo. Jinak se ale cítí po psychické stránce dobře, a když jí občas přepadnou obavy o Toníčka, tak už to prý není tak tíživé a depresivní jako v prvních dnech po jeho narození.

5. setkání – 58. den po porodu

Od narození Toníčka uplynuly téměř dva měsíce a Martina je po celou dobu s výjimkou dvou doma strávených víkendů a několika odpoledních vycházek stále v porodnici. Chlapeček je na intermediárním oddělení, ale už by měl být brzy umístěn spolu s maminkou na pokoj roaming-in.

Martina na mě měla opět hodně otázek týkajících se kojení a péče o miminko po propuštění domů, zajímaly ji naprosto konkrétní věci (jakou značku plen používat, jaké ubrousky a dětskou kosmetiku; kdy může pozvat známé na návštěvu, zda po nich má chtít, aby si desinfikovali ruce, jestli jim může dát Toníčka pochovat a podobně). Zdůrazňovala mi, že jsou pro ni všechny informace velmi cenné, protože je „*taková hrozně racionální osoba a mám ráda ve všem jasno*“. Snažila jsem se jí vše zodpovědět na základě svých vědomostí i praktických zkušeností a uklidnit ji, že pokud si nebude vědět rady, může vždycky někoho z odborníků kontaktovat (např. ohledně kojení Národní linku kojení se sídlem ve FTN Krč). Dala jsem jí kontakty, které jsem považovala za užitečné.

6. setkání – 76. den po porodu

Naše poslední setkání proběhlo dva dny před propuštěním Martiny a Toníčka domů. Maminka plně kojí, chlapeček přibývá na váze, všechna vyšetření má v pořádku a je v dobrém stavu. Celkově strávili v porodnici více než 11 týdnů a Martina hodnotí celé toto období jako náročné a z počátku hodně těžké, vyčerpávající a plné výčitek a obav. Řekla mi, že „*nejdřív jsem se strašně bála mít Toníčka ráda, bála jsem se, že ho ztratím, ale po jeho propuštění z JIP jsem se do něj úplně zbláznila a teď bych za něj dejchala*“.

Nejdříve jsme si povídaly na pokoji na oddělení roaming-in, kde byla Martina ubytovaná ještě s jednou maminkou. Obě už u sebe mají své syny druhý týden, učí se plně o děti pečovat a brzy půjdou domů. Spolubydlící Martiny – paní Barboru – mám také ve svém výzkumném vzorku, takže jsem u nich strávila hodně času. Tyto maminky spolu bydlely i na ložnici matek a vlastně skoro celou dlouhou dobu od narození svých dětí až k propuštění byly spolu. Měla jsem pocit, že si dobře rozumějí a jsou si vzájemně oporou.

Jednou mi ale Barbora o samotě řekla, že se z Martiny zblázní, protože neustále řeší svůj vztah s manželem a před jeho příjezdem na návštěvu nebo jejím odjezdem domů na víkend „*to s ní je fakt k zešílení*“. Jinak je prý fajn, ale dennodenní téma „vztah s manželem“ už Barboru unavuje a obtěžuje, neví, co jí má stále povídat.

Tenkrát jsem nevěděla, že by měla Martina nějaké manželské problémy, nic z jejich odpovědí tomu nenasvědčovalo, ale později se ukázalo, že její manželství není zdaleka tak harmonické, jak mi ho líčila.

Když jsem se ptala paní Martiny na nejhezčí a nejnáročnější životní události, které jí v životě potkaly, za nejhezčí životní událost označila období těsně po otěhotnění, kdy se vdávala a našla si novou práci, ale zároveň to pro ni byl v souvislosti s těhotenstvím stres. Nejdřív se obávala reakce svého partnera a také reakce v práci. Měla hodně rozporuplné pocity, cítila radost i pochyby a obavy. Když jsem se ptala, co si myslí, že jí v životě potká hezkého, dlouho přemýšlela a pak řekla, že opravdu neví. Absolutní životní štěstí je pro ni „*dítě a hodný, věrný a ohleduplný manžel*“.

Chtěla jsem se ptát dál, ale Martina mě najednou tiše požádala, jestli bych se s ní nechtěla jít na deset minut projít. Souhlasila jsem, ona odvezla Toníčka v postýlce k sestřičkám a šly jsme na chodbu. Posadily jsme se stranou na lavičku a Martina se mě zeptala, jestli bych jí neporadila s jejím vztahem k manželovi, že prý je to „*strašně podivný vztah, taková nejistota a nedůvěra a všechno je to divný*“.

Začala vyprávět, že se s Petrem seznámila na oslavě narozenin svého kamaráda. Oba tehdy měli svého partnera. Asi za půl roku se náhodou potkali na zastávce a začali si povídat. Martina se krátce před tím se svým partnerem rozešla (Kdo tento rozchod inicioval? – „*Bylo to takové nijaké, prostě to zaniklo*“) a když jí Petr pozval do kavárny,

souhlasila. Vůbec nečekala, že by se z toho mohl rozvinout nějaký vztah. Přesto jí byl sympatický, hezky se jí s ním povídalo a zjistila, že mají hodně společných zájmů (sport, kino). Petr ji požádal o telefonní číslo a ještě večer jí pozval na večeři a řekl jí, že sice má partnerku, ale rozchází se a on ten vztah hned ukončí, protože „*to stejně nemá smysl*“.

Začali spolu chodit, bylo to hezké, ale asi za tři měsíce Martině kolegyně řekla, že jejího Petra viděla s nějakou dívkou. Podle popisu Martina poznala, že je to jeho bývalá přítelkyně. Když se na to Petra ptala, vyjel na ní, že to není pravda, a když mu nevěří, můžou se klidně rozejít, a odešel. Za pár dní za ní přišel do práce, odprošoval, sliboval, že to definitivně skončilo. Martina mu odpustila a dál spolu chodili, nicméně Petr se stále stýkal se svou bývalou přítelkyní, Martině různě lhal a ona byla postupně stále podezřívavější. Přesto se k němu nastěhovala, ale jejich vztah nebyl moc harmonický. Během roku se několikrát rozešli a zase spolu chodili. Kamarádi, kolegyně i rodiče Martině rozchod s Petrem doporučovali, ale ona měla pocit, že ten vztah není schopná ukončit, ačkoliv věděla, „*že to není perspektivní a nemá to cenu*“.

Začala mu slídit ve věcech, dokonce se mu dívala do mobilu na hovory a SMS. Z několika věcí (vlasy na hřebenu, jinak uložené pantofle, jinak ustlaná postel, nádobí v kuchyni apod.) poznala, že si svoji ex-přítelkyni Petr vodí dokonce domů. Následovaly scény, hádky, nadávky... a padla první facka. Pak se Petr omlouval, nosil jí květiny, dárky, sliboval, že se to už nikdy nebude opakovat. Ale za čas se vše opakovalo i s fackami. Martina se rozhodla, že vztah s Petrem ukončí, ale neměla k tomu sílu. V létě spolu jeli na dovolenou k moři a ona si zapomněla tu antikoncepci...

Vůbec nevím, jak se to mohlo stát, ale ze mě v tu chvíli vyletělo: „*Vy jste si ty tabletky sebou zapomněla vzít schválně, že?*“ – Sama jsem se té otázky lekla, ale Martina se rozvzlykala, přikývla a plakala. Uvědomila jsem si, jak mi opakovaně zdůrazňovala, že je racionální člověk, který potřebuje mít všechno jasné, že má ráda věci naplánované,... Vzpomněla jsem si na první setkání, kdy mi idylicky líčila, že s manželem miminko asi rok plánovali a chtěli, ale později,... Ptala jsem se, proč to udělala, vždyť ten vztah chtěla ukončit, věděla, že se Petr stále stýká se svou ex-přítelkyní, a sama cítila, že to mezi nimi není v pořádku. Překotně vysvětlovala, že se s Petrem chtěla rozejít, ale nedokázala to. Nevěřila, že si někoho najde, připadala si k ničemu, nezajímavá a neschopná jít do jiného vztahu. Doufala, že se těhotenstvím a miminkem vše vyřeší a „*ono to tak zprvu vypadalo*“.

Chystala se svatba, stěhovali se, všechno vypadalo tak dobře... Pouhých pár dní po svatbě však Martina zjistila, že byl Petr u své bývalé přítelkyně v jejím bytě. Následovala hádka, Petr na Martinu křičel a opět padly facky a nadávky. Druhý den zase květiny, omluvy, sliby. To se opakovalo ještě dvakrát, podruhé několik dní před porodem Toníčka.

Martina má pocit, že je stále v napětí, nejistotě a vůbec neví, jestli se Petr po dobu jejího pobytu v porodnici se svou bývalou přítelkyní nestýkal. Ze své víkendové návštěvy doma měla pocit, že ona u nich nebyla, ale není si jistá, zda se nescházejí u ní. Zakázala si na to myslet kvůli sobě, ale hlavně kvůli Toníčkově, ale nejde to. Pořád ji trápí, co bude, myslí si, že se s manželem asi rozvede a bude to pro ni těžké. Jako největší neštěstí, které jí může potkat, to ale nevnímá. Tím by pro ni byla ztráta dítěte, těžká nemoc dítěte nebo rodičů nebo nějaké neštěstí. „*Rozvod sice není nic příjemného, ale přežili ho jiní, přežiju to taky. A nebo to všechno vydržím...*“

Namítla jsem, že rozvod přežije spousta lidí, ale jak se ona chce vyrovnat s tím, že už dostala několikrát nafackováno, dokonce i v těhotenství? A co když příště nezůstane jen u facek? Zarazila se a pak mi začala vysvětlovat, že je to ale vždycky pouze v souvislosti s manželovou minulou známostí a že kdyby to skončil, tak by bylo všechno v pořádku. Ptala jsem se jí, jestli o těch fackách někomu řekla. Prý to nejdřív nechtěla říct nikomu, protože by jí nikdo nevěřil, ale pak se svěřila mamince, která jí to nejdřív nechtěla věřit. Její manžel je pro všechny tak slušný člověk – milý, hodný, pracovitý. Martina rozčileně říká, že to nikomu dalšímu nemůže říct, protože by každý řekl, že je vším vinna sama, protože ty hádky vyvolává. Prý je to vlastně opravdu její vina, protože kdyby mu milenku tolerovala a dělala, že o ničem neví, bylo by vše v pořádku. Stále plakala.

Musím přiznat, že jsem byla jejím vyprávěním nesmírně překvapená. Všechna její dosavadní líčení hezkého vztahu a plánování rodiny se rozsypala jako domeček z karet. Snažila jsem se jí uklidnit a přesvědčit, že je pro ni teď důležitý Toníček a péče o něj. I kvůli kojení, na kterém jí velice záleží, jsem jí zdůrazňovala, že se musí snažit být v klidu a pohodě, aby vše zvládla. Navrhovala jsem jí manželskou poradnu nebo jinou formu psychologické pomoci nejlépe v místě bydliště, kam by se mohla obrátit a kde by jí pomohli. Požádala mě, abych jí nějakého psychologa našla, a dala mi svoji tajnou e-mailovou adresu, kterou si založila v internetové kavárně a o které manžel neví. Martina si totiž myslí, že jí Petr maily čte.

Mluvila jsem s ní o možnosti kontaktovat Bílý kruh bezpečí nebo Dona linku zejména v případě, že by ze strany partnera docházelo k dalším fackám, nadávkám a třeba i jiným útokům. Slíbila jsem všechny kontakty poslat a nabídla jsem jí, že zjistím, kam by se měla konkrétně obrátit a příp. jí rovnou objedná, ale Martina chtěla pouze poslat kontakty na mail. Prý se musí ještě rozhodnout, co udělá, a udělat to sama.

Najednou chtěla setkání ukončit, že se musí už vrátit k Toníčkoví. Moc mi děkovala, že jsem jí věnovala spoustu času po dobu pobytu v nemocnici, že pro ni naše setkání byla velkou oporou a že je vděčná za všechny rady, tipy a brožurky ohledně péče o miminko. Rozloučila se a ještě mi znovu děkovala, že jsem vyslechla její manželské problémy. Na odchodu dodala: *„No, ono se s tím asi stejně nedá nic dělat. Táta maminku taky bil.“*

Martina odešla a já jsem nemohla uvěřit, jakým způsobem naše poslední setkání proběhlo a jak závažnou věc jsem se na poslední chvíli dozvěděla. Musím přiznat, že mi její poslední věta celý den zněla v uších a nejvíc mě tam mrzelo to „taky“. Byla v tom rezignace, smíření s tím, že manžel svoji ženu prostě může bít. Vždyť její táta maminku taky bil...

Závěrem k této kazuistice

Již po třetím setkání s Martinou jsem se rozhodla, že si její příběh vyberu pro podrobné zpracování. Mým původním záměrem bylo napsat kazuistiku, ze které by bylo zřejmé, jak je předčasný porod pro ženu frustrující a jaké pocity tuto událost provázejí. Nejen Martina, ale většina matek těžce nebo dokonce extrémně narozených dětí prožívá po narození nedonošeného miminka velmi negativní emoce, které se jen pomalu mění. Ambivalentní pocity popisuje téměř každá maminka, jejíž dítě přišlo na svět dřív, než mělo. Domnívám se, že je pro tyto maminky důležité, aby se někdo o jejich pocity zajímal a ony měly možnost se svěřit a popovídat si. Často říkají, že nechtějí obtěžovat svými obavami, starostmi a pocity sestry ani lékaře, protože ti na to nemají čas, ale domnívám se, že je potřeba, aby svoje pocity mohly ventilovat a někdo jim věnoval svůj čas a pozornost.

Podrobně jsem popsala šest setkání, která byla delší a během nichž jsem Martině pokládala otázky podle Strukturovaného rozhovoru a zaznamenávala odpovědi, ale jinak jsme se pochopitelně viděly vícekrát. Martina strávila v porodnici více než 11 týdnů a já jsem se u ní (jako u všech ostatních maminek z výzkumného vzorku) zastavila pokaždé, když jsem byla v porodnici. Často šlo jen o několikaminutová setkání, kdy jsem se přeptala na jejich zdravotní stav a na stav jejich miminka. Vždycky jsem se zeptala, zda si nepotřebují popovídat nebo se neděje něco důležitého. Pokud tomu tak bylo, snažila jsem se pro ně vyhradit čas, nebo jsme se domluvily, kdy za nimi přijdu.

Poslední setkání s Martinou se ovšem vyvinulo zcela neočekávaně a přineslo řadu překvapení. Z „neplánovaného, ale přijatého těhotenství“ (jak jsem si ho zprvu podle toho, co mi Martina řekla, zařadila), se vyklubalo ze strany Martiny těhotenství plánované, ale bohužel udělala přesně to, co by jí žádný psycholog ani lékař rozhodně nedoporučil.

„Nesnažte se, prosím, lepit těhotenstvím rozbité partnerské vztahy. Těhotenství a první měsíce po porodu bývají pro vztah zatěžkávací zkouškou. Je velmi prozřetelné jít do takové situace v maximální partnerské shodě a pohodě“ (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 11).

Více než výstižná rada pro případ, kdy vztah mezi partnery není ideální či perspektivní, ale jeden z nich (asi spíše žena) se ho rozhodne udržet prostřednictvím dítěte. Zpravidla to nepomůže a pak neshodami mezi partnery trpí navíc i dítě.

Příběh, který jsem vyslechla, ve mně vzbudil spoustu emocí, přiměl mě k zamyšlení nad domácím násilím a donutil ke hledání kontaktů a míst, kam by se Martina mohla obrátit o pomoc. Všechny zjištěné kontakty jsem jí poslala a znovu doporučovala nějakého odborníka kontaktovat. Odpověď nepřišla žádná a neodepsala mi ani na další maily. Snažila jsem se zjistit alespoň od paní Barbory, se kterou si vyměnily telefonní čísla a maily, jak se Martině daří, ale ani Barbora nedostala na své maily a SMS zprávy žádnou odpověď. Telefon jí Martina zvedla pouze jednou, ale rychle hovor ukončila s tím, že se musí jít postarat o syna. Prý Barboře zavolá, až to půjde, ale už se neozvala.

... a ještě jedno setkání navíc

S Martinou a jejím Toníčkem jsem se setkala úplně náhodou šest týdnů po jejich propuštění domů. Byli v nemocnici na vyšetření a čekali na chodbě, až přijdou na řadu. Martina měla Toníčka v náručí a její manžel seděl vedle nich. Pozdravila jsem je a na Martině bylo vidět, že je úplně vyplašená. Domnívám se, že se bála, abych před manželem nevhodně nezmínila něco z našeho posledního setkání před jejich propuštěním domů.

Zeptala jsem se jí na chlapečka a ona mi začala rychle vyprávět, jak hezky přibírá, jak ho ráda kojí, co a jak Toníček dělá, co jí řekl pediatr atd. Povídala a povídala a já jsem měla pocit, že mě nechce pustit ke slovu. Po chvíli zazvonil jejímu manželovi mobil a on kousek poodešel, tak jsem se Martiny zeptala, jestli je všechno v pořádku s důrazem na slovo „všechno“. Horlivě přikývla, že ano, a ohlížela se po manželovi.

Její nervozita byla tak zřetelná, že jsem jí nechtěla svou přítomností stresovat a raději jsem se rozloučila s tím, že jí i Toníčkoví přeji hodně zdraví a kdyby potřebovala, ať se mi kdykoliv ozve. Večer jsem Martině poslala další mail na adresu, kam chtěla poslat kontakty na odbornou pomoc, ale tento mail také bohužel zůstal bez odpovědi.

Naše náhodné setkání mě utvrdilo v tom, že vztah Martiny a jejího muže není v pořádku. Její strach z něj, resp. z toho, abych před ním neřekla něco nevhodného, byl naprosto zřejmý. Martina působila vyplašeně, nervózně a odtažitě a chovala se úplně jinak, než když jsme spolu hovořily o samotě. Pravděpodobně se bojí celou situaci řešit, ale bohužel nevím, jak jí pomoci, i když bych to udělala velmi ráda. Domnívám se, že rozhodný krok musí udělat ona, ale je otázkou, kdy a zda se k němu vůbec odhodlá. Doufám, že ano.

11.3. Kazuistika č. 3 – paní Alena a dcera Lenka (32 + 1) – soubor č. 2

Údaje o matce: Alena D., 34 let, vyučená bez maturity (obor: brašnář – sedlář),
T. č. nezaměstnaná

Zdravotní stav: štítná žláza – trvale Letrox a jóď; těžká obezita

Údaje o otci: Jindřich R., 45 let, vyučen bez maturity (obor: automechanik),
Zaměstnání: automechanik – autoelektrikář, t. č. dlouhodobě v PN
(obrna lícního nervu, psychické vyčerpání po úmrtí obou jeho rodičů
a narození mrtvého syna během loňského roku)

Těhotenství: 3/1 (se současným partnerem druhé těhotenství – plánované, velmi chtěné)

Průběh předchozích těhotenství:

1/1 v r. 1997 – UPT (dop. lékařem ze zdravotních důvodů)

2/1 v r. 2006 – porod mrtvého dítěte ve 37. týdnu gravidity

Průběh tohoto těhotenství: 1. a 2. trimestr bez potíží, užívala jen Ferronat (železo)

3. trimestr: placenta praevia (včestné lůžko)

30. týden – hospitalizace 5 dní (krvácení), doma klid na lůžku

Začátek porodu: 32. týden - náhle akutní krvácení, susp. předčasné odlučování lůžka při nízkou nasedající placentě. Převoz in utero do porodnice, okamžitý příjem na sál.

Porod: patologický porod, náhlý předčasný (32 +1), S. C. (císařský řez – section caesarea)
v celkové anestezii.

Komplikace: masivní krvácení, obtížné vybavení plodu v poloze KP

Otec u porodu: NE (nebyl doma a o převozu partnerky do porodnice vůbec nevěděl)

Novorozenec: Lenka R., nar.: únor 2008, Praha

Gestační věk: 32 + 1

Váha a délka: 1660 g/ 40 cm (nejnižší váha – 1500 g – 6. den po narození)

Apgar score: 3 – 4 – 5

Závěr neonatologa: porod S. C., KP (konec pánevní), obtížné vybavení plodu, zhoršená poporodní adaptace, porodní hypoxie. Syndrom dechové tísně u novorozence. Po vybavení plodu bradykardie, nutná resuscitace, na kterou novorozenec dobře reaguje.

Po insulfaci a srdeční masáži úprava srdeční akce do 1 minuty, zlepšení prokrvení a spontánní dýchání. Po stabilizaci převoz na JIP – inkubátor, CPAP. Lehce nezralý, eutrofický novorozenec, má zhmožděliny v obličeji, na trupu a ručkách.

Doba strávená v porodnici: 3 týdny a 3 dny (gestační věk dítěte při propuštění: 35 + 4)

Sestřičky na nedonošeneckém oddělení, kde jsem sbírala data pro tuto práci, mi paní Alenu vytipovaly jako maminku, která by prý mohla být zajímavou pro moji práci, protože má za sebou porod mrtvého dítěte a nyní předčasný porod. Jsem jim za to vděčná, protože považuji tuto kazuistiku za velmi zajímavou, i když je opravdu smutná.

1. setkání – 3. den po porodu

Paní Alenu jsem poprvé viděla třetí den po porodu. Ležela na oddělení šestinedělí, dcerku měla na JIP a docházela za ní. Při prvním setkání mě velice překvapila její těžká obezita, která jí spolu se stavem po operativním porodu způsobovala problémy s pohyblivostí. Paní Alena ale byla příjemná, a když jsem jí seznámila s cílem své práce a požádala o souhlas se zařazením do vzorku, ochotně souhlasila s rozhovorem, ale okamžitě přidala podmínku: „*Ale o tom, co bylo minule, mluvit nebudeme, ano?*“ Věděla jsem, že má na mysli předchozí porod, kdy rodila mrtvé dítě, a řekla jsem jí, že její přání budu samozřejmě plně respektovat, ale kdyby si o tom chtěla promluvit, ráda jí vyslechnu, protože to pro ni i jejího partnera muselo být velice smutné a těžké.

Alena začala mluvit o tom, že Lenka se narodila z jejího třetího těhotenství. To první (rok 1997) bylo na doporučení lékaře ukončeno UPT, protože prý brala hodně léků (nemohla si přesně vzpomenout na názvy, ale prý šlo o antibiotika a zároveň brala léky na štítnou žlázu a žaludeční potíže). S partnerem, jehož dítě čekala, se později rozešla.

Koncem roku 2005 otěhotněla po delší době se svým současným partnerem (teď spolu žijí skoro devět let), dítě oba chtěli a měli radost, že paní Alena konečně přišla do jiného stavu. Velmi podrobně mi popisovala průběh celého těhotenství, především poslední

měsíc. Ve 33. týdnu jí začala slabě odtékat plodová voda, ale její gynekoložka jí řekla, že prý je to normální. Přestože jí paní Alena během dalších tří týdnů několikrát kontaktovala osobně i telefonicky a ptala se, jestli je opravdu všechno v pořádku, a informovala jí, že jí stále slabě teče plodová voda, nebyla poslána do nemocnice ani na žádné vyšetření. Začátkem 37. týdne si Alena náhle uvědomila, že celý den necítila žádné pohyby. Volala do nemocnice, kde jí řekli, ať hned přijede. Po příjezdu byla okamžitě vyšetřena, ale diagnóza již bohužel zněla „syndrom mrtvého plodu“. Chtěla, aby jí „*dítě vyndali císařem*“, ale zdravotníci jí přesvědčili, že by pro ni byl operativní porod zbytečnou zátěží.

