UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

2018 Monika Lukáčová

UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie

Diplomová práce

Monika Lukáčová

VÝCHOVNÉ STYLY RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

PARENTAL STYLES OF PRETERM CHILDREN

Vedoucí práce: PhDr. Eva Šírová, Ph.D.

Konzultant: doc. Mgr. Lenka Lacinová, Ph.D.

Rok předložení práce: 2018

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce, *PhDr. Evě Šírové, Ph.D.*, za odborné vedení, věcné připomínky a profesionální náhled při zpracování, a paní *doc. Mgr. Lence Lacinové, Ph.D.* z Masarykovy Univerzity v Brně, která byla ochotna stát se mou konzultantkou. Velice si vážím času, vstřícnosti a ochoty k nezištné pomoci paní *PhDr. Daniely Sobotkové, CSc.* – patří jí můj velký dík. V neposlední řadě děkuji i všem *rodičům nedonošených dětí i dětem samotným*, kteří prokázali ochotu zúčastnit se výzkumného šetření. Svému *partneru Honzovi* bych chtěla poděkovat jak za pomoc technickou, tak za houževnatou osobní pomoc a podporu během celého vysokoškolského studia. Bez pomoci všech výše jmenovaných by tato diplomová práce vznikala mnohem těžkopádněji.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Evy Šírové, Ph.D., že jsem řádně citovala všechny použité prameny, literaturu a další odborné zdroje a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 31.7.2018 _____

vlastnoruční podpis autorky

Abstrakt:

TEORETICKÁ VÝCHODISKA: Děti s perinatálním rizikem, jejichž nejpočetnější skupinu tvoří předčasně narozené děti a jejichž počet se nadále svižným tempem zvyšuje, patří k dětem s vyšší pravděpodobností zdravotních obtíží a s vyšším rizikem komplexního ohrožení jejich zdárného vývoje. Pro rodiče představuje předčasný porod složitou, náročnou životní situaci. U těchto rodičů se častěji rozvíjí nejenom výrazně snížená osobní pohoda, ale někdy dokonce i klinická symptomatika (zejména deprese, úzkosti, posttraumatická stresová porucha). Takové naladění rodičů (ale i další faktory) výrazně znekvalitňuje celkovou interakci a komunikaci s dítětem (zejména jejich senzitivitu a responzivitu), což se může mj. promítat i do výchovného stylu těchto rodičů. CÍLE: Cílem empirické části bylo popsat výskyt jednotlivých výchovných stylů u zdravých předčasně narozených dětí ve věku od 8 do 12 let. METODY: K tomuto účelu bylo využito *Dotazníku stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let* (Čáp, Čechová & Boschek, 2000). VÝSLEDKY: Na vzorku 35 dětí se ukázalo, že nejčastěji percipovaným výchovným stylem byl styl charakterizovaný záporným emočním vztahem v kombinaci se silným řízením. ZÁVĚR: Význam výsledků je možno vidět v praktickém uplatnění pro poradenskou, klinickou i laickou výchovnou praxi. Nejnaléhavější je potřeba longitudinálních výzkumů a posílení nabídky psychologické péče pro rodiče předčasně narozených dětí i pro děti samotné.

Klíčová slova v českém jazyce:

dítě s perinatální zátěží, rizikový novorozenec, předčasně narozené dítě, psychologie výchovy, výchovné styly rodičů, dotazníkové šetření

Abstract:

BACKGROUND: The most numerous group from children due to perinatal burden is a group of prematurely born children and whose number continues to increase constantly. The children have higher probability of health problems and they are at risk of a complex threat to their successful development. Premature childbirth is a complicated difficult life situation for parents. Strongly reduced mental well-being is often developed at these parents and sometimes even some clinical symptoms (especially depression, anxiety, posttraumatic stress disorder). Such parenting (as well as other factors) greatly diminishes the overall interaction and communication with the child (especially their sensitivity and responsiveness) which can also be reflected in the parental style. AIM: The aim of the empirical part was to describe the occurrence of individual educational styles in healthy preterm infants 8-12 years old. METHODS: A *Questionnaire of parental styles for children between the ages of 8 and 12* was used for this purpose (Čáp, Čechová & Boschek, 2000). RESULTS: A sample of 35 children showed that the most perceived parental style was a style characterized by a negative emotional relationship combined with a strong direction. CONCLUSION: The importance of the results can be seen in the practical application for counselling, clinical and non-professional educational practice. A longitudinal research and improvement of psychological care for parents of premature children as well as for children themselves is the most urgent.

Key words:

children due to perinatal burden, high-risk neonate, preterm children, psychology of unbringing, parental styles, questionnaire survey

SEZNAM ZKRATEK

ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou (angl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*)
BSID-II	Vývojové škály Bayleyové, druhá edice (angl. *Bayley Scales of Infant Development*)
CBCL	Dotazník poruch chování dítěte (angl. *The Child Behavior Checklist*)
ČR	Česká republika
ELBW	děti s extrémně nízkou porodní hmotností (angl. *extremely low birthweight*)
FN	fakultní nemocnice
ILBW	děti s neuvěřitelně nízkou porodní hmotností (angl. *incredible low birthweight*)
IQ	inteligenční kvocient
JIP	jednotka intenzivní péče
JIRPN	jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence
LBW	děti s nízkou porodní hmotností (angl. *low birthweight*)
M	průměr (angl. *mean*)
PARI	Dotazník rodičovských