Porod s vědomím, že je miminko mrtvé, pro ni byl strašný, říkala mi, že by snad bylo lepší, kdyby to nevěděla a řekli jí to až po porodu. Porod trval dlouho, Alena to nevěděla přesně, ale odhadovala, že to bylo asi 8–9 hodin. Všichni jí prý říkali, že je jim to moc líto, ale „*nikdo se mi nepodíval do očí, na chvílku si ke mně neseďl, nevzal mě jenom tiše za ruku*“. Nejvíce jí vadilo, když se jí porodní asistentka opakovaně ptala, zda chce dítě po porodu vidět a jaké mu dá jméno. Alena ji poslala pryč.

Naštěstí pak na porodní sál přišla paní doktorka, která se jí na nic moc neptala a při druhé (vypuzovací) fázi porodu dala Aleně na obličej plenku, aby nic neviděla. Paní Alena byla ráda, nechtěla mrtvé miminko vidět, jen slyšela, jak s ním někdo odchází. Ještě na porodním sále dostala nějaké léky, měla pocit, že je „*úplně mimo, jako kdyby se to všechno dělo mimo mě, nic mi nedocházelo, jen jsem brečela*“. Pláče i nyní při vyprávění.

Po porodu jí dali na gynekologické oddělení, takže měla jednolůžkový pokoj daleko do pokojů matek, měla tam klid a díky medikaci několik dní v porodnici přečkala, ale bylo to podle jejích slov hrozné období, plné pláče, bolesti, pocitů viny, zlosti na lékaře (proč mě ta doktorka neposlala do nemocnice, proč pořád říkala, že se nic neděje?!), na sebe (proč jsem nebyla důslednější, proč jsem nechtěla pořádné vyšetření, proč jsem nešla do nemocnice sama, dřív?!) mluvila i o závistí (proč já, proč moje miminko, proč ty ostatní mají živé miminko a já nic, proč se to nestalo někomu jinému?!).

Celou dobu jsem se na nic neptala a jen paní Alenu poslouchala, případně krátce a tiše projevila svoji účast. Ona mluvila velmi dlouho, plakala a bylo naprosto zjevné, jak jí tento traumatizující zážitek stále trápí, jak narození mrtvého miminka nemá zpracované a jak moc o tom potřebuje mluvit, ačkoliv primárně rozhovor na toto téma odmítla.

Při tomto setkání jsme o narození Lenky mluvily jen málo, sepsala jsem si pouze základní anamnestické údaje a položila jí pár otázek ohledně jejího aktuálního prožívání. Alena mi říkala, že se po operativním porodu cítí fyzicky celkem dobře, jen má potíže s jizvou. Rána se jí totiž velmi špatně hojí (problém způsobený její obezitou, rána je pod tlakem tuku a nemůže k ní vůbec vzduch).

Psychický stav je horší, stále se v myšlenkách vrací k minulému porodu a velmi jí trápí i fakt, že Lenku porodila skoro o dva měsíce dřív a holčička měla adaptační problémy. Klade to za vinu sobě a její pocity jsou spíše negativní. Nejdřív se bála dcerku i vidět, měla obavy, jak bude vypadat, ale pak k ní šla. Z prvních informací od pediatra si nic nepamatuje, jen je vnímala jako uklidňující a na nic se neptala. Prý zatím žádné hezké mateřské pocity nemá, jen je ráda, že je Lenka živá. Cítí velkou lítost, že se Lenčina narození nedočkali rodiče partnera, oba totiž zemřeli krátce po sobě v minulém roce. Mám pocit, jakoby se bála cítit radost z narození dcerky, i když říká, že jsou všichni (ona a její partner i ostatní členové rodiny) moc rádi.

2. setkání –10. den po porodu

Paní Alena je třetí den na nedonošeneckém oddělení a dcerku má již u sebe na pokoji. Holčička je stále v inkubátoru, začala pomalu přibírat, stravu toleruje a paní Alena pro ni odstříkává mléko. Začínají zkoušet kojení, ale holčička se špatně přisává, takže mateřské mléko dostává stříkačkou.

Bolestné téma minulého porodu bylo opět otevřeno hned po mé první otázce, jak se Aleně daří. Odpověděla, že celkem dobře, jen má stále potíže s hojením pooperační jizvy a bolí jí prsa, hlavně při odstříkávání mléka, ale chce laktaci udržet a Lenku kojit. Dál začala sama mluvit o tom, jak jsou sestry na nedonošeneckém oddělení hodné a ochotné, zatímco personál v porodnici, kde byla minule, se podle ní choval necitlivě. Znovu zmiňovala tísnivou atmosféru na porodním sále a jednu sestru, která po ní chtěla jméno pro syna a ptala se, zda chce dítě vidět. Vysvětlovala jsem jí, že některým rodičům pomůže vyrovnat se s úmrtím miminka, když ho mohou pojmenovat, vidět, pochovat a rozloučit se. Alena takový postup rozhodně odmítla s tím, že by pohled na svého mrtvého synáčka neunesla a už vůbec si nedokáže představit, že by si ho pochovala, a pak ho měla dát někomu, aby ho odnesl navždy pryč.

Když jsem se ptala paní Aleny na nejhezčí a nejnáročnější životní události jejího života, tak v případě těch náročných podle očekávání odpověděla, že to byl celý rok 2006, kdy jejímu partnerovi zemřela maminka, za pár měsíců nato to následoval porod mrtvého chlapečka a velmi krátce poté jim zemřel doma v náručí tatínek jejího partnera. Alena měla oba jeho rodiče ráda, bydleli společně, takže jejich úmrtí pro ni bylo velmi těžké. Její partner se ze všech tří smutných událostí, které následovaly po sobě v rozmezí ani ne jednoho roku, nervově zhroutil. Paní Alena se ho snažila podporovat, ale ona „*se z toho všeho musela vyhrabat sama*“. Za absolutní životní neštěstí považuje ztrátu dítěte, partnera, blízkých lidí a doufá, že ji taková souhra nešťastných událostí už nikdy v životě nepotká.

Za nejhezčí životní událost označila narození Lenky, ale zároveň mi řekla, že se „*bojí mít radost, aby se ještě něco nezkazilo*“, čímž mi potvrdila moje pocity z jejího vztahu k holčičce. Hezkým životním obdobím pro ni bylo její mládí, kdy do 25 let pracovala u koní a ráda se o ně starala. Představa absolutního štěstí je pro ni rodina se dvěma dětmi a zdraví pro všechny. Doufá, že by mohla mít ještě jedno dítě, ale okamžitě dodává: „*a nebo radši ne, už ne, já svým dětem ubližuju*.“

Přesto mám pocit, že se její vztah k Lence začíná rozvíjet. Při manipulaci s ní je opatrná a něžná, více se jí dotýká, což je pochopitelně dáno i zdravotním stavem Lenky. Prý má při péči o ní „*pěkné pocity, ale ty obavy, aby se něco nepokazilo, jsou stále veliké*“.

3. setkání – 22. den po porodu

Paní Alena by měla být se svojí dcerkou zítra nebo pozítří propuštěna, holčička je v dobrém stavu, kojená s dokrmem ze stříkačky, a sice pomalu, ale pravidelně přibírá na váze. Paní Aleně se hojí jizva po císařském řezu, snaží se o kojení a odstříkává mléko. Přesto bylo kojení impulzem pro konflikt s jednou z ošetřujících lékařek. Alena mi velmi rozhořčeně líčila událost asi před pěti dny, kdy jí při vizitě lékařka kontrolovala necitlivě prsa, vynadala jí, že nenosí podprsenku a že špatně kojí. Alena si myslí, že paní doktorce vadila její obezita, protože se jí vše snažila vysvětlit, ale prý jí lékařka vůbec neposlouchala. Nechtěla jí už napsat pro Lenku dokrm, prý musí být plně kojená, aby mohly domů. O dítěti se prý vyjádřila v tom smyslu, že je holčička „*opožděná*“, což paní Alenu rozčílilo natolik, že požádala, aby na vizitu chodil jiný lékař. Prý po tomto výstupu dlouho plakala, cítila se trapně a nejvíc jí mrzel výrok o dcerce.

Celkově hodnotila období od porodu do propuštění domů jako dost těžké, oporou jí byl partner, který za ní a holčičkou každý druhý den jezdil. Velmi ocenila čas, který jsme strávily spolu, prý se konečně mohla vypovídat a vyplakat někomu, kdo jí poslouchal.

Hezký okamžik byl přesun Lenky na společný pokojík a péče o ní, ale ambivalentní pocity, obavy a strach jsou u Aleny stále silné a zřejmě bude trvat delší dobu, než v jejím prožívání převládnu pozitivní emoce.

Setkání s otcem

Tato kazuistika byla natolik specifická, že jsem hodně stála o setkání s otcem. Pan Jindřich souhlasil a já jsem měla možnost strávit s ním asi dvě hodiny. Náš rozhovor se týkal nejen narození Lenky, ale mluvili jsme pochopitelně o předchozím porodu jeho partnerky, o nešťastných událostech v rodině a o jeho momentálním psychickém stavu.

Pan Jindřich žije s Alenou již devět let a dítě si od počátku jejich vztahu moc přál. Bytová situace to nejdřív neumožňovala, ale po třech letech se přestěhovali do domku k jeho rodičům a začali se o dítě snažit. Po delší době se *„jim konečně poštěstilo“* a oba měli velkou radost. Jindřich říkal, že se moc těšil a po smrti své matky (tři měsíce před plánovaným datem porodu) se k narození dítěte upnul jako k budoucí radostné události, která přehluší ten smutek. Narození mrtvého chlapečka pro něj bylo strašné, jakoby se ta bolest ze smrti maminky *„ne zdvojnásobila, ale zestonásobila“*. Cítil naprostou bezmoc, bylo mu strašně líto Aleny, ale vůbec nevěděl, jak jí pomoci. Stejně jako Alena mluvil o zoufalství a bolesti, o pocitech viny, vzteku, nespravedlnosti a kladl si různá „proč“ (*„proč my, proč naše dítě, proč Alenku ta doktorka pořádně nevyšetřila, proč jí neposlala dřív do nemocnice, proč jsem jí víc nenutil, ať jde k jinému lékaři, proč?!“*).

Narozením mrtvého syna ale nešťastné období neskončilo. Krátce nato Jindřichovi doma v náručí zemřel jeho otec. Selhalo mu srdce. Jindřich i Alena si myslí, že příčinou jeho smrti byla bolest z úmrtí manželky a vnoučka. Pan Jindřich tolik nešťastných událostí rychle za sebou velmi těžce nesl, nemohl jíst, spát, měl bolesti hlavy, obrnu lícního nervu a nyní je dlouhodobě v pracovní neschopnosti. Nejen on, ale i jeho partnerka nesla odchod Jindřichových rodičů těžce, protože bydleli společně a měli velmi dobré vztahy. Jindřich má starší sestru, která ale bydlí daleko a stýkají se velmi málo.

Pro paní Alenu byli Jindřichovi rodiče náhradou za vlastní rodinu, o které ona ani moc nechtěla mluvit. Řekla mi jen, že je ze čtyř dětí, které mělo každé jiného otce. Jeden z bratrů zemřel jako dvoudenní miminko, druzí dva žijí, ale nestýkají se. Jeden z nich prý bere drogy, o druhém už dlouho nemá žádné zprávy. Ona byla nejmladší („vymodlené“) dítě, ale rodiče se brzy rozvedli. Po téměř 20 letech se náhodně potkali, začali si telefonovat, scházet se a nyní spolu opět jsou. Alena s nimi komunikuje, ale „*ten vztah se buduje jakoby znovu od začátku*“.

Za poslední měsíce se psychický stav pana Jindřicha postupně zlepšoval, především díky dalšímu těhotenství partnerky. Začal rekonstruovat bydlení a těšit se na miminko. Pociťoval velkou radost, ale zároveň velké obavy, aby teď všechno dopadlo dobře.

Vzhledem k předčasnému začátku porodu a rychlému převozu paní Aleny do porodnice nebylo narození dcerky takové, jaké si přál, vlastně se o jejím narození dozvěděl až druhý den, protože byl mimo domov. Jeho první pocity byly „*velmi zmatené, nějak jsem to nechápal a ani jsem nevěděl, jestli je to holka nebo kluk*“. Potřeboval se uklidnit a pak znovu zavolal do porodnice.

První kontakt s miminkem pro něj byl šok, nečekal, že bude Lenka tak maličká, v inkubátoru mu připadala hrozně slaboučká a zranitelná. Báł se jí dotknout a měl o ni veliké obavy. Při dalších návštěvách se odvážil dcerku pohladit ji, víc se jí dotýkal a po jejím převozu na společný pokoj s matkou jí začal chovat, přebalovat a už strach z kontaktu s ní neměl.

Nyní je už mnohem klidnější, věří, že dcerka bude v pořádku, a raduje se z jejího narození, které označil za nejhezčí životní událost, „*lék na všechny bolesti*“ a moc by si přál, aby z nich byla spokojená rodina. Doufá, že „*neštěstí už máme vybráno*“ a teď je čekají hezké společné časy.

Závěrem k této kazuistice

Porod mrtvého dítěte považuji za jednu z nejtraumatičtějších událostí, která může rodiče a především ženu potkat, a doufám, že naše setkání paní Aleně alespoň trochu pomohla tím, že se mohla vyprávět a vyplakat. Její slova o tom, že radši už další dítě nechce, protože svým dětem ubližuje, jsou pro mě důkazem, že nejen porod mrtvého dítěte, ale i předčasný porod a zdravotní potíže dcerky hned po příchodu na svět pro ni byly velmi traumatizujícími událostmi, ze kterých se obviňuje.

V případě narození mrtvého dítěte se mluví o syndromu „prázdné náruče“ nebo „prázdné kolébky“ a v posledních letech je zřejmá snaha lépe pomáhat těmto ženám vyrovnat se s touto smutnou kapitolou jejich života. Samozřejmě zde hraje významnou roli mnoho faktorů – osobní a zdravotní (především gynekologická) anamnéza, osobnost ženy, vztah s partnerem i dalšími blízkými lidmi, pochopení a podpora z jejich strany, životní zkušenost, sociální situace atd. Rozhodně považuji psychologickou pomoc těmto ženám, resp. oběma rodičům, za velmi potřebnou a nedílnou součástí poskytované péče a domnívám se, že by v případě potřeby měla mít dlouhodobý ráz.

Jedná se totiž o závažnou traumatickou událost, která, jak píše Honzák (1995) přesahuje „běžná lidská trápení. Charakteristickými příznaky je opakované prožívání této otřesné zkušenosti za cenu určitého odvratu od zevního světa“ (Honzák, 1995, s. 52).

Doufám, že paní Aleně trauma z porodu mrtvého dítěte pomůže překonat narození Lenky a péče o ni a že radost z jejích pokroků přinese jí i jejímu partnerovi štěstí a úlevu po ztrátách, které je v předešlém roce potkaly.

11.4. Kazuistika č. 4 – paní Lucie a syn Adam (34 + 2) – soubor č. 2

Údaje o matce: Lucie D., 36 let; středoškolské vzdělání s maturitou
Zaměstnání: účetní (v manželově firmě)
Zdravotní stav: alergie, astma bronchiale, 1–2x denně Symbicort

Údaje o otci: Marek D., 37 let; středoškolské vzdělání s maturitou
Zaměstnání: podnikatel (vlastní firma – stavebnictví, klimatizace)
Zdravotní stav: dobrý

Těhotenství: 5/2 (neplánované, nechtěné)

Průběh předchozích těhotenství:

- 1/1 v r. 1994 – spontánní potrat v 10. týdnu těhotenství
- 2/1 v r. 2001 – spontánní potrat ve 12. týdnu těhotenství
- r. 2002 – podstoupila 2x inseminaci a 1x IVF bez úspěchu
- 3/1 v r. 2003 – IVF – těhotenství zaniklo
- r. 2004 – pí. Lucie se rozhodla nepodstupovat další léčbu ani IVF, takže s manželem požádali o adopci. Během vyřizování potřebných formalit spontánně otěhotněla.
- 4/1 v r. 2005 – dcera Eliška (39 + 2), 3000g/49 cm, zdravá, 15 měsíců kojená
- r. 2007 pobyt u moře, měsíc po návratu domů pozitivní těhotenský test

Průběh tohoto těhotenství: 1. a 2. trimestr: bez potíží, jen občas nevolnost a únava
3. trimestr: 5 týdnů před porodem viróza

Začátek porodu: 34. týden – začala náhle slabě krvácet, manžel ji odvezl do porodnice,
okamžitý příjem na sál

Porod: náhlý předčasný porod (34 +2), S. C. (císařský řez - section caesarea) v celkové
anestezii

Otec u porodu: NE (čekal před operačním sálem, syna viděl při převozu ze sálu na RES)

Novorozenec: Adam D., březen 2008, Praha

Gestační věk: 34 + 2

Váha a délka: 2220 g/ 47 cm (nejnižší váha - 1980 g – 6. den po narození)

Apgar score: 6 – 8 – 8

Závěr neonatologa: lehce nedonošený, eutrofický novorozenec;
tachykardie, dýchací obtíže

Doba strávená v porodnici: 2 týdny a 3 dny (gestační věk dítěte při propuštění: 36 + 5)

Paní Lucii mi jako maminku, „která by vás potřebovala“ doporučila jiná matka z mého výzkumného vzorku. Prý si spolu povídaly na chodbě, tahle paní je nešťastná a sama jí řekla, že by velmi potřebovala pomoc psychologa.

1. setkání – 5. den po porodu

Paní Lucii jsem navštívila na oddělení šestinedělí pátý den po porodu. Byla to velmi hezká mladá paní, která se mi z počátku zdála velmi uzavřená. S odvoláním na maminku, která mě za ní poslala, jsem jí nabídla možnost popovídat si a zároveň jsem jí požádala, jestli bych se jí mohla vyptat na údaje, které potřebuji pro svou práci. Souhlasila, ale poté, co jsem se zeptala, jak bych jí mohla pomoci, tak mi řekla, ať se první ptám já. Nejdřív jsem si tedy zapsala anamnestické údaje a potom se ptala na její první těhotenství a porod. Při vyprávění o porodu prvního dítěte, dcery Elišky, se rozpovídala, uvolnila a podrobně mi líčila, jak to bylo hezké, jak byla šťastná a ráda se o holčičku starala. Pak mi začala popisovat svoje potíže.

Druhé dítě po narození Elišky už nechtěla, takže pro ni byl pozitivní gravitest „dost šok“. Zvažovala, co bude dělat, ovšem vzhledem k předchozí gynekologické historii se rozhodla, že si dítě nechá. „*Bylo mi prostě hrozně hloupé dát to pryč, když to předtím vůbec nešlo.*“ Vyprávěla mi o svých předchozích neúspěšných graviditách (2x spontánní potrat, 2x neúspěšná inseminace, 1x neúspěch po IVF, 1x zánik těhotenství po IVF). Po třetím neúspěšném těhotenství už nechtěla „*nic podnikat proti přírodě*“ a podstupovat další „*bolestivá a ponižující vyšetření a pokusy*“ a po dohodě s manželem požádali o adopci. Pak ale přišlo 4. těhotenství, ze kterého se narodila Eliška. První týdny po potvrzení těhotenství se ani neodvážili doufat, „*že se to tentokrát povede, ale kolem pátého měsíce jsme tomu už věřili a moc se těšili*“. Žádost o adopci stáhli, připravovali se na narození dítěte (úprava bytu, vybavička,...), chodili společně na předporodní přípravu, aby manžel mohl být u porodu.

S tímto těhotenstvím se paní Lucie velmi těžko smířovala, „*dokonce jsem doufala, že třeba zase potratím, když se to stalo předtím několikrát*“, ale těhotenství bylo v podstatě bezproblémové, neobjevily se během něj žádné zvláštní potíže, jen občasná nevolnost a únava. Často prý měla pocit, že se kvůli svému stavu nemůže „*plně starat o dceru*“, ale chodila s ní cvičit a plavat a fyzicky se cítila relativně dobře. Ptala jsem se na postoj jejího manžela k těhotenství. Prý to vzal „*tak nějak neutrálně, ať se rozhodnu sama*“.

Možnost předčasného porodu nic nenaznačovalo, při pravidelných prohlídkách v poradně bylo vždy všechno v pořádku. Náhlé krvácení ve 34. týdnu Lucii velmi zaskočilo, hned prý věděla, že „*to není dobré, měla jsem strach o sebe i o to dítě*“.

Po příjezdu do porodnice hodnotila chování personálu jako „*nejdřív vlažné, ale pak najednou rychlé, strohé a jasné*“. Na poslední chvíli s manželem a dcerkou vybírali pro miminko jméno, které dosud neměli připravené. Na porodním sále se k ní všichni chovali „*profesionálně a celkem mile, všechno probíhalo rychle*“. Vědomí, že je manžel venku před sálem, bylo pro paní Lucii uklidňující. Před tím, než na ni zapůsobila narkóza, myslela na narození Elišky, a tři hodiny poté, co krvácení začalo, se narodil chlapeček Adam.

Paní Lucie se po porodu probudila na JIP a její pocity byly „*hnusný, cítila jsem jen samé negativní emoce – zklamání, prázdno, bezmoc, bolest*“. Na JIP byla jeden den, přibližně šest hodin po porodu za ní přišla dětská lékařka a informovala jí o miminku a jeho zdravotním stavu. Paní Lucie nevěděla, jestli bude mít holčičku nebo chlapečka (na ultrazvuku to nikdy nebylo dobře vidět), zpráva o tom, že je to kluk, jí prý překvapila. Na nic se neptala a z toho, co jí lékařka řekla, si prý skoro nic nepamatovala.

Syna navštívila další den v doprovodu sestřičky z gynekologie, když jí převážela z JIP na oddělení šestinedělí. Návštěvu u dítěte jí sestra nabídla, ale paní Lucie se už předtím sama ptala sester na JIP, kdy dítě může vidět. Prý u inkubátoru asi deset minut jen stála a dívala se na syna, ale „*bylo to jako nějaké cizí dítě; jak mám vědět, že je opravdu můj? Normální porod je krásný, porod je porod, trochu to bolí, ale je to chvíle a pak člověk cítí štěstí, něhu. Tohle je hnusný, vyříznu ze mě dítě, fik fik, je venku, dají ho do inkubátoru a mě pak řeknou: to je váš syn. Já nevím, vůbec nic necítím, jen je mi jako po slepáku, prázdno, divno.*“

Při její první návštěvě na RES za ní přišel pediatr, znovu jí podrobně informoval o zdravotním stavu chlapečka, který měl v prvních hodinách po narození potíže s dýcháním a zatím netoleroval dobře stravu. Paní Lucie neměla žádné zvláštní otázky, jen se ptala na délku pobytu v porodnici, aby to věděla kvůli dceři, o kterou se musí nyní starat manžel.

Během našeho prvního setkání jsem s Lucií probírala hodně její negativní pocity ohledně operativního porodu a absenci mateřských citů. Ujistila jsem jí, že není sama, kdo je tímto způsobem porodu zklamáný, protože si přál, aby narození miminka proběhlo jinak. Je mnoho maminek, které hned po porodu nemají pocity štěstí a radosti a k novorozenému dítěti nic necítí, a často se to týká právě rodičů předčasně narozených dětí. Snažila jsem se jí vysvětlit, že nemocniční prostředí a vzájemné odloučení pozitivním citům neprospívá, a uklidnit ji, že až budou spolu, bude všechno příjemnější a lepší.

2. setkání – 14. den po porodu

Druhé setkání proběhlo na oddělení „roaming-in“, kde je Lucie s Adámekem druhým dnem. Chlapeček byl pět dní na RES, potom ho převezli na intermediární oddělení. Matka byla v nemocnici šest dní, během této doby za synem chodila několikrát za den a nosila sestřičkám odstříkané mléko. Ptala jsem se jí na možnost tělesného kontaktu se synem během této doby. Prý se ho už na RES mohla dotýkat, ale „*to se mu nelíbí, on nemá rád doteky*“. O kojení se tam nepokoušeli, Adam dostával mateřské mléko sondou. Po šesti dnech odešla paní Lucie domů, kde si teprve odpočinula. Její pocity během hospitalizace byly pouze špatné, prý se jen trochu měnily „*od hodně špatných k méně špatným*“. Hezké pocity neměla žádné, odchod domů pro ni byl nejhezčím zážitkem z celého pobytu v porodnici. Pak ale dodala, že příjemná a užitečná byla návštěva laktační poradkyně, která za ní přišla na JIP, povzbuzovala ji ke kojení a poradila, jak udržet laktaci, než bude chlapeček schopen kojení.

Doma byla šest dní, během kterých jezdila do porodnice jednou denně a vozila odstříkané mléko. Za synem chodila zpravidla sama, manžel většinou hlídal dcerku. Od osmého dne po porodu se za pomoci sestřiček pokoušela chlapečka přikládat a kojit. Dvanáctý den po narození mohl být chlapeček umístěn na pokoj „roaming-in“ k matce, takže se paní Lucie vrátila do porodnice a byli spolu na jednolůžkovém pokoji. Teprve tady mohla začít o dítě plně pečovat (kojení, ošetřování, přebalování, koupání).

Celé období od narození Adama doposud hodnotí jako „*těžké, divné, hrozný byl odchod z domova zpátky do porodnice; doma byl klid, Eliška, manžel.*“ Na otázku, zda jí nechyběl syn, řekla, že za ním přece jednou denně jezdila a bylo o něj postaráno. Kdy se cítila nejhůř? „*Stále. Po porodu asi nejvíc a teď zase po návratu sem. K Adamovi pořád nic necítím, k Elišce ano, od začátku, ale k němu zatím ne.*“

Když jsem se ptala paní Lucie na nejhezčí a nejnáročnější životní události, které jí v životě potkaly, za nejhezčí životní událost označila „*krásný a normální porod Elišky, to jsem prožívala radost, štěstí a něhu a byla jsem úplně nadšená z péče o ní*“. Předpokládá, že to hezké v budoucnu bude sledování vývoje dětí, doufá, že budou v pořádku a ona z nich bude mít radost.

Nejnáročnějším obdobím v životě pro ni bylo období v letech 2001 až 2004, kdy podruhé a potřetí potratila. Už dítě moc chtěla a nevydařená těhotenství prožívala velmi těžce. Žádost o adopci pro ni byla řešením a byla ráda, že manžel tenkrát souhlasil. Také současnou dobu považuje za velmi náročnou, „*musím se nějak sžít se synem a nevím jak*“. Říká, že se musí vyrovnat s tím porodem, že přišel brzo a ona ještě nebyla na příchod dítěte připravená. Další těhotenství už rozhodně nepřipustí, musí zvážit spolehlivou antikoncepci.

Během druhého setkání jsem měla možnost pozorovat interakci matky a dítěte. Lucie musela Adámka budít, protože má dodržovat maximálně čtyři hodiny mezi kojením. Miminko se probouzí při přebalování, nepláče ani neprojevuje nelibost. Lucie ho rychle přebaluje, váží a po zapsání váhy přikládá k prsu. Kojení trvá 20 minut, ale v jeho průběhu nevidím žádné doteky, hlazení ani pokus o oční kontakt s dítětem, ačkoliv Adam usíná až těsně ke konci kojení. Lucie ho dvakrát zkouší probírat tak, že ho šimrá pod bradičkou, ale chlapeček už nepije. Lucie kojení ukončuje, Adámka chvíli drží na odřihnutí, ale prý je to zbytečné. Po zvážení ho pokládá na bok do postýlky, zapisuje váhu a sedá si ke stolu vyplnit mi krátký dotazník. Kdybych u ní nebyla, tak by si prý četla, což dělá většinu dne.

Je mi to líto, ale její kontakt s dítětem vnímám jen jako „pracovní“ – postará se o něj, přebalí, zváží, nakrmí, znovu zváží a odloží. Během našeho povídání ani při péči o dítě nevidím žádné pokusy o chování, mazlení, pohlazení nebo oční kontakt a uvědomuji si, že ani při našem povídání se matka na syna neohlédla a nedívala. Ani ve verbálním projevu jsem nepostřehla nic hezkého a něžného (třeba pojmenování „Adámek“).

Závěrem k této kazuistice

Když se zamýšlím nad touto kazuistikou, musím napsat, že jsem se během sběru dat pro tuto práci ani během výzkumu pro diplomovou práci nesetkala s tak chladným přístupem k dítěti. Pouze jedna matka z mého diplomního souboru měla ke své novorozené dceři vztah výrazně negativní, při kontaktu s miminkem používala vulgární výrazy a chovala se hrubě. Krátce před tímto těhotenstvím podstoupila UPT, takže další neplánované těhotenství už nemohla přerušit, ale ani ona dítě nechtěla a k novorozené dceři se chovala velmi ošklivě (Soukupová, 1995).

Samozřejmě mi mnoho maminek popisovalo různé ambivalentní pocity, objevil se u nich např. strach z lásky k miminku, když si nebyly jisté, jestli dítě přežije nebo bude v pořádku, různé obavy, úzkosti, výčitky, ale vždycky zazněly a postupem času většinou převažovaly pozitivní výroky. V případě paní Lucie jsme měla opravdu pocit, že těhotenství ani narození dítěte vůbec nepřijala. Říkala, že na narození dítěte nebyla ještě připravená, ale myslím, že by se nic nezměnilo ani v případě, že by se Adam narodil v termínu. Její „nepřipravenost“ nespočívala v porodu o šest týdnů dříve, ale v tom, že druhé dítě už prostě nechtěla.

Zdá se, že ani manžel Lucie po druhém dítěti silně netoužil, jeho narození nechal na jejím rozhodnutí. Neměli pro dítě ani připravené jméno, narychlo se rozhodovali po příjmu k operativnímu porodu. Chození na přípravu k porodu teď neplánovali, „*proč, když jsme chodili před narozením Elišky, to by bylo zbytečné*“. Žádné zvláštní „těšení na miminko“ jsem nezaznamenala ani při dotazech na reakce prarodičů. Elišce o tom, že se jí narodí sourozenec, rodiče řekli velmi krátce před narozením Adama. Ani ona se nijak zvlášť prý netěšila, ale to možná souvisí s jejím věkem.

Zklamání z porodu vidím jako faktor, který pravděpodobně umocnil Luciiny negativní pocity, i když je těžké odhadnout, jestli by druhý „normální“ porod vnímala tak hezky jako ten první, kdy se na miminko těšila. Ale třeba časný kontakt se synem hned na porodním sále, přiložení dítěte k matce a pokus o první kojení nebo i manželova přítomnost by pro ni byly podporou a její emoce by se nevyvíjely tak negativně.

Domnívám se, že pro Lucii bude hodně těžké navázat se synem takový vztah, jaký má k prvorozené, chtěné a doslova „vymodlené“ dceři, pokud se jí to vůbec podaří. Mohl by jí v tom pomoci především kontakt se synem, domácí prostředí a společné aktivity.

Předpokládám, že i zapojení manžela, dcery a příp. dalších členů rodiny do interakce s miminkem v domácím prostředí pomůže paní Lucii najít k Adámkovi cestu a doufám, že se její mateřské city k němu postupně objeví. Měla by si najít chvílky, které bude mít jen pro sebe a Adámka a kdy se bude věnovat pouze jemu. Doporučila jsem jí, ať zváží možnost zajistit hlídání pro Elišku nebo i dopolední školku, z počátku třeba jen na 1–2 dny v týdnu, ale na to se tvářila hodně odmítavě.

Dále jsem jí navrhla baby masáže, protože jsem přesvědčená, že právě doteky a vzájemný tělesný kontakt je pro vztah matka-dítě velice důležitý a přínosný. Oponovala mi, že Adam nemá doteky rád. Nejsem si jistá, jestli to není nepříjemné spíš jí a svoji nechuť k dotekům nezastírá synovou nelibostí. Vysvětlovala jsem jí, že dětské masáže jsou prostředkem, jak tuto nelibost postupně odstranit, a navázat vztah prostřednictvím oboustranně příjemných doteků a jemného hlazení a masírování. Doporučila jsem jí také plavání kojenců, až bude chlapeček natolik v pořádku, aby to pro něj bylo vhodné, což musí konzultovat s lékaři. Domnívám se, že i tato aktivita je vhodný způsob pro posílení vzájemné vazby, která je v útlém věku pro další zdárný vývoj dítěte velice důležitá.

11.5. Kazuistika č. 5 – paní Dana a syn Jan (24 + 5) – soubor č. 3

Údaje o matce: Dana Z., 36 let; středoškolské vzdělání s maturitou

Zaměstnání: dopravní dispečer

Zdravotní stav: křečové žíly (Detralex)

Údaje o otci: Josef Z., 35 let; středoškolské vzdělání s maturitou

Zaměstnání: programátor

Zdravotní stav: dobrý

Těhotenství: 2/2 (plánované a velmi chtěné, 3 měsíce po vysazení antikoncepce)

Průběh předchozích těhotenství:

1/1 v r. 2005 – spontánní porod v termínu, dcera Anna (39 + 4), 3200g/51 cm, zdravá

Průběh tohoto těhotenství: 1. trimestr: častá nevolnost, zvracení

2. trimestr: 16. týden – polyp na děložním čípku (neřešeno)

3. trimestr: 5 dnů před porodem střevní potíže

Začátek porodu: 24. týden – slabé krvácení, 3 dny po sobě ráno stahy, 3. den byly silnější, příjem do porodnice v místě bydliště, infuze, převoz „in utero“ do perinatologického centra

Porod: předčasný porod (24 +5), spontánní záhlavím

délka porodu: celkem 3 hod, 10 minut

Otec u porodu: NE (jeho nepřítomnost jí vadila, ale lékaři nechtěli, aby šel na porodní sál)

Novorozenec: Jan Z., leden 2008, Praha

Gestační věk: 24 + 5

Váha a délka: 890 g/ 32 cm (nejnižší váha – 720 g)

Apgar score: 5 – 9 – 9

Závěr neonatologa: extrémně nedonošený, eutrofický novorozenec;

tachykardie, dýchací obtíže

Doba strávená v porodnici: 17 týdnů a 1 den (gestační věk dítěte při propuštění: 41 + 6)

1. setkání – 38. den po porodu

Setkání s paní Danou bylo hodně emocionální. Po vyplnění anamnestických údajů mi nešťastně vyprávěla, jak se na druhé dítě těšila, ale měla o tomto porodu úplně jinou představu. První dceru Annu přivedla Dana na svět ve vrchlabské porodnici, kde chtěla родit do vody za přítomnosti manžela. Nakonec však porod ve vodě neproběhl, protože se špatně otvírala, takže byla zklamaná. Ani chování zdravotníků ve Vrchlábí prý nebylo tak ochotné a vstřícné, jak by si Dana přála. Proto se své druhé dítě rozhodla porodit doma.

Prenatální poradnu navštívila Dana teprve v 16. týdnu těhotenství, ačkoliv si gravitest dělala hned třetí den po vynechání menstruace a byla si jistá, že je těhotná. Lékař zjistil polyp na děložním čípku a navrhoval operativní odstranění. Dana se ptala na názor dalších dvou lékařů, ale každý jí řekl něco jiného. Bála se potratu a doufala, že se nic nestane, když to nechá být. Teď má veliké výčitky svědomí a pocit viny, že kdyby se rozhodla jinak, nemusel se její syn narodit tak brzy.

Manžel Dany byl s jejím přáním porodit druhé dítě doma srozuměn a Dana si domluvila schůzku s porodní asistentkou, se kterou měla připravit porodní plán a od které chtěla získat co nejvíce informací a rad. K setkání už nedošlo, protože pár dní před domluvenou schůzkou začala Dana slabě krvácet (domnívala se, že příčinou je právě polyp na čípku) a po ránu pociťovala stahy, které nejdřív řešila těhotenským pásem. Třetí den byly stahy silnější, tak zavolala do nejbližší porodnice, kde jí řekli, ať okamžitě přijede.

Po vyšetření v porodnici dostala Dana infuzi a lékař zařídil její převoz do pražského perinatologického centra, kde jí hned vzali na porodní sál s tím, že bude родit. Dana odmítla nabízený epidurál a řekla lékařům, že nechce žádnou medikaci, protože si přála přirozený porod a že původně chtěla родit doma. „*Hned se na mě začali dívat, jakože jsem praštěná, nezodpovědná, divná. Neměla jsem jim to říkat, ale byla jsem totálně zmatená, zklamaná, zoufalá, všechno bylo jinak a já jsem si myslela, že je to prostě potrat, konec, že to nemůže dítě přežít. Cítila jsem se hrozně, protože to byla moje vina, měla jsem řešit ten polyp a chodit víc do poradny, jít tam dřív...*“ (plakala).

Při prvním porodu byl s Danou její manžel, ale teď prý lékaři nechtěli, aby šel na porodní sál. Čekal venku a Daně jeho nepřítomnost moc vadila. Navíc měla pocit, že *„všude je strašně lidí, stálo jich kolem mě snad deset, byli tam taky studenti. Já jsem chtěla rodit doma, v klidu a v soukromí a teď kolem tolik cizích lidí, to bylo úplně strašné. A když mi někdo něco říkal, tak stejně nevím, co to bylo, šlo to úplně mimo.“*

Porod trval něco málo přes tři hodiny a narozený, extrémně nedonošený chlapeček vážil 890 g. Dana nevěřila, když jí lékaři řekli, že žije. Přibližně pět hodin po porodu jí sestra řekla, že je chlapeček na jednotce intenzivní a resuscitační péče a že opravdu žije. Nic dalšího Dana nevnímala, ale asi za hodinu se sebrala, *„nikoho jsem se na nic neptala a šla si ho najít. Na JIRP byly sestřičky moc hodné, jedna mě dovedla k inkubátoru a byla tam se mnou“*. Dana u Jeníčka postála jen pár minut – *„na první šok to docela stačilo, jen jsem si říkala, co jsem mu to udělala...“*. Druhý den ráno za ní přišel pediatr, ale vzhledem k Janově extrémní nezralosti nemohl dát Daně příliš konkrétní informace. *„Prý uvidíme, ale já jsem nic jiného nečekala, bylo mi jasné, že můžu jen doufat.“*

Dana byla v porodnici pět dní, několikrát denně chodila na JIRP za Jeníčkem a nikdo její návštěvy nebo jejich délku nikdy neomezoval. Postupně začala mít víc otázek, sestry nebo lékaři jí vždy dali uspokojivou odpověď a pravidelně jí o všem informovali. Teprve třetí den se šel na syna podívat i její manžel, protože se jednak doma staral o tříletou Annu, jednak se bál chlapečka vidět, protože byl přesvědčený, že zemře. Návštěva u Jeníčka pro něj byla těžká, ale říkal, že se po ní uklidnil a teprve začal doufat, že bude žít.

Dana šla po pěti dnech domů, což jí po psychické stránce prospělo, protože se starala o dcerku a o domácnost. Dvakrát denně na JIRP za synem však dochází, nosí mu odstříkané mlíčko a snaží se o udržení laktace. Od třetího dne se ho opatrně dotýká a hladí ho, ale zatím si ho nemohla pochovat. Stále má pocit, že *„se mi to všechno jenom zdá, že to nemůže být pravda a pak stojím u inkubátoru a mám o něj hrozný strach a pořád mám pocit viny, vztek na sebe, chtěla jsem to jinak, a tohle se nemělo stát“*.

Během tohoto setkání jsem chtěla Daně především poskytnout možnost vyjádřit svoje emoce, vypovídat se a vyplakat. Snažila jsem se vyjádřit pochopení pro její pocity, které jsou v takovéto situaci normální, a nabídla možnost zavolat, příp. se setkat, kdykoliv bude potřebovat, protože Dana několikrát opakovala, že by uvítala psychologickou pomoc.

2. setkání – 51. den po porodu

Chlapeček je stále na JIRP, kam za ním paní Dana 1–2x denně chodí a nosí mu odstříkané mléko. Jeho zdravotní stav je stabilizovaný, stále potřebuje podporu dechu, ale začal přibírat na váze a stravu podávanou sondou toleruje. Přesto je jeho prognóza stále nejistá. Dana je po porodu fyzicky bez problémů, ale po psychické stránce se stále necítí dobře, i když říká, že se to pomalu lepší. Období, které od Jeníčkovy narození uplynulo, hodnotí jako *„hodně nejisté, plné výčitek, vzteku na sebe a na celý svět“*. Nejtěžší pro ni byly *„ty pocity na porodním sále, byla jsem si jistá, že je to potrat a konec a potom strach o Jeníčka, o jeho život a zdraví a pak zlost na sebe, zklamání; úplně nejhůř mi bylo těsně po porodu, když jsem viděla, co jsem to zavinila“*.

Jako potěšující a povzbuzující moment Dana uvedla *„první doteky, když jsem ho mohla asi od třetího dne hladit, a pak když jsme poprvé klokánkovali, to jsem brečela.“* Jaké měla pocity? *„Nejisté, něžné, krásné.“* Velikou oporou jsou jí v tomto období sestřičky na JIRP, které jsou hodné, vstřícné a jejich chování na Danu působí uklidňujícím dojmem. Věří, že se o chlapečka postarají, a lékaři mají její plnou důvěru. Dana je ráda, že když se na něco ptá, vždycky se jí někdo ze zdravotníků věnuje a její otázky zodpoví. Přesto se jim nechce svěřovat se svými obavami, aby *„je neobtěžovala a nezdržovala, mají spoustu práce“*.

Manžel Daně hodně pomáhá tím, že se stará o jejich dcerku, když ona jezdí do porodnice, ale ani jeho Dana nechce svými stesky zatěžovat. *„Sám toho má dost, taky se bojí, i když už ne tak strašně jako ze začátku; a musí se starat o malou, když já jezdím za Jeníčkem, a pracuje, tak ho nechci deptat.“* Toto období je jistě i pro něj hodně těžké, ačkoliv už věří, že syn bude žít a bude v pořádku. Manželovým rodičům, kteří bydlí mimo Prahu, řekli teprve po týdnu, že je chlapeček na světě a že žije, aby je zbytečně nestresovali špatnou zprávou. Přestože se snažili, aby sdělení o narození dítěte bylo opatrné, rodiče reagovali pláčem a velkými obavami, stejně jako rodiče a sestra Dany, kteří se to ale dozvěděli hned. Všichni čekali, že chlapeček zemře. Vzhledem k tomu, že na JIRP mohou v přítomnosti jednoho z rodičů i další příbuzní a přátelé (max. dva, ale mohou se vystřídat), tak mohli prarodiče a ostatní příbuzní Jeníčka vidět tři týdny po jeho narození. Babičky i teta plakaly a všechny překvapilo, jak je Jeníček hrozně maličký. Potom se však shodli, že je návštěva u něj uklidnila. Podobně to cítil otec Jeníčka po první návštěvě na JIRP.

Dana se mi snažila přiblížit, jak se během prvního měsíce Jeníčkovy života měnily její pocity: „*Hodně se měnily, od těch úplně strašně negativních k méně negativním, občas se přihodilo něco hezkého jako třeba to klokánkování, ale celkově to bylo a je pořád hrozný.*“ A co je nejhorší? „*Že se celý ten sen o porodu doma a o tom, že budeme sami s miminkem, rozpadl, všechno je to jinak, tohle je zlý sen, který jsem vůbec nechtěla; tohle jsem nechtěla a nemělo se to vůbec stát, je to strašný.*“

Přestože se Dana psychicky cítí stále hodně špatně, zdála se mi podstatně klidnější než při prvním setkání. Určitě je pro ni toto období obtížné, ale snažila jsem se jí povzbudit k tomu, aby se nebála a svoje pocity svěřila nejen manželovi, který jí jistě vyslechne, ale mluvila o nich i se zdravotníky, kteří mají pro maminky v této situaci pochopení.

3. setkání – 69. den po porodu

Dnešní setkání bylo kratší, než jsem plánovala, ale Dana měla bohužel málo času, takže jsem se jí hlavně ptala, jak se cítí psychicky. Říkala, že mnohem lépe, protože Jeníček úspěšně absolvoval chirurgický zákrok kvůli tzv. tepenné dučej¹⁵, je v pořádku a už pomalu přibírá. Z JIRP byl po 34 dnech přemístěn na JIP, stále je v inkubátoru, ale pravděpodobně již brzy nebude potřebovat dechovou podporu.

Dana se cítí lépe než při našem minulém setkání, hodně jí pomohlo, když se mohla zapojit do péče o syna, a je ráda, že se jí daří udržet laktaci a může mu nosit odstříkané mléko. Skoro denně „klokánkují“ a pro Danu začínají být chvíle s Jeníčkem radostí. Doma má dost práce, věnuje se dceři a stará se o domácnost. Přesto se negativní pocity objevují a týkají se stále Daniných pocitů viny a zklamání, ale také chlapečkova zdravotního stavu a jeho dalšího vývoje. Dana by už měla ráda syna doma, ale ví, že jeho pobyt v porodnici je ještě nadlouho, protože u takto malých dětí často přesáhne původní termín porodu, který měla Dana mít od dnešního dne za sedm týdnů.

¹⁵ Tepenná dučej je céva, která spojuje malý a velký krevní oběh (aortu a plicnici). U některých nezralých dětí (vzácně i u dětí donošených) se může zavřít neúplně nebo se po určité době může opět otevřít. Léčba je možná konzervativní (léky Indometacin nebo Ibuprofen) nebo chirurgická.

4. setkání – 105. den po porodu

Čtvrté setkání s paní Danou se od těch předchozích výrazně lišilo v tom, že Dana byla mnohem optimističtější a radostnější. V nejbližších dnech se vrátí do porodnice a bude na pokoji s Jeníčkem, o kterého už bude plně pečovat. Blíží se konečně jeho propuštění domů, a ačkoliv si jeho matka uvědomuje, že to „*nebude vůbec jednoduché*“, těší se.

Požádala jsem Danu o zhodnocení celého období od narození Jeníčka dosud. Řekla mi , že to bylo „*opravdu velmi těžké, psychicky strašně náročné, plné obav a výčitek; postupně se to zlepšovalo, někdy jsem měla krizi a třeba mě pak potěšil Jeníček, že trochu přibral, a bylo mi líp. Stejně trvalo snad víc dva měsíce, než jsem uvěřila, že mi zůstane a že to přežije.*“ Nejtěžší i nejhezčí okamžiky popsala jako při našem druhém setkání, prý se to nezměnilo, takže její odpovědi nebudu znovu vypisovat. Každopádně toto období Dana označila jako dosud nejhorší ve svém celém životě. Největším životním neštěstím je pro ni ztráta dítěte („*asi jsem byla takové hrůze blízko*“), partnera a těžká nemoc, úraz nebo nehoda nejbližších lidí.

Jako nejhezčí životní událost uvedla narození dcerky, kdy prožívala radost, štěstí, a naplnění. Znovu velice litovala, že narození Jeníčka neproběhlo tak, jak si představovala, ale „*potřetí už to pokoušet nebudu*“. Nicméně se těší, že děti porostou, půjdou do školky, školy, ona se o ně bude starat a radovat se z nich. Rodina a děti jsou pro Danu v žebříčku hodnot na prvním místě a ona doufá, že budou všichni zdraví a hlavně Jeníček nebude mít žádné větší zdravotní potíže.

Toto setkání bylo naše poslední, dál jsme byly v kontaktu přes mobil a SMS, kdy mě Dana průběžně informovala o tom, jak Jeníček přibírá a jak se mu daří.

Závěrem k této kazuistice

Kazuistiku Dany a Jeníčka jsem jako vybrala i přesto, že jsme se s Danou poměrně obtížně setkávaly a neměla jsem na povídání s ní tolik času, jak by bylo potřeba. Bylo to dáno tím, že Dana do porodnice jen docházela, a často musela svůj časový rozvrh podřídit i manželovi a dceři. Navíc rodila v porodnici, která mi odmítla umožnit sběr dat, takže jsem neměla ani přístup do lékařské dokumentace.

Přesto jsem za výpovědi získané od Dany vděčná, protože velmi dobře vystihují pocity většiny maminek, jejichž miminko se narodí těžce nebo dokonce extrémně nedonošené. Jeníčková zralost byla hraniční a jeho prognóza opravdu velmi nejistá, takže jeho matka porod a první dny a týdny po něm prožívala velmi těžce. Její negativní pocity (sebeobviňování, zlost, zoufalství, nejistota a strach) navíc silně umocňovalo i to, že měla jasnou představu ideálního porodu a prvních chvil s miminkem, chtěla vše prožít doma v přítomnosti svého manžela a dcerky. Zklamání z toho, že nakonec Jeníčkovu narození dopadlo úplně jinak a její syn musel být tak dlouho v porodnici, ostatně Dana zmiňovala při všech našich setkáních. Také později, když jsme si psaly, se k těmto pocitům vracela.

Domnívám se, že by paní Dana v tomto období skutečně potřebovala intenzivní kontakt s psychologem, protože celou situaci špatně snášela a sama mi říkala, že by nabídku psychologické péče uvítala a určitě využila. Podobně se vyjadřovaly i mnohé další maminky, se kterými jsem mluvila (a nešlo vždy jen o matky těžce či dokonce extrémně nedonošených dětí). U některých by se pravděpodobně jednalo o jednorázovou psychologickou intervenci, jiné by potřebovaly dlouhodobější péči, ale každopádně by možnost obrátit se s žádostí o radu, pomoc a podporu psychologa ženy po předčasném porodu mít měly.

11.6. Kazuistika č. 6 – paní Helena a syn Tomáš (27 + 0) – soubor č. 3

Údaje o matce: Dana M., 33 let; VŠ vzdělání
Zaměstnání: operating manager (administrativní pozice)
Zdravotní stav: Crohnova choroba, celiakie

Údaje o otci: Richard M., 33 let; středoškolské vzdělání s maturitou
Zaměstnání: aftersales manager (pozáruční servis)
Zdravotní stav: alergie – pyl, prach, roztoči

Těhotenství: 1/1 (plánované, chtěné, 2 měsíce po vysazení antikoncepce)

Průběh tohoto těhotenství: 1. trimestr – bez potíží
2. trimestr – bez potíží (20. týden - dovolená letecky)
3. trimestr – kvasinkové onemocnění (boraxové čípky)

Začátek porodu: ráno slabé krvácení a únava, odpoledne opět krvácení, stahy

Porod: S. C. (císařský řez – section caesarea) v celkové anestezii pro předčasné odlučování lůžka a horšící se srdeční ozvy plodu

Otec u porodu: NE (čekal před operačním sálem, viděl dítě i matku při převozu na oddělení)

Dítě: Tomáš M., nar.: leden 2008, Praha

Gestační věk: 27 + 0

Váha a délka: 1010 g/ délka neuvedena (nejnižší váha – 915 g)

Apgar score: 7 – 9 – 9

Závěr neonatologa: těžká nezralost, eutrofický novorozenec

Doba strávená v porodnici: 21 týdnů (gestační věk dítěte při propuštění: 48 + 0)

Paní Helena patří mezi ty maminky, které mě s žádostí o rozhovor oslovily prostřednictvím jiné matky poté, co se dověděly o mých návštěvách v porodnici a o práci, pro kterou sbírám data. Přestože jsem se s paní Helenou setkala relativně dlouho po porodu a ona a její syn nesplňovali ani podmínky pro zařazení do souboru II ve výzkumném vzorku, ráda bych zde jejich kazuistiku uvedla, protože velmi dobře zachycuje situaci, ve které se mohou ocitnout matky extrémně nedonošených novorozenců, u kterých navíc dojde k závažným zdravotním komplikacím a kteří jsou v ohrožení života.

1. setkání – 37. den po porodu

První setkání s paní Helenou se v porovnání s ostatními matkami uskutečnilo relativně dlouho po narození jejího syna Tomáše, ale i přesto bylo hodně emocionální. Měla jsem údaje o ní a jejím dítěti k dispozici při výběru vhodných maminek do vzorku, ale nechtěla jsem ji zařadit ze dvou důvodů – jednak už byla dlouho po porodu a já jsem chtěla matky předčasně narozených dětí oslovit ideálně v prvním týdnu po porodu, jednak u jejího syna došlo ke zdravotním problémům, což odporovalo stanoveným kritériím. Ale Helena požádala jinou maminku, kterou jsem měla zařazenou do vzorku, zda bych za ní nepřišla, protože by si potřebovala popovídat. Při jejím povídání jsem si vyplňovala Strukturovaný dotazník.

Po vyplnění kontaktních údajů mi Helena vyprávěla, že se na svoje první dítě velmi těšila. Po dohodě s manželem a preventivní kontrole na gynekologii vysadila krátce po svých 32. narozeninách hormonální antikoncepci. Za dva měsíce otěhotněla a oba byli pozitivním gravitestem nadšení. Celé těhotenství probíhalo bez potíží, Helena byla v prenatální poradně v 10. týdnu gravidity na ultrazvuku, pak šla na kontrolu ve 14. týdnu a zaregistrovala se k porodu v Motole. V 19. týdnu chtěla těhotenství svolení lékaře k dovolené (letecky) a nebyl důvod k zamítnutí. Ve 21. týdnu Helena podstoupila amniocentézu (prý nebyl úplně v pořádku krevní screening a bylo nutné vyloučit ev. rozštěp páteře u plodu), ale vše bylo naprosto v pořádku. Helena chodila plavat a na jógu.

Koncem 26. týdne těhotenství se Helena necítila dobře, od rána měla slabý výtok a připadala si velmi unavená. Přesto celé dopoledne doma uklízela a lehla si až po obědě. Měla slabý krvavý výtok a k večeru jí začalo tvrdnout břicho, nejdřív nepravidelně, ale pak se interval zkrátil na tři minuty. Helena zavolala do porodnice, kde řekli, ať hned přijede.

Po vyšetření v nemocnici lékař okamžitě zařizoval převoz „in utero“ do jiného perinatologického centra, protože tato porodnice přijímá ženy k porodu až v pozdějším stupni gravidity (intermediární perinatologické centrum). Helena bez rozpaků říká: „*Ten fojr kolem mě nevěstil nic dobrého, hned mi bylo úplně jasné, že je to prostě s prominutím průser, že to nemůže dobře dopadnout.*“ Důvodem k transferu byly, jak Helena později zjistila ze zdravotnické dokumentace, krevní koaguláty a placenta praevia marginalis (vcestné lůžko). Při vyšetření byla otevřená na 1,5 cm, po převozu sanitkou do perinatologického centra to už byly 3 cm, kontrakce sílily a pro horšící se ozvy plodu bylo nutné provést císařský řez. Vzhledem k okolnostem porodu nebylo možné provést indukci plicní zralosti.

Na porodním sále přepadly Helenu silné obavy, ačkoliv zdravotníci kolem ní „*byli skvělí, uklidňovali mě a říkali mi všechno, než mě uspali.*“ Císařským řezem přišel na svět 1010 g vážící chlapeček a po prvním ošetření byl umístěn na RES, kde strávil 24 dní a poté ještě 14 dní na JIP. Jeho zdravotní stav byl v průběhu těchto dnů velmi vážný.

Helena se po porodu probudila na JIP a připadala si „*jako v mlze, taková jakoby opilá, mimo, nechápala jsem, co se stalo*“. Později jí přepadly obavy o dítě a vadilo jí, že vlastně ani neví, co se narodilo, protože s manželem nechtěli dopředu znát pohlaví. „*Chtěli jsme to jako překvapení, ale teď jsem z toho byla úplně nešťastná, že nevím, jestli je to holka nebo kluk.*“ Sestřička jí později řekla, že má chlapečka a informace o něm jí podá lékař. Ten přišel asi deset hodin po porodu a informace, které Heleně dal, byly stručné, ale ona se na nic dalšího neptala. „*Řekl, že stav odpovídá gestačnímu věku, že je to vážný, ale že Tomášek má celkem dobrou váhu a že uvidíme. Prý pokud se nepřidají komplikace...*“ Helena se rozplakala a trvalo poměrně dlouho, než byla schopná pokračovat.

K obávaným komplikacím došlo – 11 den po narození se u Tomáška objevily příznaky infekce a sepse. Chlapeček dostával silná antibiotika, měl dvě transfúze a jeho stav byl kritický, nicméně se pomalu zlepšoval. Když začala Helena doufat v obrat k lepšímu, projevila se druhá infekce. Helena mi podrobně říkala, co všechno bylo u jejího syna za zdravotní problémy (vysoké CRP, žloutenka, virový zánět a zvětšení jater, špatná tolerance stravy, ubývání na váze, bakterie v moči atd.). Chlapečkův stav byl několik dní velmi špatný a stále se spíše zhoršoval. Helena se domáhala od lékařů informací, ale dostávalo se jí jen nejistých odpovědí typu „*nevíme, uvidíme, musíme počkat*“.

Helena říká, že to racionálně chápala, ale stejně byla zoufalá. Chodila za synem každý den a nosila mu odstříkané mléko, protože už čtvrtý den po porodu podepsala revers a odešla z porodnice domů. Nicméně zhoršující se stav chlapečka nesla velmi těžce a k výčitkám svědomí z předčasného porodu se přidávaly další negativní emoce.

„Bylo to strašné, vypadal hrozně, když měl tu druhou infekci. Ležel v inkubátoru, byl úplně šedivý, vypadal jako mrtvý. Já jsem se ho bála dotknout, sestřička říkala, ať ho klidně pohladím, ale nešlo to. Jen jsem brečela a říkala si, že jestli mi má umřít, tak ať je to rychle, ať se netrápí, ať se my netrápíme s ním, ať je to radši hned ...“ (pláč).

Manžel Heleny celou situaci také nesl velmi těžce a také se několikrát nad nemocným dítětem rozplakal. Helena se mu svěřila se svými pocity, ale manžel jí ujišťoval, že chlapeček určitě přežije a že ona nesmí ani pomyslet, že by jim umřel. Přesto nebyla Helena vůbec schopná po dva dny za synem na RES jít, manžel jel sám, což pro něj muselo být velmi těžké. *„Ale já jsem to nedokázala, nešlo to, bála jsem se, že to už neunesu.“*

Helena si teď svoje pocity nesmírně vyčítá, mrzí ji, že chtěla, aby chlapeček radši umřel, a má pocit, že chtěla jen sobecky chránit sebe před bolestí a zklamáním. Stydí se za to, že se nebyla schopná překonat a jít na návštěvu, hladit ho a dodat mu nějakým způsobem sílu – *„nenávidím se kvůli tomu, ale bylo tak zoufalé“*. Tyto výčitky jsou ještě silnější než pocit viny z předčasného porodu, tady Helena celkem racionálně cítí, že za to nemůže, ačkoliv si vyčítá, že kdyby neuklízela, hned si lehla a zavolala do porodnice dřív, mohl se porod oddálit a stihla by se třeba alespoň indukce plicní zralosti. Ale přání, aby Tomášek raději zemřel, než se trápil, se jí stalo doslova noční můrou.

Toto setkání trvalo skoro tři hodiny a Helena často plakala. Několikrát opakovala, že by potřebovala po celou dobu od porodu doposud mít možnost požádat o pomoc psychologa. Nabídla jsem jí možnost dalšího setkání, a když bude potřebovat, tak i telefonický kontakt, což potom Helena několikrát využila.

Ráda bych zde doslovně přepsala některé Heleniny odpovědi na otázky ze Strukturovaného dotazníku, protože její odpovědi (psáno kurzívou) byly většinou stručné, ale podle mého názoru dobře vystihovaly její stav a pocity. (Uvádím jen vybrané položky, které považuji za nejdůležitější a nejvýstižnější.)

6. POROD

Stav po porodu: „po probuzení jsem byla jako v mlze, taková jakoby opilá, mimo, nechápala jsem, co se stalo“

Vaše pocity: „prostě psycho, stres, zima, třesavka, strach, co je s miminkem, jak to dopadne“

7. ZDRAVOTNÍ STAV MATKY PO PORODU

Délka pobytu na odd. šestinedělí: „jen čtyři dny, pak jsem podepsala revers a šla domů nebo bych se tu zbláznila“

Subjektivní pocity: „fyzicky v pohodě, ale psychicky mi bylo fakt strašně“

Laktace: „od druhého dne, to jsem byla ráda, chtěla jsem kojít, ale bylo mi jasné, že i s tím budou potíže a bůh ví, jak to dopadne“

9. PRVNÍ KONTAKT MATKY S DÍTĚTEM

Kdy jste dítě poprvé viděla: „tak kolem páté odpoledne“ (t. j. zhruba 15 hodin po porodu)

Byla vám návštěva u dítěte nabídnuta nebo jste o ni musela (opakovaně) žádat: požádala jsem o ni, ale jen jednou a sestřička mě tam pak za chvíli odvezla“

Kdy dítě poprvé viděl otec dítěte: „hned po porodu, on byl na chodbě a viděl Tomáška při převozu ze sálu, ale byl prý tak v šoku, že si ani neuvědomoval, jak je maličký“

Jak dlouho jste u dítěte byla: „já ani nevím, možná 30 minut, možná skoro hodinu, já fakt nevím, to byla taková směsice šílených pocitů, že jsem čas ani nevnímala“

Kdo ze zdravotníků byl v tuto chvíli s vámi: „paní doktorka, byla moc milá, ale já byla totálně mimo“

Jaké informace vám dal: „moc nemohla říct, ale snažila se, i když to bylo všechno nejisté“

Rozuměla jste všemu: „asi ano, ale pak jsem si to stejně nepamatovala“

Ptala jste se na něco: „ne, já jsem ani nevěděla, na co bych se měla ptát; jen vím, že mluvila o tom, že můžou být i komplikace, říkala, že právě infekce, no a ono se to pak stalo...(pláč)“

10. INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE

Jak dlouho po narození dítěte: „tak 10 hodin po porodu“

Kdo je podával: „byl to pediatr, ale jméno nevím“

Komu byly informace sdělovány (byl s matkou někdo další nebo byla v tuto chvíli sama?): „byla jsem bohužel sama, protože to bylo ještě na JIPce“

Jak často vás zdravotníci informovali o zdravotním stavu dítěte: „asi to bylo celkem často, ale mě to přišlo i tak málo, ale nechtěla jsem se moc ptát“

Jak ochotně vám byly informace poskytovány: „to bylo dobré, kdykoliv jsem na RES přišla nebo pak i na JIPku, tak ke mně někdo přišel a snažil se mi říct, co se děje“

Jak srozumitelně: „bez problémů, a já jsem si to pak většinou psala a kdyžtak jsem si všechno dohledala doma na internetu“

Jak ohleduplně: „to taky v pohodě, i když ono to moc ohleduplné být nemůže, když je to taková šílená situace; ale byli moc hodní a všichni se snažili, abych se uklidnila, ale ono to moc nešlo“

Zazněla nabídka psychologické péče o matku, příp. otce dítěte: „to ne a myslím, že by to mělo být u takhle předčasných porodů a když se stane to, co nám, samozřejmostí; já bych to potřebovala strašně a manžel taky“

11. KONTAKT S DÍTĚTEM

Jak často jste mohla chodit k dítěti: „kdykoliv, chodila jsem tam každé tři hodiny, když jsem byla v nemocnici a pak jsem dojížděla a to jsem u něj byla tak dvě hodiny“

Musela jste o návštěvu žádat: „ne, to vůbec ne, nikdy mi nikdo nic nezakazoval“

Jak dlouho jste mohla u dítěte být: „jak jsem chtěla, byla jsem u něj tak dvě hodiny“

Mohla jste se dítěte dotýkat, brát ho do náručí, pomohl vám někdo, příp. povzbuzoval vás k tomuto kontaktu někdo a kdo: „dotýkat hned od prvního dne, ale já jsem se dost bála na něj sahat; hladila jsem ho druhý den jen tak na ručičce a pak, jak byl nemocný, tak jsem se ho bála dotknout, ani jsem ho nechtěla hladit, myslela jsem, že umře“ (pláč)

Kdy jste se mohla zapojit do péče o dítě: „to bylo až dost pozdě, až když se zlepšil po té druhé infekci, to jsou asi teď tři dny; přebaluju ho a pak na intermediálu bych ho mohla prý začít koupat“

Jaké jste u toho měla pocity: „taková nejistota, obavy, vina, něha, všechno možný“

Jak se vaše pocity měnily v průběhu hospitalizace dítěte: „od hrozného k ještě horšímu, pak se to sice zlepšilo, ale bylo a je to pořád dost strašný“

Mohla jste je někomu sdělit: „manželovi, ale on na tom byl taky mizerně“

Kdo vám byl v tomto období největší oporou: „manžel, zato já jemu moc ne“ (pláč)

Kdo z personálu byl pro vás nejdůležitější: „sestřičky na RESu i na JIPce, ty byly úžasné, hodné a věřila jsem jim“

Co pro vás bylo nejhezčí: „v první fázi hned po porodu vůbec nic, musela jsem pryč“

Co bylo naopak nejhorší: „ta druhá infekce, nelepšilo se to, on vypadal jako mrtvý ...“

Krize: „ten třetí týden, to už jsem nemohla jít ani na návštěvu, nezvládla bych to“ (pláč)

S čím jste se obtížně vyrovnávala a co vám nejvíce pomohlo (příp. kdo a jak): „sama se sebou, ten třetí týden, to jsem nezvládala a když i manžel nad tím inkubátorem plakal, tak to jsem myslela, že se složím; nepomáhalo mi vůbec nic“

12. ZHODNOCENÍ OBDOBÍ OD NAROZENÍ DO 1 MĚSÍCE VĚKU DÍTĚTE

Jak byste zhodnotila období od narození vašeho děťátka doposud: „jako zlý sen - místo abych byla ještě normálně spokojeně těhotná, tak mám maličké a velmi nemocné dítě, o které se jsem se bála, že umře, a vlastně se pořád bojím“

Co pro vás bylo nejtěžší: „ta infekce, jak byl celý šedivý, zbědovaný, nehýbal se, to bylo zoufalý; nenávidím se za to, že jsem chtěla, aby radši umřel, ale než to trápení ... (pláč)

Kdy jste se cítila nejhůř: „ten třetí týden, jak jsem nemohla ani za ním na návštěvu“

Co pro vás bylo naopak hezké, potěšující, povzbuzující: „v tomhle období jenom maximální péče doktorů a sestřiček“

Která osoba pro vás byla v tomto období nejdůležitější: „manžel, bez něj by to nešlo“

Čím vám nejvíce pomohla: „že se mě snažil uklidnit a říkal, že to bude dobré, nechal mě vybrečet a byl se mnou“

Jak váš manžel (partner) reagoval na předčasné narození dítěte: „taky to byl šok, strach, obavy, co bude“

Jak si myslíte, že toto období vnímal váš manžel, jak se cítil: „taky strašně“

Co pro něj bylo těžké: „ten třetí týden, to nad Tomáškem taky stál a brečel a já si myslím, že to neříkal, ale že si taky myslel, že umře, i když mi říkal, že ne“

Kdy jste měla naopak pocit, že je spokojený: „tyhle první týdny vůbec, ani já, ani on“

Jaká byla reakce vašeho nejbližšího okolí (kromě otce dítěte) na předčasné narození miminka (např. vaši rodiče, sourozenci, ev. prarodiče, rodiče vašeho partnera, jeho sourozenci, ev. prarodiče nebo jiní blízcí příbuzní nebo osoby pro vás důležité): „my jsme se o tom moc nešířili, věděli to jenom rodiče a moje sestra, jinak jsme nikomu nevolali a ten třetí týden, to jsme nechtěli mluvit s nikým, já jsem ani nebrala telefony a mobil jsem vypínala, jen jsem vždycky koukala, jestli nevolali z porodnice, to by bylo jasné ... (pláč)

Kdo a jak reagoval: „moji rodiče i manželovi měli strach, babičky plakali a všichni si mysleli, že Tomášek umře, že to prostě nemůže dopadnout dobře, jenom ségra mě ujišťovala, že to bude dobré“

2. setkání – 59. den po porodu

Od prvního setkání s paní Helenou uplynuly tři týdny, ale mezitím mi několikrát volala a dvakrát jsme se v porodnici náhodně setkaly, tak jsem jí pokaždé věnovala alespoň chvíli. Na dnešní den jsme se domluvily, protože Helena do porodnice dojíždí a zpravidla se míváme. Zajímala jsem se hlavně o její psychický stav. Ačkoliv prý stále trvají výše popsané negativní pocity, začíná už cítit i pozitivnější emoce – úleva a radost z toho, že se synův zdravotní stav pomalu zlepšuje, potěšení z častějšího tělesného kontaktu (hlazení, chování, klokánkování). Helena je klidnější, ale přesto zmiňuje stále výčitky svědomí, že si přála, aby Tomášek radši umřel, než se trápil. Stále se není schopná vyrovnat s tím, jak si jako matka mohla něco podobného vůbec připustit, natož si to dokonce přát.

Přesto má o jeho zdraví obavy i nadále, chlapeček absolvoval mnoho vyšetření a čekají ho operace kýly. Helena se hodně obává o jeho zrak a uvědomuje si, že domů se hned tak nedostanou. Tomášek byl po 38 dnech (den po našem prvním setkání) propuštěn z JIP a převezen na intermediární oddělení, což byl pro Helenu velmi významný den (bezprostředně po návštěvě u něj mi to hned volala).

Bohužel má pocit, že zde někdy od sester dostává protichůdné informace. Také na ní negativně působí přesuny jiných nedonošených dětí „do vyšších oddělení“ (Helena myslí na oddělení, kde jsou na tom miminka lépe a jejich matky jsou pak s nimi na pokojích „rooming-in“). Helena by se ráda o syna alespoň víc starala, ale zatím to není možné.

3. setkání – 72. den po porodu

Další setkání s Helenou bylo velmi krátké, tak jsme pouze probíraly její obavy z vyšetření, která má Tomášek podstoupit. Tentokrát Helena mluvila hodně o tom, že má strach z budoucnosti, z toho, jak na tom bude nakonec Tomášek zdravotně a jestli nebude postižený tělesně nebo mentálně. Stydí se zato, ale bojí se hlavně mentálního postižení.

Ptala jsem se jí, co ji k těmto myšlenkám vede, zda někdo z lékařů mluvil o podobné prognóze. Prý ne, „jsou hodně opatrní, co se nějakých závěrů týče, je to pořád taková nejistota a já se bojím. Je to teď takové šílené, jednu chvíli jsem optimistická a věřím, že to bude všechno dobré, pak mě přepadnou obavy, začne mě bolet žaludek a mám hrůzu z toho,

že bude malý nemocný, nemohoucí a tak.“ Trápí se také nedostatek mléka, prý v důsledku těch nervů. Chtěla svoje dítě kojít, ale teď má pocit, že laktace brzy skončí.

4. setkání – 110. den po porodu

Tomášek má za sebou první operaci kýly a Helena je moc ráda, že všechno proběhlo v pořádku. Čeká ho ještě jedna operace, ale jeho maminka už necítí takové obavy a věří, že nebudou žádné problémy. Chlapeček na pár dní přestal přibírat, ale nehubnul a dnes se jeho váha opět pohnula směrem nahoru. Helena už bohužel úplně přestala odšťikávat mateřské mléko, ale celkem tuto okolnost psychicky zvládla – *„nechci se tím stresovat a už na to nemyslím; sice jsem moc chtěla kojít aspoň půl roku, ale všechno se tak zkomplikovalo, že se ani nedivím, že už mlíko není; je mi to líto, ale nedá se nic dělat“*. Jinak se Helena cítí ve větší psychické pohodě, lépe spí a už ji negativní pocity netrápí tak silně, i když se v určité míře stále vrací a ona prožívá strach a výčitky.

Byla jsem ráda, že Helena k ukončení laktace zaujala celkem racionální postoj, protože většina maminek nedonošených dětí se ke kojení a udržení laktace silně upne jako k možnosti „udělat něco pro svoje dítě“, jak říkají. Pokud mají mléka nedostatek, často se obviňují, že „zase selhaly“ a to „zase“ vyjadřuje jejich pocit viny z toho, že nedokázaly miminko donosit do termínu porodu a že selhaly také jako matky, které nejsou schopné zajistit svému dítěti tu nejlepší možnou výživu, a to je zpravidla velmi silně stresuje.

5. setkání – 144. den po porodu

O měsíc později jsem Helenu navštívila na oddělení „roaming-in“, kam byla přijatá před deseti dny a kde je konečně se svým synem. Tomášek úspěšně absolvoval další operaci kýly a čekají ho pravděpodobně další operace, ale Helena o nich nechtěla mluvit, protože je moc ráda, že teď všechno dobře dopadlo, že má chlapečka u sebe a konečně se o něj stará. Tomášek váží skoro 2,3 kg a už nemá problémy s tolerováním stravy, která je pochopitelně doplňována vitamíny a léky, které má předepsány. Je pravděpodobné, že budou za tři dny propuštěni domů a Helena se na to velice těší. Trochu se ovšem obává výsledků zítřejšího očního vyšetření, protože Tomášek pravděpodobně bude mít nějaké potíže, ale *„čekala jsem to horší, podle předchozích vyšetření to nebude tak strašné a já už jsem se s tím smířila“*.

Požádala jsem Helenu o shrnutí celé doby od porodu do dnešního dne podle otázek Strukturovaného rozhovoru a vybrané odpovědi zde opět doslovně uvádím.

13. ZHODNOCENÍ OBDOBÍ OD NAROZENÍ DÍTĚTE DO JEHO PROPUŠTĚNÍ

Jak byste zhodnotila celé období od narození vašeho děťátka doposud: „jako úplně neuvěřitelné, že to Tomášek přežil, ale bylo to šílené, strašné, náročné a ještě to bude těžké, ala teď je relativně v pořádku, pije, přibírá na váze; dál se prostě uvidí“

Co pro vás bylo nejtěžší: „celý první měsíc a hlavně ta druhá infekce, ten strach, bezmoc, nejistota, čekání na konec nebo na zázrak“

Kdy jste se cítila nejhůř: „když jsem stála úplně bezmocně u toho inkubátoru a on vypadal, že už ani nežije“

Co vás naopak nejvíce potěšilo, povzbudilo: „propuštění z JIPky a převoz na intermediál, to jsem začala doufat, a pak bylo krásné, když jsem se o něj začala víc starat, a to jsem se začala konečně cítit jako jeho máma“

Která osoba pro vás byla v celém tomto období nejdůležitější: „nejvíc manžel, ale také sestřičky na RES a JIP a lékaři“

Jak si myslíte, že celé toto období vnímal váš manžel (partner), jak se cítil: „z počátku určitě hrozně, pak už taky začal věřit, že to bude dobré a radoval se z toho, jak se Tomášek zlepšuje a uzdravuje, pak když začal pomaličku přibírat na váze“

Co pro něj bylo nejobtížnější: „taky ten první měsíc a to, co u mě a k tomu navíc ještě já, že jsem byla úplně na dně“

Jak celé toto období prožívalo vaše nejbližší okolí (vaši rodiče, sourozenci, ev. prarodiče, rodiče vašeho partnera, jeho sourozenci, ev. prarodiče, jiní blízcí příbuzní nebo osoby pro vás důležité): „nejdřív velice špatně, až tak za 1,5 měsíce začali pomalu všichni věřit, že to bude dobré. My jsme to teprve v téhle době začali říkat kamarádům a známým, do té doby jsme nechtěli a ani jsme nebrali telefony. Ale oni byli skvělí a podpora od nich byla úžasná, pořád mě nebo manželovi někdo volal nebo psal smsky, že nám drží palce a že to bude dobré, ptali se, jak nám můžou pomoci a bylo to příjemné. Oslava teprve bude, až přijdeme domů a všichni se těší.“

14. NEJHEZČÍ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

Které životní události byste označila za důležité a pro vás hezké, pozitivní: „pod dojmem celého tohoto období byl celý můj život zatím jedna velká pohoda, nemusela jsem se bát o svoje dítě, o jeho život, o zdraví (pláč)“

Co očekáváte, že vás ještě v životě potká hezkého: „snad bude Tomášek v pořádku a pak bych ráda ještě jedno dítě, ale až později, musím se vzpamatovat, což asi potrvá a taky až uvidím, jak to bude s malým“

Co považujete za životní štěstí, za absolutní štěstí: „rodinu, děti, zdraví“

15. NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

Bylo ve vašem životě již někdy období, které byste označila za obtížné, náročné: „ne, nejhorší to bylo teď“

Co očekáváte, že vás ještě v životě potká těžkého, náročného: „nevím, určitě přijdou těžké chvíle, ale tohle bylo šílené“

Co považujete za životní neštěstí, za absolutní neštěstí: „ztrátu dítěte, rodičů, nemoc, bezmoc“

Závěrem k této kazuistice

Uvedené odpovědi paní Heleny jednoznačně dokládají, jak těžkým obdobím si musela ona, její manžel i malý Tomášek projít. Snažila jsem se touto kazuistikou poukázat na situaci a emoce maminek, jejichž děti se potýkají s vážnými zdravotními problémy. I matky, jejichž novorozeňata jsou „pouze“ nedonošená, se o děti bojí a jejich psychický stav ovlivňují silné negativní emoce. Situace, kdy se k „pouhé“ nedonošenosti přidají komplikace a dítě je v přímém ohrožení života, jsou pro matky nesmírně vyčerpávající.

Stejně pocity jako paní Helena (strach, nejistota, přání, ať miminko raději umře a netrápí se, obavy z toho, že k dítěti citově přilnou a pak ho ztratí a následně pak pocity viny, že na smrt dítěte pomyslely nebo si ji dokonce přály, obavy z toho, jaký nakonec bude zdravotní stav dítěte, jak se bude dál fyzicky i psychicky vyvíjet atd.) prožívá mnoho maminek nemocných nebo vážně postižených dětí. Je třeba vyslechnout jejich pocity a pomoci jim překonat pocity viny, které mohou pociťovat a které je často velmi trápí. Stejně tak by měly mít tyto ženy možnost mluvit o svých obavách z budoucna, o nejistotě ohledně dalšího vývoje dítěte a mít možnost se kdykoliv obrátit na lékaře nebo na psychologa.

11.7. Kazuistika č. 7 – paní Kamila a trojčata (32 +3) – soubor č. 1

Údaje o matce: Kamila B., 27 let; VŠ, nyní postgraduální studium
Zaměstnání: v domácnosti, příležitostně sociální práce u seniorů
Zdravotní stav: dobrý

Údaje o otci: James Anthony B., 46 let; vysokoškolské vzdělání
Zaměstnání: projekt manager
Zdravotní stav: dobrý
Pozn.: cizí státní příslušník, žije a pracuje v ČR 4. měsíc

Těhotenství: 1/1 (plánované, velmi chtěné – IVF, 3. pokus)

Průběh předchozích pokusů v CAP: 2x IVF v Anglii – neúspěšné, 3. IVF v ČR

Průběh tohoto těhotenství: 1. trimestr – občas nevolnost, únava
2. trimestr – občas únava
3. trimestr – od 27 + 3 preventivní hospitalizace až do porodu

Užívané léky: železo, magnesium, utrogestan

Hospitalizace a kompletní indukce plicní zralosti po progresi gynekologického nálezu (gestace 27 + 3)

Porod: plánovaný S. C. (císařský řez – section caesarea), spinální; vedeno jako rizikový porod - příčná poloha plodu A, IUGR u plodů B + C;
trigemini – doporučeno vést porod pokud možno vždy per S. C.
nejpozději do 36. týdne těhotenství (Hájek, Roztočil, 2007).

Otec u porodu: NE (čekal před operačním sálem, aby děti i matku při převozu na oddělení; Kamila jeho přítomnost cítila jako oporu a byla ráda, že viděl děti)

Dítě A: Jakub B., nar. únor 2008, Praha

Gestační věk: 32 + 3

Váha a délka: 1790 g/ délka neuvedena (nejnižší váha – 1670g)

Apgar score: 9 – 9 – 9

Závěr neonatologa: středně nezralý, eutrofický novorozenec s dobrou poporodní adaptací;
po porodu krátce stimulace, odsátí a inhalace O₂, umístěn na JIP

Dítě B: Barbora B., nar. únor 2008, Praha

Gestační věk: 32 + 3

Váha a délka: 1590 g/ délka neuvedena (nejnižší váha – 1440g)

Apgar score: 8 – 9 – 9

Závěr neonatologa: středně nezralý, eutrofický novorozenec s dobrou poporodní adaptací;
akrocyanóza, dyspnoe, odsátí + inhalace O₂, umístěn na JIP

Dítě C: Alžběta B., nar. únor 2008, Praha

Gestační věk: 32 + 3

Váha a délka: 1370 g/ 39 cm (nejnižší váha – 1220g)

Apgar score: 8 – 9 – 9

Závěr neonatologa: středně nezralý, eutrofický novorozenec s dobrou poporodní adaptací;
lehce snížený tonus + reaktivita, dyspnoe, odsátí, umístěn na JIP

Doba strávená v porodnici: 5 týdnů a 1 den (gestační věk dětí: 37 + 4)

(dáno zdravotním stavem dítěte C, druhé dvě děti by mohly být propuštěny o týden dříve)

Paní Kamilu jsem s žádostí o souhlas se zařazením do výzkumného vzorku oslovila samozřejmě proto, že porod trojčat je poměrně vzácný¹⁶ a já jsem ani nedoufala, že by se mi povedlo data od maminky s trojčaty získat. Tato trojčata splňovala podmínky pro výběr do vzorku, a proto jsem byla ráda, že jejich maminka ochotně souhlasila.

¹⁶ Odborná literatura uvádí, že podle statistik připadá jeden porod trojčat přibližně na 10 000 porodů (např. Velebil, 2004c; Kudela, 2006).

1. setkání – 6. den po porodu

Při našem prvním setkání byla paní Kamila po operativním porodu ještě na gynekologickém oddělení a její trojčata na JIP. Zdravotní stav všech byl dobrý, maminka se dobře zotavovala, vyzařovala z ní velká radost, štěstí a psychická pohoda. Děti sice do včerejšího dne ubývali na váze, ale váhový úbytek u všech tří byl fyziologický. Maminka má dostatek mléka pro všechny a nosí jim ho na JIP. Děti stravu dobře tolerují.

Po vyplnění anamnestických údajů mi Kamila vyprávěla, že se jí nedařilo otěhotnět přirozenou cestou a tak se s manželem obrátili na centrum asistované reprodukce (CAP) v Anglii. První neúspěšný pokus Kamila hodně špatně nesla, čekala, že se to hned povede, a přála si dvojčata. Podruhé jí neúspěch také mrzel, ale říkala, že to snášela lépe než poprvé. Přesto se rozhodla obrátit na jiné CAP a s manželem se dohodli na návratu do Čech. V pražském CAP Pronatal byla Kamila velmi spokojená s péčí a hned první IVF byla úspěšná. Po domácím pozitivním gravitestu jí těhotenství potvrdili i v Pronatalu. V 10. týdnu gravidity jí po ultrazvukovém vyšetření lékařka sdělila, že se uchytily všechny tři zárodky, a podala jí papírek se slovy: „*Tady přijdete na redukci*“.

Kamila mi řekla: „*Já byla ještě celá v šoku, že budu mít tři děti, a ona mi jen strčí do ruky papír a nějaké datum, že mám přijít a že mi jedno seberou!!! Nevěřila jsem vlastním uším, jen jsem papírek vzala, řekla děkuji, nashledanou a už jsem tam NIKDY nepřišla.*“ Cestou z Pronatalu prý plakala – štěstím („*že se to podařilo*“), strachy („*aby se nic zlého nestalo a dopadlo to dobře, i když jsem vůbec netušila, jak zvládnou tři děti*“), ale nejvíc vzteky („*že mi místo gratulace a nějakých informací řekne, ať přijdu na redukci*“).

Smíšené pocity pár dní trvaly a pochopitelně se různé obavy vyskytovaly po celou dobu těhotenství, ale celkově celé období zvládala Kamila velmi dobře. Možnost redukce s manželem vůbec nebrali v úvahu, ona i manžel se na miminka moc těšili a veškerá lékařská vyšetření potvrzovala zdárný průběh těhotenství a vývoj všech tří plodů. Vzhledem k pracovním povinnostem manžela se s ním Kamila dokonce vrátila do Anglie a byla v prenatální péči tam. Organizovala stěhování do Čech, kam se definitivně vrátili koncem druhého trimestru. S pomocí manžela a své maminky, která jí nabídla svoji pomoc po narození trojčat a přistěhovala se k nim, připravila věci potřebné pro děti.

Od poloviny 28. týdne gravidity byla Kamila preventivně hospitalizovaná v pražském intermediárním centru s cílem sledovat zdárný průběh gravidity a udržet ji co nejdéle. Porod císařským řezem ve spinální anestezii proběhl, když bylo gestační stáří plodů 32 + 3. Kamila si moc přála, aby byl porod takto veden, protože chtěla svoje děti vidět. Velmi ocenila příjemné chování všech zdravotníků po dobu její hospitalizace i během porodu. „*Byl to celkem cvrkot, spousta lidí a prý tři pediatrické týmy, ani nevím, kdo tam všechno byl, ale byli strašně příjemní, klidní a profi. Během porodu mi všechno říkali a bylo to skvělé.*“ Porod proběhl bez komplikací, Kamila všechny tři děti viděla a „*cítila obrovské štěstí a když mi řekli, kolik váží a že jsou na tom dobře, tak to byla velká úleva. Jen Betynka je menší, o tu se trošku víc bojím, ale prý bude v pořádku.*“

Děti byly po narození umístěny na novorozenecký JIP a Kamila první den po porodu ležela také na JIP. Nejdřív byla unavená a spala, ale informace od pediatra, který za ní přišel asi dva hodiny po porodu a potom ještě několikrát později, si pamatovala všechny. Na JIP jí vadilo omezení komunikace, byla by ráda zavolala manželovi, mamince, ale nesmí se to. Od třetího dne po porodu už chodila na JIP za dětmi. Nyní leží na gynekologickém oddělení a čeká, až bude místo na nedonošeneckém oddělení na pokoji pro matky, aby mohla být u dětí.

Naše první setkání bylo dlouhé (2,5 hodiny), ale velmi příjemné. Kamila mi ochotně odpovídala na všechny otázky a hodně povídala sama. Když se blížil čas jít za dětmi na JIP, tak mi řekla, že klidně budeme v povídání pokračovat, ale teď že musí odstříkat dětem mlíčko. Zeptala jsem se jí, jestli mám přijít později, a ona mi řekla, že se sejdeme za třicet minut před JIP a půjdeme spolu za dětmi. Respektovala jsem její soukromí, protože ne každé mamince je příjemné odstříkávat mléko před cizí osobou, a odešla jsem¹⁷.

Návštěva u trojčat na JIP byla velmi hezká, Kamila dala sestřičkám odstříkané mléko a pak děti hladila, chovala a dívala se, jak je sestřičky přebalují a krmí. Bylo na ní vidět, jak je šťastná a pyšná. Těší ji kontakt s dětmi, jen zprvu se prý bála, aby jim neublížila svou neobratností a byla při manipulaci s nimi nejistá, ale za pomoci sestřiček to zvládla. Pak už jsme si jen tak povídaly a domluvily se na příští návštěvě.

¹⁷ Pokud se jakákoliv maminka chystala během rozhovoru odstříkávat mléko pro svoje miminko, tak jsem se vždy zeptala, jestli nemám odejít a vrátit se později. Kromě paní Kamily mi ale všechny řekly, že pokud to nevadí mně, tak nemusím.

2. setkání – 14. den po porodu

Paní Kamila je už pátý den na nedonošeneckém oddělení, kde jsou pro maminky a jejich děti propuštěné z JIP malé pokojíčky. Druhý den po přestěhování daly sestřičky Kamile na pokoj Barunku (dítě B), zatímco Jakoubka (dítě A) nechali na JIP spolu s nejmladší a nejmenší Betynkou (dítě C). Kamila s tím byla velmi spokojená, obzvlášť když při návštěvě na JIP viděla, že Kubík leží u Betyny v inkubátoru. Velmi jí to potěšilo, protože má prý takto pocit, že tam Betyнка „*má ochránce a není opuštěná*“. Kamila se zatím v klidu naučila pečovat o Barunku a dnes byly z JIP propuštěny zbývající děti, takže jsou všichni čtyři už spolu v pokojíku, kde je úplně cítit pohoda a štěstí jejich maminky.

Kamila už všechny tři děti přikládá a snaží se o kojení, pro dostatek mléka stále odstříkává. Při kojení jí pomáhají sestřičky, aby správně zvládla techniku kojení typickou pro dvojčata, což jí ušetří čas při krmení dětí. Kamila má zatím pocit, že všechno dobře zvládá, je spokojená a pozitivně naladěná.

Manžel je téměř denně navštěvuje a je velice rád, že děti mají a že jsou všechny v pořádku. On už jedno dítě z prvního manželství má, ale je se synem v kontaktu velice málo a po odjezdu s Anglie do Čech se budou vídat zřídkakdy, stejně jako s ostatními členy Jamesovy rodiny.

3. setkání – 27. den po porodu

Hned od prvního momentu, kdy jsem vstoupila ke Kamile do pokojíku, mi bylo jasné, že není všechno v pořádku. Kdykoliv jsem totiž přišla do porodnice, tak jsem se za ní a trojčaty aspoň na chvíli zastavila jen se podívat, jak se jim všem daří. Obvykle byl malý pokojíček uklizený, maminka měla ustlanou postel, všechny věci na stolku i přebalovacím pultu pro děti srovnané a celkově vše, včetně usměvavé Kamily, působilo velmi upraveně. Dnes to tak rozhodně nebylo, pokojík byl v totálním chaosu, Kamila rozčuchaná, částečně ještě v pyžamu a ve veliké nepohodě.

Pozdravila jsem ji a zeptala se, jak se jí daří, i když bylo zřejmé, že to je jen řečnická otázka. Kamila odložila prostřední holčičku, kterou měla v náručí, a rovnou se rozplakala. Všechny děti prý včera absolvovaly odborná vyšetření a úplně se jim rozhodily

časy kojení. Kamila má pocit, že víc jak 24 hodin nespala, je strašně unavená a nedaří se jí režim kojení zase srovnat. Stále jen přebaluje a kojí a neměla ani chvilku klid. Plakala, že „*jsem totálně vyčerpaná a zničená, tohle fakt nezvládnou, mám pocit, že si nemůžu dojít ani na záchod. Jen jedno dítě usne, je čas budít další nebo se vzbudí samo a já nevím, co dřív*“.

Ptala jsem se jí, proč nepožádá o pomoc sestřičky, vždyť by si ochotně vzaly miminka k sobě, postaraly se o ně a ona si odpočinula, vyspala se a zase by si je vzala zpátky? Prý je jí to hloupé, vypadalo by to, že je neschopná se postarat o svoje děti. Tentokrát jsem s ní nevedla žádnou dlouhou debatu (ač jsem měla v plánu delší návštěvu) a rovnou jí poslala k sestřím. Sestřička jí pomohla s přebalením holčiček a děti si odnesla. Když jsem později nakoukla do pokojíčku, Kamila spala a děti u sestřiček také.

4. setkání – 28. den po porodu

Delší rozhovor s Kamilou jsem posunula, protože při včerejší návštěvě nemělo smysl se jí na cokoli ptát. Byla unavená, nevyspalá a já bych měla pocit, že jí beru čas, který potřebuje pro svůj odpočinek. Raději jsem tedy rozhovor posunula a další den už bylo všechno v pořádku – pokojík uklizený, děti v postýlkách, Kamila upravená a usměvavá.

Rovnou jsme probraly včerejší krizi, která Kamilu mrzela, připadala si hloupě, že „*nezvládla první nápor ohledně dětí*“, ale na druhou stranu to mělo i pozitivní efekt. Kamila si uvědomila, že když bude unavená a nebude péči o děti zvládat, je nutné požádat o pomoc manžela nebo maminku, která s nimi bude bydlet a pomáhat s dětmi, a vyspat se. Zdůrazňovala jsem jí, že péče o trojčata je úplně jiná než péče o „mono-dítě“ a že právě kvůli sobě musí dbát na to, aby se zavedl a dodržoval určitý režim.

Kamila celkově období od narození dětí dosud hodnotí jako velmi hezké a má víceméně jen pozitivní pocity. Velmi kladně hodnotí chování všech zdravotníků a oceňuje, že jí vždycky o všem informovali, což bylo uklidňující. O obavách mluvila jen v souvislosti s nejmenší holčičkou („*aby byla v pořádku*“) a měla strach, aby všechna vyšetření dětí dopadla dobře. Ptala jsem se, jak prožívají narození trojčat ostatní členové rodiny. Prý jsou nadšení, často volají, píšou SMS, chodí na návštěvy.

5. setkání – 33. den po porodu

Během posledního setkání jsem Kamilu poprosila o zhodnocení celého období, které strávila s trojčátky v porodnici. – „*Úžasné, krásné období, ani jsem nečekala, že to zvládneme v takové pohodě, protože až na pár výjimek to bylo opravdu v pohodě. Je to pro mě nejhezčí období v životě. Pobyt v Anglii byl fajn, ale tohle je neuvěřitelné.*“ Budoucnost vnímá jako příslib hezkých zážitků a štěstí z toho, jak děti porostou, i když si uvědomuje, že to pro ni bude „*určitě pěkný záprah*“.

Jako nejnáročnější události v životě označila jednak neúspěšné pokusy o otěhotnění v Anglii, které těžce nesla, a jednak pozvání na redukci do Pronatalu. Vstala, šla k postýlkám, ve kterých spaly děti, a velmi rozhořčeně se mě ptala: „*Umíte si vůbec představit, že bych jednoho z nich dala pryč? A jako koho – Kubíka, Barunku nebo Betyнку? Že bych tu teď měla jen dvě postýlky, a to ještě vůbec není jistý, že by ta redukce neznamenal konec pro všechny, já jsem si to zjistila. Stála bych tady a říkala si, jaké by bylo to třetí, které jsem zabila!!!*“ Rozplakala se a hladila střídavě všechny tři děti. Pak si utřela oči a prohlásila: „*Ale já vím, co udělám! Až to půjde, tak je všechny tři naložím do auta, dojedu je ukázat do Pronatalu a řeknu jí: to je ta vaše redukce!!!*“

Dál jsme mluvily o péči o děti, dala jsem Kamile kontakt na Klub dvojčat a vícercát i na Laktační Ligu a s přáním všeho nejlepšího jí i dětem jsme se rozloučily.

Závěrem k této kazuistice

Tuto kazuistiku jsem si vybrala z několika důvodů – tím prvním byla potřeba zdůraznit, že péče o dvojčata, či dokonce trojčata nebo čtyřčata, znamená výrazně zvýšené nároky na matku, a je nutné, aby dbala na své zdraví a odpočinek. Druhým důvodem byla potřeba uvést, že na otázky ohledně kojení a péče o dítě odpovídám úplně jinak maminkám „mono-děti“ a jinak maminkám dvoj- či vícercát. Zatímco matkám jednoho dítěte doporučuji, aby se řídily projevy a signály miminka a kojily podle systému „on demand“ (dle požadavků a signálů dítěte), maminkám dvojčat (trojčat) zdůrazňuji, že na prvním místě je jejich fyzické a duševní zdraví, a proto musí snažit co nejvíce odpočívat a péči o děti si dobře organizovat.

S tím souvisí i souběžné kojení obou dětí, dokonce i za předpokladu, že třeba jedno miminko chvíli pozdrží nebo druhé vzbudí. Pokud by se o více dětí matka starala systémem „on-demand“, určitě by to bylo dobré pro děti, ale maminka by měla o to méně času na svůj odpočinek a brzy by byla unavená a vyčerpaná. A ono stále opakované „spokojená matka = spokojené děti“ zpravidla platí, takže je potřeba, aby maminky byly pokud možno odpočaté a v psychické pohodě.

Další důvod pro výběr této kazuistiky byl etický. Díky Kamile jsem si uvědomila, jak velkým etickým problémem je otázka redukce a jak citlivé toto téma je. Napadá mě v souvislosti s tím spousta otázek, které mohou matky před i po redukcí trápit a je jedno, jestli jde o vícečetné těhotenství po umělém oplodnění nebo vzniklo přirozenou cestou. Domnívám se, že ženy, které redukcí z jakéhokoliv důvodu podstoupí, mohou mít následně mnoho problémů a mohou je trápit přesně ty otázky, které Kamila jako hypotetické vyslovila nad postýlkami trojčat při našem posledním setkání, kdy necitlivou nabídku redukce uvedla jako jeden ze svých nejhorších zážitků v životě.

Lékaři v centrech asistované reprodukce by k tomuto problému měli přistupovat velice opatrně, citlivě a taktně. Pokud ženě redukcí nabízejí či přímo ze zdravotních důvodů doporučují, bylo by vhodné seznámit jí i jejího partnera adekvátně se všemi riziky vícečetného těhotenství jak pro ni, tak pro její děti, ponechat jim oběma dostatek času na rozmyšlenou a následně respektovat jejich finální rozhodnutí a podpořit je, ať už se rozhodnou jakkoliv.

11.8. Kazuistika č. 8 – paní Veronika a dcera Eliška (33 +3) – soubor č. 1

Údaje o matce: Markéta D., 29 let; středoškolské vzdělání s maturitou
Zaměstnání: operátor (ve firmě, která vymáhá dluhy)
Zdravotní stav: zvýšený bilirubin

Údaje o otci: Daniel D., 32 let; vysokoškolské vzdělání
Zaměstnání: učitel
Zdravotní stav: alergie, asthma bronchiale

Těhotenství: 2/1 (plánované, velmi chtěné)

Průběh předchozích těhotenství: 1/1 v r. 2006 – spontánní potrat v 7. týdnu

Průběh tohoto těhotenství: 1. trimestr – občas nevolnost, únava
2. trimestr – v pořádku
3. trimestr – od pol. 6. m. „relativně velký plod moc dole“

Začátek porodu: pro pokročilý vaginální nález odeslána z poradny k hospitalizaci

Porod: předčasný (33 + 3), spontánní, záhlavím, bez komplikací.

Délka porodu: 46 minut (od dirupce vaku blan lékařem 36 min. do vybavení plodu
a 10 min. do vypuzení placenty)

Otec u porodu: ANO, matka jeho přítomnost velmi ocenila

Dítě: Eliška D., nar. duben 2008, Praha

Gestační věk: 33 + 3

Váha a délka: 2440 g/ 44 cm (nejnižší váha – 2210 g)

Apgar score: 9 – 10 – 10

Závěr neonatologa: lehce nezralý novorozenec s dobrou poporodní adaptací a prognózou; gestační stáří klinicky odpovídá 34–35 týdnu; po porodu na JIP (preventivně 1 den)

Doba strávená v porodnici: 1 týden a 1 den (gestační věk dětí: 34 + 4)

1. setkání – 4. den po porodu

Paní Veroniku jsem poprvé potkala na intermediárním novorozeneckém oddělení, kam dochází za svou dcerkou. Se zařazením do výzkumu ochotně souhlasila, prý se „*stejně potřebuje z toho porodu vypovídat*“. Usmívala se a já jsem byla zvědavá, co mi řekne.

Po vyplnění anamnestických údajů mi Veronika vyprávěla, že si s manželem miminko přáli asi tři roky, ale když konečně otěhotněla, tak bohužel pouhé dva týdny po potvrzení gravidity lékařem došlo k samovolnému potratu. Rok poté se jí podařilo znovu otěhotnět, až na počáteční nevolnosti a únavu bylo vše v pořádku, a celé těhotenství probíhalo dobře.

Na začátku 33. týdne šla na běžnou kontrolu do poradny, kde lékař zjistil pokročilý vaginální nález a okamžitě ji poslal do nemocnice, kde byla hospitalizovaná rovnou na porodní sál. Musela dodržovat klid na lůžku, takže jen četla a spala, pokud u ní nebyl manžel. Cítila se unavená a „*hlavně vystresovaná z toho, jak se kolem rodí a já nic*“. Nicméně na ni dobře působilo chování zdravotníků a věřila, že bude všechno v pořádku. Hospitalizace na porodním sále trvala tři dny, progresse gynekologického nálezu pokračovala a čtvrtý den večer se za přítomnosti obou rodičů narodila Eliška.

Veronika mi podrobně líčila celý porod, který trval velmi krátce (Eliška se narodila 36 minut po dirupci vaku blan lékařem), a ona ho vnímala jako „*nádherný, úžasný a pro ni zatím nejkrásnější životní zážitek*“. Prý si moc přála, aby byli s manželem při narození miminka spolu, byli přihlášení na přípravu k porodu, ale absolvovat ji už nestihli. Přesto manžel k porodu stihnul přijet. Veronika jeho přítomnost vnímala jako velkou podporu a cítila, že to „*jejich vztah jen stmelilo; on byl úžasný a já byla hrozně ráda, že je se mnou*“. Okamžiky před porodem pro ni byly „*zvláštní, takové naplňující, to čekání na Elišku bylo moc krásné, hrozně jsem se na ni těšila a ani jsem nevnímala nějaké bolesti. Je fakt, že to pak šlo všechno tak rychle a lehce, že i když to čekání na samotný porod bylo dlouhé a únavné, tak ten samotný porod pak byl nádherný*“.

Zdravotní stav novorozené holčičky byl dobrý, takže Veronika měla to štěstí, že se s dcerkou mohla přivítat, pochovat si ji a chvíličku ji mít u sebe. Pak byla Eliška odvezena na JIP (jen prevence), hned druhý den ji přeložili na intermediární oddělení a dokonce byla

pouze v babythermu. Maminka měla od prvního dne mlezivo a od třetího dne mléko, které pro dcerku odstříkávala, od čtvrtého dne se za pomoci sester snažila o přiložení a kojení. Jediný problém je novorozenecká žloutenka, kvůli které musí dítě na fototerapii.

Veronika byla první tři dny po porodu na oddělení pro šestinedělky a dnes ráno se přestěhovala na oddělení „rooming-in“ s tím, že k ní během dnešního dne holčičku dají. Právě fototerapie ale brání přestěhování dítěte, takže ho Veronika dostane zítra. Naštěstí to matce příliš nevadí, je s holčičkou na jednom oddělení a může za ní často chodit.

Kontakt s dítětem by si Veronika sice přála intenzivnější, ale je za daných okolností je spokojená s tím, jak vše dopadlo. Během našeho rozhovoru třikrát ventilovala obavy, aby byla dcerka v pořádku, když se narodila o šest a půl týdne před termínem, ale zároveň pokaždé hned dodala, že ji lékaři ujišťovali, že Eliška měla relativně vysokou porodní hmotnost a bezproblémovou poporodní adaptaci, takže není důvod k obavám. Informace o dítěti Veronika považuje za dostačující a uklidňující, pokud se na něco ptá, vždy dostane adekvátní odpověď. Z chování zdravotníků má velmi dobrý pocit a hodnotí ho jako profesionální, příjemné a uklidňující. Oceňuje vlídnost a ochotu sestřiček, např. na JIP jí sestra hned při její první návštěvě u Elišky nabídla, že si může holčičku pochovat a dotýkat se jí, což Veroniku moc potěšilo.

2. setkání – 9. den po porodu

Zdravotní stav matky i dítěte je dobrý, Veronika má dostatek mléka a bez problémů holčičku kojí, takže Eliška už dosáhla své porodní váhy. Dnes odpoledne mají být obě propuštěny, takže se Veronika chystá domů. Celkově trval jejich pobyt v porodnici pouze devět dní a Veronika hodnotí toto období jako „*nesmírně krásné*“.

Znovu se při našem druhém setkání vracela ke svému zážitku z porodu a opakovala, jak to pro ni bylo nádherné a naplňující. Řekla mi, že je vděčná za možnost sdělit mi tyhle svoje pocity a podělit se o krásný prožitek. Není si jistá, že to bude vyprávět svým kamarádkám, které většinou rodily dlouho a porod pro ně žádný příjemný zážitek nebyl, spíše naopak. Vzpomněla jsem si, že mi něco podobného už říkaly některé ženy z mého diplomního souboru (matky po fyziologickém porodu v termínu a bez komplikací) a že byly rády za možnost vypovídat se a sdílet krásné pocity a prožitky spojené s porodem.

Závěrem k této kazuistice

Tuto kazuistiku jsem vybrala proto, že jsem měla potřebu uvést alespoň jeden příklad maminky, která předčasný porod prožila jako příjemný a celé období strávené v porodnici hodnotila kladně. Samozřejmě si uvědomuji, že to bylo dané především tím, že zdravotní stav lehce nedonošené holčičky byl od narození dobrý a dítě mělo relativně vysokou porodní hmotnost. Navíc samotný porod proběhl velmi rychle, bez komplikací a v přítomnosti manžela, takže se Veronice naplnila její představa „ideálního“ porodu, ačkoliv pro ni byla doba od přijetí na porodní sál do samotného porodu dlouhá a postupně ji celá situace stresovala. Nicméně potom vše proběhlo dobře a emoce s porodem spojené byly pro Veroniku velmi pozitivní.

Přesto tato matka ventilovala určité ambivalentní pocity v souvislosti se zdravotním stavem dítěte (*„přeci jen se narodila dříve; trošku se bojím, aby byla v pořádku; jen, aby se v budoucnu neobjevily nějaké potíže se zdravím“*), i když velmi krátce a hned sama sebe ujišťovala, že není důvod k obavám.

Domnívám se, že naše dvě setkání byla pro paní Veroniku užitečná proto, že se mohla vypovídat ze svých pocitů, a sama mi několikrát zdůraznila, jak je ráda, že jsem ji vyslechla. Pro mnoho žen je potřebné ventilovat svoje emoce z porodu a nejen rodičky po dlouhém a těžkém porodu mají potřebu se vypovídat. Některé ženy chtějí sdílet své příjemné a pozitivní prožitky, a proto by bylo vhodné také jim věnovat pozornost a čas.

12. Závěr výzkumné části

Při přípravě projektu bylo plánováno získání dat od 25–30 matek, které splní kritéria stanovená pro výběr do výzkumného vzorku. Kompletní údaje jsem získala od 38 žen, ale devět z nich nespĺnilo všechna zadaná kritéria. Získaný materiál byl ovšem vzhledem k tématu práce natolik zajímavý, že jsem se při zpracovávání vyplněných záznamových listů rozhodla rozdělit soubor na dvě části, a vyhodnotila údaje od všech 38 matek. Kromě této skupiny jsem získala výpovědi dalších pěti žen, ale vzhledem k okolnostem našeho seznámení a našim časovým možnostem nešlo o kompletní údaje. Přesto byly jejich příběhy vzhledem k tématu této práce natolik přínosné, že jsem je využila v kazuistikách.

Podařilo se mi oslovit deset otců, se kterými jsem vyplnila zkrácenou verzi Strukturovaného rozhovoru, a získala tak cenné výpovědi mužů, kterým se narodilo nedonošené dítě.

Na základě získaných dat a zpracovaných údajů je možné odpovědět na stanovené úkoly výzkumného projektu takto:

Úkol 1.: Zjistit, jak ženy prožívají předčasný porod a jak se vyrovnávají s faktem, že se jejich dítě narodilo předčasně a je nedonošené.

Na základě výpovědí žen zahrnutých do výzkumného souboru I. a II. v souvislosti se začátkem porodu je zřejmé, že čím nižší je gestační týden gravidity, tím hůře ženy na předčasný porod reagují. Čtyři ženy, které porodily v nejnižších gestačních týdnech (24. a 26. týden těhotenství) se domnívaly, že jde o potrat a přežití dítěte vůbec nečekaly, takže prožívaly pocity jako šok, smutek a beznaděj a pocity viny. Jedenáct 11 žen, které porodily v týdnech 28.–31., uvádělo negativní emoce, jako jsou pocity viny, selhání, výčitky svědomí a zlost (na sebe, na lékaře, na všechny), spolu s velikou obavou o život a zdraví dítěte.

Dalších 11 žen (24.–33. gestační týden) popisovalo, že v momentě, kdy pochopily, že rodí, prožívaly jakýsi stav ochromení, neschopnost jednat, myslet, komunikovat, nerozuměly situaci, která náhle nastala, měly pocit, že se vše odehrává jakoby „mimo ně“, že se jich to netýká. Některé matky popisovaly směs různých pocitů, které se měnily.

Ženy ve vyšším stupni těhotenství (33.–36. týden gravidity) prožívaly emoce pozitivní (těšení se na dítě, úlevu), i když se u nich jistě obavy, aby vše proběhlo v pořádku a dítě bylo zdravé, také objevily, ale nešlo o prožitky negativně hodnocené.

S emocemi prožívanými při začátku porodu korespondují emoce pociťované po porodu. Ženy, které porodily těžce nebo dokonce extrémně nezralé dítě, prožívají značnou úzkost a nejistotu, zda dítě vůbec žije, jestli přežije a v jakém zdravotním stavu. Zároveň je trápí silné pocity viny a selhání, které zpravidla ještě umocní návštěva u dítěte. Matky při pohledu na křehké, drobné tělíčko mají pocit, že tuto situaci zaviniily a že kvůli nim je dítě v kritickém, život ohrožujícím stavu. V prvních dnech života dítěte se navíc jeho stav může velmi rychle a radikálně změnit, takže lékaři jsou ve vyslovování prognóz velmi opatrní, což matku udržuje v nejistotě a strachu. Tento emocionálně náročný stav mnohdy trvá několik týdnů a výrazně ovlivňuje i pocity matek při kontaktu s dítětem a při postupném zapojování do péče o ně.

Nicméně právě vzájemný kontakt, možnost dotýkat se dítěte, hladit a chovat ho, klokánkovat je pro matky i jejich děti velmi důležitý a většině žen přináší postupně pozitivní pocity a pomáhá jim vyrovnat se s celou, pro ně tolik náročnou, situací.

Pro dvě ženy byl kontakt s dítětem nesmírně obtížný kvůli absenci, resp. jakémsi „zablokování“ mateřských pocitů – v jenom případě šlo o dítě narozené z neplánované a matkou zřejmě nepřijaté gravidity, v druhém případě o obavu navázat vztah k dítěti, aby případná další ztráta matku nezranila (minulá gravidita skončila porodem mrtvého plodu).

Ženy, které porodily středně nezralé dítě, často prožívaly emoce ambivalentní. Z těch negativních to byl zejména strach o dítě, obava, aby se k nezralosti nepřidaly zdravotní komplikace, ale cítily také radost a úlevu. Pokud bylo vše v pořádku a dítě prospívalo, tak u matky pozitivní emoce postupně převládaly nad negativními. Kontakt s dítětem a péče o ně tyto matky těšila, i když první manipulace s dítětem byly nejisté.

Ženy, které porodily po 33. týdnu těhotenství, pociťovaly převážně překvapení, úlevu, radost a štěstí z narození dítěte, i když některé z nich přiznávaly zklamání z toho, že si porod představovaly jinak (spontánní porod, přítomnost otce dítěte, společný zážitek a první chvíle s dítětem). Celkově je však možné hodnotit jejich pocity jako pozitivní.

Důležitou roli v prožívání emocí hrála gynekologická anamnéza žen – ty ženy, které měly v anamnéze potraty, léčbu neplodnosti, neúspěšné pokusy o IVF apod., byly šťastné, že se konečně dočkaly vytouženého dítěte, a věřily, že bude vše v pořádku.

Ze získaných údajů vyplývá, že naprosto zásadní roli v prožívání předčasného porodu hraje míra nedonošenosti dítěte a jeho zdravotní stav, ale i bez ohledu na tyto dva faktory je předčasný porod situací, která ženy stresuje a kterou silně emocionálně prožívají.

Úkol 2.: Zjistit, jak se mění pocity těchto žen v určitém časovém rozpětí (bezprostředně po předčasném porodu, měsíc po porodu, těsně před propuštěním dítěte do domácí péče)

Při odpovědi na tuto otázku je třeba vycházet především ze stavu dítěte. Jednoznačně negativním směrem se vyvíjely pocity matek, jejichž dítě se náhle ocitlo v ohrožení života, zhoršil se jeho zdravotní stav, nebo se jeho počáteční špatný stav stále nelepšil. Tyto ženy měly pocit, že už tak špatná situace se jen zhoršuje. Dvě ženy z tohoto souboru si dokonce přály, aby dítě raději zemřelo, než aby se trápilo a ony s ním, což si následně nesmírně vyčítaly, styděly se za to a nemohly pochopit, jak je něco takového vůbec mohlo napadnout.

Pocity matek extrémně a těžce nedonošených dětí se lepšily jen velmi pozvolna, negativní emoce spojené s přesvědčením o zavinění předčasného porodu, stavu dítěte a celé této těžké životní situace v nich přetrvávaly nejen do propuštění dítěte do domácí péče, ale dokonce ještě dlouho poté. Tuto informaci mám díky tomu, že jsem s nimi ještě v občasném kontaktu. Z jejich výroků je stále patrné, že pro ně předčasné narození nezralého dítěte znamenalo a ještě stále znamená stresující zážitek. Tyto matky navíc sužuje i nejistá prognóza ohledně dalšího vývoje dítěte, mají obavy, aby se postupem času neprojevil nějaký fyzický či psychický handicap.

Matky středně nezralých dětí obvykle prožívaly postupnou změnu pocitů od negativních/ambivalentních k ambivalentním/pozitivním, a pokud u dítěte nenastaly žádné komplikace, tak je zřejmé, že začínají svoje mateřství postupně hezky prožívat a navazují pevný vztah k dítěti. Také v jejich odpovědích se však projevují obavy, aby se dítě dobře vyvíjelo fyzicky i psychicky, ovšem mírnějšího rázu.

Matky, které porodily lehce nedonošené děti, obvykle uvedené období prožívají spokojeně, pocit mateřství je naplňuje a drobné problémy (výkyvy nálad, občasný pláč, potíže s kojením apod.) prožívají podobně jako matky fyziologických novorozenců.

Značný vliv na prožívání celého období od porodu do propuštění dítěte domů měl ještě jeden faktor, a to úspěšnost nebo neúspěšnost kojení. V současné době se kojení jako přirozený způsob výživy dítěte jednoznačně podporuje a zejména u nedonošených dětí je pozitivní efekt mateřského mléka hodně zdůrazňován. Bohužel matky, které mají potíže s nástupem či udržení laktace, nebo se jim nedaří dítě úspěšně kojit, tento tlak (což zde není myšleno negativně) silně stresuje a ony mají pocit, že **zase** selhaly – selhaly jako těhotné, protože nedokázaly donosit dítě tak, aby se narodilo v pořádku, a nyní **zase** selhaly, tentokrát jako matky-živitelky, protože svoje dítě nedokážou ani nakrmit. Tento pocit velmi výrazně snižuje jejich mateřské sebevědomí a sebedůvěru. Naopak u žen, které nemají s kojením problémy, je vlastní schopnost poskytnout dítěti dostatek mateřského mléka vnímána velmi pozitivně a posiluje jejich vztah k dítěti.

Úkol 3.: Zjistit potřebu a možnosti psychologické intervence u těchto matek.

V rámci komplexního přístupu k rodině, ve které se narodilo nedonošené dítě, by bylo často vhodné zajištění psychologické péče rodičům. Ze souboru dotazovaných žen tato možnost však nebyla nabídnuta ani jedné. Z celkového počtu jich přitom 18 uvedlo, že by pomoc psychologa velmi potřebovaly, a šest z nich mi dokonce sdělilo, že by uvítaly dlouhodobou psychologickou péči (minimálně po dobu pobytu dítěte v porodnici).

Dalších devět žen by nabídku psychologické pomoci zřejmě uvítalo, pravděpodobně by se u nich jednalo pouze o jednorázovou intervenci. Pět žen nedokázalo říci, zda by pomoc psychologa potřebovalo, a šest žen psychologickou péči nepotřebovalo.

Lze shrnout, že matky těžce a extrémně nedonošených dětí cítily potřebu psychologické péče (často dlouhodobé) velmi intenzivně, a několik matek středně nedonošených dětí by kontakt s psychologem uvítalo. Matky lehce nedonošených novorozenců tuto potřebu neměly.

Nejen matky, ale i otcové však často těžce psychicky snášejí situaci spojenou s předčasným porodem a narozením nezralého dítěte. Na tomto místě doplním ještě údaje získané od deseti otců nedonošených dětí – pomoc psychologa by v tomto období určitě uvítali tři muži a jeden by ji zřejmě využil. Tito čtyři muži se stali otci extrémně nebo těžce nedonošených dětí.

Čtyři muži nabídku psychologické péče nepostrádali, protože ji nepotřebovali, a dva další by tuto možnost asi nevyužili.

Muž, kterému se narodilo při minulém těhotenství manželky mrtvé dítě, uvedl silnou potřebu psychologa při této nešťastné události pro sebe i pro manželku, ale prý jim tenkrát nikdo žádnou podporu nenabídl, ani nedal kontakt, kam by se mohli obrátit.

Životní situace, kterou rodičům přinese předčasné narození nezralého dítěte, je natolik stresující a náročná, že by jim v případě potřeby psychologická péče měla být nabídnuta. Rodičům extrémně a těžce nedonošených dětí nebo dětí nemocných či postižených by měla být poskytnuta vždy. U sledovaného souboru bohužel ani v jednom případě takováto nabídka nezazněla, ačkoliv byl psychický stav několika matek velmi špatný a psychologa by potřebovaly.

Úkol 4.: Zmapovat, jak matky nedonošených dětí vnímají chování a prožívání svého manžela nebo partnera (otce dítěte) a srovnat tyto údaje s údaji získanými od otců těchto předčasně narozených dětí.

Na tento úkol je obtížné odpovědět, protože jsem neměla k dispozici údaje od všech manželů dotazovaných žen. Porovnáním získaných výpovědí žen o tom, jak si myslí, že jejich manžel prožívá narození nedonošeného dítěte, s tím, co o svém prožívání vypověděli dotazovaní muži, a naopak, lze ve vztahu k předčasnému porodu jednoznačně říci, že si matky i otcové vzájemně uvědomují, co asi prožívá ten druhý. Otcové vnímají strach svých manželek o život a zdraví dítěte a cítí u něj ho také. Ženy vnímají strach svých mužů nejen o dítě, ale dobře si uvědomují, že se bojí také o ni.

Muži se v přítomnosti manželky snaží zachovat klid a rozvahu, aby ženu ještě více nerozrušili, což ženy oceňují a působí to na ně uklidňujícím dojmem. V jejich nepřítomnosti však muži přiznávají, že cítili strach, bezmoc a paniku, ale nechtěli už tak dost vystresovanou ženu, která se obvykle obviňovala, že je všechno její chyba, ještě více rozrušit.

Prožívání celého období od porodu do propuštění dítěte domů vnímají partneři vzájemně vcelku adekvátně, uznávají, že jde o náročné období, které ten druhý prožívá těžce. Rodiče extrémně nebo těžce nedonošených dětí shodně označují prožívání uvedeného období svým partnerem jako velice stresující. Rodiče lehce nedonošených dětí, které nemají žádné zvláštní obtíže, naopak vnímají spokojenost toho druhého, radost z dítěte. Pokud byli společně u porodu, tak si jsou vědomi pozitivního prožitku partnera.

Muži uznávají, že je pro jejich ženy pobyt v porodnici často dlouhý a že mají různé problémy (např. po operativním porodu, s kojením apod.), ženy si uvědomují, že manžel kromě práce jezdí ještě za nimi na návštěvy a že je to i pro něj náročné.

V získaných výpovědích jsem nenašla zásadní rozdíl nebo rozpor, naopak mám dojem, že společně prožívané období spojené s narozením dítěte (jakkoliv nedonošeného) vztah dotazovaných rodičů ještě posílilo.

Úkol 5.: Doplnit práci o vhodný kazuistický materiál.

Disertační práce je doplněna osmi podrobnými kazuistikami, které vzhledem k tématu považuji za nejzajímavější. K jejich výběru bych ráda uvedla, že jsem se snažila co nejvíce popsat setkání s těmito ženami, jejich psychický stav, a to, co pro ně bylo v období po porodu emocionálně nejnáročnější nebo nejdůležitější, ať už se jednalo o emoce negativní nebo pozitivní.

Kromě splnění cílů a úkolů disertační práce jsem během sběru dat v porodnicích získala velmi cenné informace o tom, jak matky a otcové nedonošených dětí prožívají situaci spojenou s předčasným porodem. Přestože jsem očekávala, že pro tyto rodiče půjde o náročnou životní zkoušku, překvapila mě síla emocí, které se u nich vyskytly, a naléhavá potřeba tyto emoce ventilovat a sdílet.

Předpokládala jsem zájem žen o účast ve výzkumu a opravdu ani jediná oslovená maminka mě neodmítla. Všechny měly zájem o mou práci a byly rády, že se jim věnuji. Každá z nich hodnotila naše setkávání pozitivně a velmi mě potěšilo, že matky z mého souboru aktivně kontaktovaly jiné maminky, a posílaly mě za nimi s tím, že si také ony potřebují popovídat. Několik žen mě oslovilo samo poté, co zjistily, proč na oddělení chodím. Většinou šlo o matky, které nesplňovaly kritéria daná pro výběr do vzorku, ale jejich výpovědi a příběhy byly z psychologického hlediska velmi zajímavé a využila jsem je v kazuistikách, i pro obohacení vlastních zkušeností.

Přála jsem si, aby moje práce měla smysl a aby ženy, které mi věnují svůj čas a důvěru, měly z našeho setkávání užitek. Domnívám se, že se mi toto přání splnilo, protože každá z nich moji přítomnost v porodnici a zájem o maminky nedonošených dětí nejen ocenila, ale mnohé se mnou zůstaly dál v kontaktu i po propuštění z porodnice. Občas chtějí rady a informace ohledně dětí, kojení, výživy nebo výchovy, ale mnohé z nich se na mě obrátily s tím, že mají obavy z dalšího těhotenství. Potvrzuje to moji domněnku, že je žena po narození velmi nezralého dítě vystavena silnému fyzickému i psychickému tlaku, který jí stojí mnoho sil, a emoce, které prožívá, v ní dlouho zůstávají.

Včasná psychologická intervence je velmi důležitá pro celou rodinu předčasně narozeného dítěte, ale naprosto nezbytná pro jeho matku, na které především leží tíha celé této situace. Negativní zážitek z předčasného porodu je skutečně hluboký, a pokud se ženám v těchto chvílích nedostane adekvátní pomoci, nesou si často zbytečně celým životem trauma, kterého mohly být ušetřeny, kdyby komplexní péče zahrnovala psychologickou podporu a pomoc.

Resumé

Problematicke nedonošenosti je v posledních letech věnována stále větší pozornost. Je to dáno jednak úspěchy odborníků v oblasti perinatologie a neonatologie, jejichž práce a dosažené výsledky se zasloužily o zařazení České republiky v této oblasti péče k nejúspěšnějším zemím světa, ale také rostoucím zájmem laické veřejnosti o informace ohledně nezralých dětí a péči o ně. Ročně se předčasně narodí kolem 8000 dětí a jejich počet se navíc v průběhu posledních let dokonce mírně zvyšuje. K poklesu těchto čísel pravděpodobně nedojde vzhledem k tomu, že se věk matek posouvá stále výš, a stále více párů řeší problém s neplodností v centrech asistované reprodukce, odkud v případě úspěchu často odcházejí s potvrzenou vícečetnou (zpravidla dvojčetnou) graviditou, která se řadí mezi přímé příčiny předčasného porodu.

Nedonošenost dítěte postihuje celou rodinu a jeho řešení není jen medicínský problém. Vzhledem k emocionálnímu prožívání předčasného porodu a narození nezralého dítěte jeho rodiči je zřejmé, že důležitou složkou péče o celou rodinu je psychologická péče, ale svoje místo mají rovněž etické, legislativní, ekonomické a jiné aspekty, což ukazuje na potřebu komplexního přístupu k této problematice. Především etické hledisko ve vztahu k hranici viability je závažné, ale vzhledem k tomu, že je přežití nedonošeného dítěte limitováno především zralostí plic, tak není reálné očekávat další posun této hranice do nižších gestačních týdnů.

Při velmi časném narození dítěte se péče lékařů a všech zdravotníků pochopitelně nejvíce soustředí na ně. Cílem všech totiž není jen záchrana, ale pokud možno co nejvyšší kvalita života nedonošeného novorozence. S dítětem jsou úzce spojeni rodiče, kteří v prvních dnech, týdnech a někdy i měsících potřebují hlavně psychologickou podporu, pochopení a možnost obrátit se na někoho se svými pocity, obavami a starostmi. Čeká je totiž nejisté a mnohdy velmi dlouhé období, než si budou moci své dítě odvézt z porodnice domů, a je třeba nabídnout jim veškerou možnou pomoc, aby tyto dny překonali a mohli se začít ze svého dítěte radovat, i když přišlo na svět dřív. Propuštěním domů by poskytovaná péče neměla končit, naopak by bylo vhodné udržovat s rodinou kontakt a v případě potřeby jim podle typu problému poskytnout potřebnou pomoc zdravotní, sociální nebo psychologickou. Komplexní péče o rodinu nedonošeného dítěte by měla být jednotná a kontinuální a jejím cílem by měl být nejen prospěch a růst nedonošeného dítěte, ale rozvoj zdravých vztahů a zachování příznivé atmosféry v celé rodině.

Seznam literatury

American Academy of Pediatrics : Dedicated to the Health of All Children [online]. 2011 [cit. 2011-02-21]. Breastfeeding Initiatives.

Dostupné z WWW: <<http://www.aap.org/breastfeeding/index.html>>.

American Pregnancy Association: Promoting Pregnancy Wellness : Promoting Pregnancy Wellness [online]. 2007 [cit. 2011-02-08]. Premature Labor. Dostupné z WWW:

<<http://www.americanpregnancy.org/labornbirth/prematurelabor.html>>.

AUCKETTOVÁ, A. D. *Masáže kojenců*. Praha: Jan Kanzelsberger, 1992. 80 s. ISBN 80-85387-07-7.

Babybox. [online]. 2010a [cit. 2011-03-14]. Při otevírání babyboxu v Plzni byl i DORT.

Dostupné z WWW: <<http://www.babybox.cz/?p=uvodni-stranka>>.

Babybox. [online]. 2010b [cit. 2011-03-14]. Statistiky babyboxů.

Dostupné z WWW: <<http://www.babybox.cz/?p=statistiky>>.

Babycenter. [online]. 18. 10. 2010 [cit. 2011-01-12]. The Apgar score.

Dostupné z WWW: <http://www.babycenter.com/0_the-apgar-score_3074.bc>.

BEE, H. *The Development Child*. 5th ed. New York, Harper&Row, Publishers, Inc., 1989. 646 s. ISBN 0-06-040604-6.

BINDER, T. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého dítěte.

Praktická gynekologie, 2007, roč. 11, č. 2, s. 61–64. ISSN 1211-6645.

BINDER T., VAVŘINKOVÁ, B. Drogy v těhotenství. *Neonatologické listy*, 2006, roč. 12, č. 2, s. 15–20. ISSN 1211-1600.

BOREK, I. et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vyd. Brno: IDVZP, 2001. 328 s. ISBN 80-7013-338-4.

CARPENTER, R. G. et al. Repeat sudden unexpected and unexplained infant deaths: natural or unnatural? *The Lancet*, 2005, vol. 365, no. 9453, s. 29–35. ISSN 0140-6736.

COX, M., KILPATRICK, S. J., GELLER, S. E. 2004. Prevence mateřské úmrtnosti. *Gynekologie po promoci*, 2004, roč. 4, č. 6, s. 40–44. ISSN 1213-2578.

ČEPICKÝ, P. 2004. Etické problémy rizikového a patologického těhotenství.

In Z. Hájek et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha, Grada, 2004. s. 429–432. ISBN 80-247-0418-8.

ČEPICKÝ, P. *Psychologie ženy*. Praha: IKEM, 1992, 48 s.

ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN 80-246-0677-1.

ČERNÁ, S. *AZ Rodina.cz* [online]. 20. 6. 2008 [cit. 2011-02-14]. Porod do vody.

Dostupné z WWW: <<http://www.azrodina.cz/2489-porod-do-vody>>.

ČERŇANOVÁ, A., 2009. Psychické poruchy v těhotnosti a popôrodnom období. *Praktická gynekologie*, 2009, roč. 13, č. 1, s 19–23. ISSN 1211-6645.

Českomoravská psychologická společnost [online]. 2011 [cit. 2011-03-10]. Pracovní skupina pro raný vývoj dětí při ČMPS. Dostupné z WWW: <<http://cmps.ecn.cz/?page=ps-rany-vyvoj>>.

Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s. r. o. [online]. 2011 [cit. 2011-03-14]. Gynekologicko-porodnické oddělení. Dostupné z WWW: <<http://www.nemocnice.vrchlabi.cz/oddnew.php?odd=23000>>.

DAMBORSKÁ, M. Co je nefyziologické v přístupu k dítěti nejtělejšího věku. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. Bratislava: SPN, 1980, roč. 15, č. 1, s. 21–29. ISSN 0555-5574.

DITTRICHOVÁ, J. et al. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada, 2004. 188 s. ISBN 80-247-0399-8.

DOKOUPILOVÁ, M. et al. *Narodilo se předčasně: průvodce péči o nedonošené děti*. Praha: Portál, 2009. 315 s. ISBN 978-80-7367-552-3.

DOKOUPILOVÁ, M., PLAVKA, R. Vliv změny ventilační strategie u novorozenců extrémně nízké porodní hmotnosti v letech 2002–2007 na výskyt chronického plicního onemocnění a retinopatie. *Neonatologické listy*, 2009, roč. 15, č. 2, s. 66. ISSN 1211-1600.

DORT, J. et al. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum, 2004. 101 s. ISBN 80-246-0790-5.

DRAŽANOVÁ, M., 2001. Retinopatie nedonošených (ROP). In I. Borek et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vyd. Brno: IDVZP, 2001. s. 193–196. ISBN 80-7013-338-4.

DUNOVSKÝ, J. 2002. Sociální pediatrie. In O. Hrodek et al. *Pediatrie*. Praha: Galén, 2002. s. 585–606. ISBN 80-7262-178-5.

DUŠKOVÁ, M. *Dobromysl*. [online]. 2002 - 2010 [cit. 2010-09-19]. Život na miskách vah. Dostupné z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=605>>. ISSN 1214-2107.

ELSTNEROVÁ, L., 2001a. Anatomické a fyziologické zvláštnosti zralého a nezralého novorozence. In I. Borek et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vyd. Brno: IDVZP, 2001. s. 43–50. ISBN 80-7013-338-4.

ELSTNEROVÁ, L., 2001b. Bolest novorozence, kontakt s rodiči, smrt dítěte, etika v neonatologii. In I. Borek et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vyd. Brno: IDVZP, 2001. s. 311–317. ISBN 80-7013-338-4.

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou. [online]. 2005a [cit. 2010-10-19]. Ambulance SIDS - Pediatrická klinika IPVZ, 1. LF UK a FTNsP. Dostupné z WWW: <<http://www.ftn.cz/pacientum-a-verejnosti/oddeleni-a-kliniky/pediatricka-klinika-ipvz-1lf-uk-a-ftnsp/ambulance/ambulance-rizikova-a-sids-syndrom-nahleho-umrti-kojenice/>>.

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou [online]. 2005b [cit. 2010-10-19]. Gynekologicko-porodnické oddělení. Dostupné z WWW: <<http://www.ftn.cz/pacientum-a-verejnosti/oddeleni-a-kliniky/gynekologicko-porodnicke-oddeleni/interklinprof401/#c2869>>.

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou [online]. 2005c [cit. 2010-10-19]. Novorozenecké oddělení. Dostupné z WWW: <<http://www.ftn.cz/pacientum-a-verejnosti/oddeleni-a-kliniky/novorozenecke-oddeleni/profil-oddeleni/>>.

FALLOWFIELD, L., JENKINS, V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 2004, vol. 363, no. 9405, s. 312–319. ISSN 0140-6736.

FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno: NCO NZO, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4.

FENDRYCHOVÁ, J. et al. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii: 2. část: péče o novorozence*. Brno: NCO NZO, 2009. 133 s. ISBN 978-80-7013-489-4.

FENWICKOVÁ, E. *Velká kniha o matce a dítěti*. Bratislava, Perfekt, 1992. 253 s. ISBN 80-85261-21-9.

FRIDRICHOVÁ, V., OŠKRDALOVÁ, L., SKORKOVSKÁ, K. Attachment parenting – rodičovský přístup založený na pevných citových vazbách. *Neonatologické listy*, 2008, roč. 14, č. 1, s. 27–28. ISSN 1211-1600.

GEISEL, E. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*. Praha, One Woman Press, 2004. 256 s. ISBN 80-86356-32-9.

GERYCH, P., 2006. Léky v graviditě. In E. Čech et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. s. 76–82. ISBN 80-247-1313-9.

GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D. *Jidelníček kojenců a malých dětí*. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2716-5.

HÁJEK, Z., 2006. Poruchy délky těhotenství. In E. Čech et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. s. 182–197. ISBN 80-247-1313-9.

HÁJEK, Z., 2004a. Potermínová gravidita, prodloužené těhotenství. In Z. Hájek et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha, Grada, 2004. s. 321–326. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha, Grada, 2004b. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Z., 2004c. Syndrom mrtvého plodu. In Z. Hájek et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha, Grada, 2004. s. 373–378. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Z.; ROZTOČIL, A. *Sekce perinatální medicíny*. [online]. 2007 [cit. 2010-10-9]. Doporučené postupy v perinatologii: prenatální péče o vícečetná těhotenství a vedení porodu u vícečetného těhotenství - doporučený postup.

Dostupné z WWW: <<http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/Doporucene%20postupy%20v%20perinatologii%20-%2008.pdf>>.

HANÁK, R., 2001. Transport novorozence. In I. Borek et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vyd. Brno: IDVZP, 2001. s. 235–238. ISBN 80-7013-338-4.

HAVLÍKOVÁ, E. et al. Screening vyšetření sluchu novorozenců pomocí emisí v Moravskoslezském kraji. *Neonatologické listy*, 2010, roč. 16, č. 2, s. 18–20. ISSN 1211-1600.

HEJCMANOVÁ, L. Vyšetření zraku a sluchu. In J. Lebl, K. Provazník, L. Hejcmánová et al. *Preklinická pediatrie*. Praha: Galén, 2003. s. 163–166. ISBN 80-7262-207-2.

HELLER, J., 1996a. Důsledky závislosti pro rodinu. In J. Heller, O. Pecinová et al. *Závislost známá neznámá*. Praha, Grada, 1996. s. 77–82. ISBN 80-7169-277-8.

HELLER, J., 1996b. Závislost a ženy. In J. Heller, O. Pecinová et al. *Závislost známá neznámá*. Praha, Grada, 1996. s. 23–29. ISBN 80-7169-277-8.

HESS, L. *Ludvík Hess*. [online]. 8. 3. 2011a [cit. 2011-03-14]. Na otevření 43. babyboxu v Plzni byl i DORT! Dostupné z WWW: <<http://www.hess.cz/aktuality.php?nr=561>>.

HESS, L. *Ludvík Hess*. [online]. 2011b [cit. 2011-03-14]. Zakladatel projektu BABYBOX – STATIM. Dostupné z WWW: <<http://www.hess.cz/statim.html>>.

HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. doplněné vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

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

HOUROVÁ, M., KRÁLÍČKOVÁ, M., UHER, P. *Vývoj miminka před narozením: od embrya k porodu*. Praha, 2007. 110 s. ISBN 978-80-247-1942-9.

HOŘEJŠÍ, J. *Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně*. [online]. 2006-2011 [cit. 2011-02-03]. Stručná historie ČGPS. Dostupné z WWW: <<http://www.cgps.cz/cgps/historie.php>>.

HOUŠŤKOVÁ, H. *MediaShow.cz* [online]. 23. 9. 2008 [cit. 2011-02-07]. Syndrom náhlého úmrtí kojence je strašákem maminek. Důvody neznámé. Dostupné z WWW: <<http://www.archiv.mediashow.cz/clanky/syndrom-nahleho-umrti-kojence-je-strasakem-maminek-duvody-nezname.html>>.

HOUŠŤKOVÁ, H. *Rodina* [online]. 15. 1. 2003 [cit. 2010-10-17]. Příčina smrti neznámá. Dostupné z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek1208.htm>>.

HRUBÁ, D. Proč nekouřit v těhotenství – nové poznatky o účincích nikotinu. *Praktická gynekologie*, 2007, roč. 11, č. 3, s. 132–134. ISSN 1211-6645.

HUGHES, P. et al. 2002. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*, 2002, vol. 360, no. 9327, s. 114–118. ISSN 0140-6736.

CHALMERS, B. *Pregnancy & Parenthood: Heaven or Hell*. Second edition. Berv Publications, 1990. 293 p. ISBN 0-620-15349-0.

CHYTILOVÁ, G., 2009. Iniciační konference pracovní skupiny pro raný vývoj při Českomoravské psychologické společnosti. *E-psychologie:elektronický časopis ČMPS*. [online]. 2009, 3, 3, 76-78 [cit. 2011-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/chytilova-zp.pdf>>. ISSN 1802-8853.

JAHNOVÁ, H., SOBOTKOVÁ, D., 2003. Péče o rizikového novorozence propuštěného do domácí péče pohledem klinického psychologa. *Pediatric pro praxi*, 2003, roč. 4, č. 4, s. 226-228. ISSN 1213-0494.

JAHNOVÁ, H., SOBOTKOVÁ, D., 2010. Potřeba klinického psychologa v perinatologických centrech. Abstrakt. XXVI. Neonatologické dny: vývoj mozku plodu novorozence; aktuální otázky neonatologie. 10.–12. listopadu 2010, Olomouc. Ústní sdělení. *Neonatologické listy*, 2010, roč. 16, č. 2, s. 32. ISSN 1211-1600.

JOTZO, M., POETS, CH. F. Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention. *Pediatrics*, 2005, vol. 115, no. 4, part 1, s. 915–919. ISSN 0031-4005.

JUREN, T., 2001. Rozdělení perinatálního období a klasifikace novorozenců. In I. Borek et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vyd. Brno: IDVZP, 2001. s. 35–41. ISBN 80-7013-338-4.

KACEROVSKÝ, M. Interrupce a sterilizace. *Gynekolog*, 2010, roč. 19, č. 4, s. 157–158. ISSN 1210-1133.

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H., KLAUS, P. H. *Porod s doulou: rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. Praha: One Woman Press, 2001. 277 s. ISBN 80-86356-34-5.

KLEMENTA, J. et al. *Somatologie a antropologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981. 502 s.

Kojení. [online]. 18. 2. 2011 [cit. 2011-02-20]. Polohy při kojení dvojčat. Dostupné z WWW: <<http://www.kojeni.net/dvojcat.php>>.

KOPECKÝ, P., PLAVKA, R.: Praxe v perinatologických center v České republice. *Neonatologické listy*, 2009, roč. 15, č. 2, s. 53. ISSN 1211-1600.

KŘEMENOVÁ, K., 2010. *Porod očima prvorodiček: představy těhotných žen o porodu versus realita*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií, 2010. 85 s. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Eva Richterová.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.

- KUDELA, M.**, 2006. Vícečetné těhotenství. In E. Čech et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. s. 225–230. ISBN 80-247-1313-9.
- KUDLOVÁ, E., MYDLILOVÁ, A.** *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Praha, Grada, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1039-0.
- KUSHNER, H. S.** *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*. 4. vyd. Praha: Portál, 2005. 143 s. ISBN 80-7367-053-4.
- Laktační liga: www.kojeni.cz* [online]. 2011a [cit. 2011-03-14]. Seznam BFH. Dostupné z WWW: <<http://www.kojeni.cz/bfi.php#19>>.
- Laktační liga: www.kojeni.cz* [online]. 2011b [cit. 2011-01-13]. Technika kojení. Dostupné z WWW: <<http://www.kojeni.cz/texty.php?id=19>>.
- LANGMEIER, J.** *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. 2. doplněné vyd. Praha: Avicenum, 1991. 288 s. ISBN 80-201-0098-7.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.** *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986. 365 s.
- LAROUSSE** *Encyklopedie rodičovství*. Praha: Slovart, 1996. 480 s. ISBN 80-85871-89-0.
- LEACHOVÁ, P.** *Dítě a já: od narození do pěti let*. Praha: Cesty, 1995. 544 s. ISBN 80-7181-033-9.
- LEBL, J., KRÁSNIČANOVÁ, H.** Růst a vývoj dítěte. In O. Hrodek et al.: *Pediatric*. Praha: Galén, 2002. s. 1–18. ISBN 80-7262-178-5.
- LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L.** et al. *Preklinická pediatrie*. Praha: Galén, 2003. 248 s. ISBN 80-7262-207-2.
- LEBOYER, F.** *Porod bez násilí*. Praha: Stratos, 1995. 56 s. ISBN 80-85962-04-7.
- LIŠKA, K.** Neonatologie: vybrané kapitoly pro obvodní dětské lékaře, problematika novorozence propuštěného z ústavní péče. In O. Hrodek et al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002. s. 67–86. ISBN 80-7262-178-5.
- LIŠKA, K., HOUŠŤKOVÁ, H.** Poruchy dýchání novorozenců. In O. Hrodek et al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002. s. 80–81. ISBN 80-7262-178-5.
- MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., HOSKOVEC, J.** *Emoce a výkonnost*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988.
- MACKO, J.**, 2001. Cerebrální problematika. In I. Borek et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vyd. Brno: IDVZP, 2001. s. 135–150. ISBN 80-7013-338-4.
- MACKO, J.** Fortifikace (suplementace) mateřského mléka. *Neonatologické listy*, 2009, roč. 15, č. 2, s. 23–27. ISSN 1211-1600.

- MAREK, V.** *Nová doba porodní.* Praha: Eminent, 2002. 264 s. ISBN 80-7281-091-1.
- MATĚJČEK, Z.** Komunikace lékaře s rodiči dítěte. In O. Hrodek et al. *Pediatric.* Praha: Galén, 2002. s. 575–584. ISBN 80-7262-178-5.
- MATĚJČEK, Z.** *Praxe dětského psychologického poradenství.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. 336 s. ISBN 80-04-24526-9.
- MATĚJČEK, Z.** *Rodiče a děti.* 2. vyd. Praha, Avicenum, 1989. 336 s.
- MUNZAROVÁ, M.** *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II.: aktuální etická problematika některých lékařských oborů.* Brno: Masarykova univerzita, 2000a. 67 s. ISBN 80-210-1610-8.
- MUNZAROVÁ, M.** *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III.: kodexy lékařské etiky a jiná doporučení.* Brno: Masarykova univerzita, 2000b. 56 s. ISBN 80-210-2316-X.
- MYDLILOVÁ, A.** Alternativní způsoby krmení. *MaMiTa.* Praha: Laktační liga, o.s., 2003a, roč. III., č. 4., s. 16–17.
- MYDLILOVÁ, A.** Současný pohled na péči o fyziologické novorozence v bodech. *Pediatric po promoci.* 2005, roč. II, č. 2, s. 32–38. ISSN 1214-6773.
- MYDLILOVÁ, A.** Výživa dětí s nízkou porodní hmotností. In J. Nevorál et al. *Výživa v dětském věku.* Jinočany: H&H, 2003b. s. 81–104. ISBN 80-86-022-93-5.
- Nedoklubko : Sdružení rodičů a přátel nedonošených dětí* [online]. 2010 [cit. 2011-01-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.nedoklubko.cz/>>.
- NEESOVÁ-DELAVALOVÁ B.** *Čekám děťátko: průvodce těhotenstvím a porodem.* Praha: Ikar, 1995. 142 s. ISBN 80-85830-59-0.
- NEVORAL, J.** Výživa. In O. Hrodek et al. *Pediatric.* Praha: Galén, 2002. s. 89–104. ISBN 80-7262-178-5.
- NEVORAL, J.** et al. *Výživa v dětském věku.* Jinočany: H&H, 2003. 434 s. ISBN 80-86-022-93-5.
- NICOLSON, P.** *Poporodní deprese.* Praha: Grada, 2001. 148 s. ISBN 80-7169-938-1.
- NOVOTNÁ, L., CZIRKOVÁ, K.** Kdo jsou lidé z Nedoklubka a co Vám mohou nabídnout? *Neonatologické listy*, 2010, roč. 16, č. 2, s. 21–24. ISSN 1211-1600.
- NOVOTNÝ, Z., KOVALČÍKOVÁ, M.** Nechme dětem šanci. *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 21, s. 18. ISSN 0044-1996.
- NOŽINA, M.** *Svět drog v Čechách.* Praha: Koniasch Latin Press, 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X.
- ODENT, M.** *Znovuzrozený porod.* Praha: Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-05-2.

- PAPOUŠEK, M.**, 2004. Neverbální hlasová komunikace. In J. Dittrichová et al. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada, 2004. s. 121–138. ISBN 80-247-0399-8.
- PAPOUŠEK, H.** *Podmíněné motorické potravové reflexy u kojenců*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1961. 90 s.
- PAŘÍZEK, A.** Kniha o těhotenství a dítěti. 3. vyd. Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
- PAŘÍZEK, A.**, 2004. Kritické stavy u rodičky za porodu. In Z. Hájek et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha, Grada, 2004. s. 379–398. ISBN 80-247-0418-8.
- PAULOVÁ, M.** Přirozená výživa novorozenců – kojení. In J. Nevorál et al. *Výživa v dětském věku*. Jinočany: H&H, 2003. s. 63–80. ISBN 80-86-022-93-5.
- PEYCHL, I.** *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. Praha: Galén, 2005. 164 s. ISBN 80-7262-283-8.
- PEYCHL, I.**, 2003 Úvod do neonatologie. In J. Lebl, K. Provazník, L. Hejcmanová et al. *Preklinická pediatrie*. Praha: Galén, 2003. s. 65–94. ISBN 80-7262-207-2.
- PROCHÁZKOVÁ, M., JANOTA, J.** Tělesná teplota a termoregulace u novorozence. *Česko-slovenská pediatrie*. 2010, roč. 65, č. 6, s. 401–405.
- RAMBOUSKOVÁ, L.** Zhodnocení vývoje dětí s nízkou porodní váhou. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 1, s. 40–41.
- RATISLAVOVÁ, K.** Aplikovaná psychologie v porodnictví. Praha, Reklamní atelier Area s. r. o. 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
- RATISLAVOVÁ, K., BERAN, J.** Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. *Česká gynekologie*, 2010, roč. 75, č. 5., s. 462–466. ISSN 1210-7832.
- RICHTER, R., SCHÄFER, E.** *Kniha pro tatínky: vše, co potřebujete vědět o těhotenství, porodu a prvním roce života ve třech*. Praha: Grada, 2007. 176 s. ISBN 978-80-247-2083-8.
- ROKYTA, R., MAREŠOVÁ, D., TURKOVÁ, Z.** *Somatologie I. a II.* 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 264 s. ISBN 80-86432-49-1.
- ROZTOČIL, A.** Komentář: jak minimalizovat právní odpovědnost porodníků. *Gynekologie po promoci*, 2004, roč. 4, 4. 1, s 47 – 48. ISSN 1213-2578.
- ROZTOČIL, A.** et al. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
- ROZTOČIL, A.**, Perinatální medicína. In I. Borek et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vyd. Brno: IDVZP, 2001. s. 7–30. ISBN 80-7013-338-4.
- RUBÍN, A., HOUŠŤKOVÁ, H.** *Pediatrie*. Praha: SPN, 1986. 203 s.

- RUDOLFOVÁ, H.**, 2004. *Abúzus drog v těhotenství a jeho dopad na novorozence*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Katedra psychologie, 2004. 102 s. Vedoucí diplomové práce Doc. Lenka Šulová., CSc.
- RUFFER, J.** *Nedonošená miminka: vše co chcete vědět o předčasně narozených dětech*. [online]. 5. 4. 2009 [cit. 2011-02-06]. Nejčastější diagnózy na "Jednotce intenzivní a resuscitační péče novorozenců". Dostupné z WWW: <<http://nedonosenci.blogspot.com/2009/04/nejcastejsi-diagnozy-na-jednotce.html>>.
- ŘEŽÁBEK, K.** Babyboxy – ano či ne? *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 16, s. 21. ISSN 0044-1996.
- SAMCOVÁ, P.** et al. Celoplošný screening sluchu novorozenců: dvouletá zkušenost v Nemocnici České Budějovice a.s. *Neonatologické listy*, 2009, roč. 15, č. 1, s. 25–27. ISSN 1211-1600.
- Sekce perinatální medicíny*. [online]. 2007-2011 [cit. 2011-02-04]. Seznam pracovišť, která jsou oprávněna poskytovat specializovanou perinatologickou péči podle kódů OD 00080 a OD 00082. Dostupné z WWW: <<http://www.perinatologie.cz/seznam-pracovist.php>>.
- SCHNEIBERG, F.** Proč říkáme ne babyboxům? *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 16, s. 20. ISSN 0044-1996.
- SCHNEIDEROVÁ, D.** et al. *Kojení: nejčastější problémy a jejich řešení*. 2. doplněné a přepracované vyd. Praha: Grada, 2006, 131 s. ISBN 80-247-1308-X.
- SCHUTTOVÁ, K.** *Máme děťátko: péče, výživa, vývoj, výchova*. Praha: Ikar, 1995. 336 s. ISBN 80 85830-69-8.
- SLANÝ, J.** Jsou babyboxy skutečně přínosem? *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 15, s. 20. ISSN 0044-1996.
- SLATTERY M. M., MORRISON, J. J.** Preterm delivery. *The Lancet*, 2002, vol. 360, no. 9344, s. 1489–1497. ISSN 0140-6736.
- SMITH, G. C. S., FRETTS, R. C.** Stillbirth. *The Lancet*, 2007, vol. 370, no. 9600, s. 1715–1725. ISSN 0140-6736.
- SOBOTKOVÁ, D.** *Speciální péče pro vaše novorozené děťátko*. Praha: Triton, 1996. Nestr.
- SOBOTKOVÁ, D.** et al. *Narodilo se s problémy, a co bude dál?* 2. vydání. Praha/Kroměříž: Triton, 2009. 108 s. ISBN 80-247-0398-X.
- SOBOTKOVÁ, D.** et al. Pomoc rodičům při narození rizikového dítěte nebo při perinatálním úmrtí. *Neonatologické listy*, 1999, roč. 5, č. 4, s. 173–176.
- SOUKUPOVÁ, M.**, 1995. *Novorozenecké období: experimentální ověřování metody Pražská deskripce chování novorozence*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Katedra psychologie, 1995. 110 s. Vedoucí diplomové práce Doc. Lenka Šulová., CSc.

SRP, B., 2006. Fyziologický porod. In E. Čech et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. s. 121–140. ISBN 80-247-1313-9.

STANOVISKO VÝBORU ČESKÉ NEONATOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP. 2007a. Babyboxy. *Neonatologické listy*, 2007, roč. 13, č. 1, s. 41. ISSN 1211-1600.

STANOVISKO VÝBORU ČESKÉ NEONATOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI K MIMOÚSTAVNÍM PORODŮM, 2007b. *Neonatologické listy*, 2007, roč. 13, č. 1, s. 43. ISSN 1211-1600.

STRAŇÁK, Z. Problematika novorozenců extrémně nízké porodní hmotnosti v období adolescence a dospělosti. *Zdravotnické noviny. : Postgraduální medicína*. [online]. 2007, 1, [cit. 2011-01-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-novorozencu-extremne-nizke-porodni-hmotnosti-v-obdo-285046>>

STRAŇÁK, Z., 2009. Předmluva. In M. Dokoupilová et al. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál, 2009. s. 9–10. ISBN 978-80-7367-552-3.

ŠČEPONCOVÁ, S., NOVOTNÝ, Z. Kvalita života dítěte s četnými VVV. *Sestra*, 2011, ročník 21, č. 1, s. 42–43.

ŠRÁČKOVÁ, D. Rooming-in. *Praktická gynekologie*, 2007, roč. 11, č. 1, s. 26–29. ISSN 1211-6645.

ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf, 2004. 403 s. ISBN 80-7345-021-6.

ŠTEMBERA, Z. *Sekce perinatální medicíny*. [online]. 2007-2011 [cit. 2011-02-03]. Historie a činnost Sekce perinatální medicíny při ČGPS. Dostupné z WWW: <<http://www.perinatologie.cz/historie.php>>.

ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum, 2004. 248 s. ISBN 80-246-0877-4.

ŠULOVÁ, L., 2003a. *Upgrade pre sexuálnu výchovu* [online]. 2003 [cit. 2011-03-11]. Raný vývoj a formování sexuální identity dítěte. Dostupné z WWW: <<http://www.kvsbk.sav.sk/upgrade-sex-vychova/sulova2.htm>>.

TEUSEN, G., GOZE-HÄNEL, I. *Prenatální komunikace*. Praha: Portál, 2003. 80 s. ISBN 80-7178-753-1.

THOMASMA, D. C., KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5.

TOPILOVÁ, V. *Anglicko-český/česko-anglický lékařský slovník*. Praha: Grada, 1999. 880 s. ISBN 80-7169-284-0.

TOŠNER, J., 2006. Celková životospráva a pracovní zařazení ženy v těhotenství. In E. Čech et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. s. 74–76. ISBN 80-247-1313-9.

- TOŠNER, J.**, 2006. Etické aspekty v těhotenství. In E. Čech et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. s. 87–92. ISBN 80-247-1313-9.
- UMOVÁ, J.** *Miminet.cz: Portál pro maminky*. [online]. 26. 9. 2005 [cit. 2011-02-08]. SIDS a jak dál?. Dostupné z WWW: <http://www.miminet.cz/clanky.php?id_rubriky=6&id_clanek=213>.
- Ústav pro péči o matku a dítě* [online]. 2004a [cit. 2010-10-20]. Asistovaná reprodukce (IVF). Dostupné z WWW: <<http://www.upmd.cz/?lang=cz&category=1-4-21>>.
- Ústav pro péči o matku a dítě* [online]. 2004b [cit. 2010-10-20]. Gynekologie. Dostupné z WWW: <<http://www.upmd.cz/?lang=cz&category=1-4-10>>.
- Ústav pro péči o matku a dítě* [online]. 2004c [cit. 2010-10-20]. Pediatrie. Dostupné z WWW: <<http://www.upmd.cz/?lang=cz&category=1-4-20>>.
- Ústav pro péči o matku a dítě* [online]. 2004d [cit. 2010-10-20]. Porodní sál. Dostupné z WWW: <<http://www.upmd.cz/?lang=cz&category=1-4-11-35>>.
- VACEK, Z.** *Embryologie: učebnice pro studenty lékařství a oborů všeobecná sestra a porodní asistentka*. Praha: Grada, 2006. 256 s. ISBN 80-247-1267-9.
- VELEMÍNSKÝ, M.** *Milá maminko, tatínku...: těhotenství, porod, péče o novorozence*. České Budějovice: Dona, 1993. 117 s. ISBN 80-85463-24-5.
- VELEBIL, P.**, 2010a. Evidence a rozbor mateřské úmrtnosti. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha, Levret, 2010, roč. 19, č. 1., s. 11–13. ISBN 978-80-87070-38-3; ISSN 1211-1058.
- VELEBIL, P.**, 2010b. Historický vývoj mateřské úmrtnosti v ČR. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha, Levret, 2010, roč. 19, č. 1., s. 8–10. ISBN 978-80-87070-38-3; ISSN 1211-1058.
- VELEBIL, P.**, 2010c. Mateřská úmrtnost ve světě a v ČR. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha, Levret, 2010, roč. 19, č. 1., s. 4–7. ISBN 978-80-87070-38-3; ISSN 1211-1058.
- VELEBIL, P.**, 2004a. Prevence mateřské úmrtnosti. *Gynekologie po promoci*. 2004, roč. 4, č. 6, s. 45–47. ISSN 1213-2578.
- VELEBIL, P.**, 2004b. Systém perinatální péče v České republice. In Z. Hájek et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha, Grada, 2004. s. 419–428. ISBN 80-247-0418-8.
- VELEBIL, P.**, 2004c. Vícečetné těhotenství. In Z. Hájek et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha, Grada, 2004. s. 327–334. ISBN 80-247-0418-8.
- VĚSTNÍK MZ ČR**, 2003. Metodické opatření: Doporučený minimální standart pro pracoviště poskytující intenzivní a intermediární péči v perinatologických centrech. ZN.: 34669/02/0ZP, září 2003.

VĚTR, M. Předčasný porod. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 1999, roč. 8, č. 2, s. 111–131. ISSN 1211-1058.

VÍTKOVÁ RULÍKOVÁ K. *Co nevíte o dvojčatech*. Praha: Potrál, 2009. 168 s. ISBN 978-80-7367-613-1.

VOJTA, M. *Porod bez bolesti: psychoprofylaktická příprava bezbolestného porodu podle doc. Velvovského*. 2. vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1954. 72 s.

VONDRÁČEK, L., KURZOVÁ, H. *Zdravotnické právo: pro praxi a posluchače lékařských fakult*. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 142 s. ISBN 80-246-0531-7.

VOKURKA, M., HUGO, J. et al. *Velký lékařský slovník*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 1070 s. ISBN 978-80-7345-130-1.

VYHNÁLEK, M. *Poruchy somatického vývoje jako etiologický faktor psychických poruch: psychologie somaticky nemocných dětí*. In P. Říčan et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum, 1991. s. 38–63. ISBN 80-201-0131-4.

WEISER, T. M. et al. Association of Maternal Smoking Status With Breastfeeding Practises: Missouri, 2005. *Pediatrics*, 2009, vol. 124, no. 6, s. 1603–1610.

WHO, 2006. *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. Geneva: World Health Organization. Department of Making Pregnancy Safer, 2006. 69 s. ISBN 92-4-156320-6.

WINNICOTT, D. W. *Babies and their mothers*. Beverly, Massachusetts: Da Capo Press, 1987. 129 s. ISBN 0-201-16516-3.

World Health Organization [online]. 2011a [cit. 2011-02-08]. 10 Facts on Breastfeeding. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index.html>>.

World Health Organization [online]. 2011b [cit. 2011-02-21]. WHO Breastfeeding. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>>.

Www.kojeni.net [online]. 11. 3. 2011 [cit. 2011-02-13]. Polohy při kojení dvojčat. Dostupné z WWW: <<http://www.kojeni.net/dvojcat.php>>.

Www.naposledy.blog.cz [online]. 2011 [cit. 2011-02-05]. Syndrom náhlého úmrtí novorozence. Co je to SIDS?. Dostupné z WWW: <<http://naposledy.blog.cz/0903/syndrom-nahleho-umrti-novorozence-co-je-to-sids>>.

ZÁHUMENSKÝ, J. Infekce a mateřská úmrtnost. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha, Levret, 2010, roč. 19, č. 1., s. 49–55. ISBN 978-80-87070-38-3; ISSN 1211-1058.

ZLATOHLÁVKOVÁ, B. Právo a etika na hranicích životaschopnosti plodu a novorozence. *Neonatologické listy*, 2008, roč. 14, č. 1, s. 3–8. ISSN 1211-1600.

ZLATOHLÁVKOVÁ, B. Výživa nezralých dětí po propuštění z nemocnice. *Neonatologické listy*, 2007, roč. 13, č. 2, s. 15–17. ISSN 1211-1600.

Seznam příloh

1. Strukturovaný rozhovor – matka
2. Strukturovaný rozhovor – otec
3. Souhlas s přístupem ke zdravotnickým materiálům (matka novorozence)
4. Souhlas s přístupem ke zdravotnickým materiálům (novorozenec)
5. Z. Matějček: zásady komunikace s rodiči postiženého dítěte
6. Z. Matějček: zásady komunikace s rodiči při narození mrtvého dítěte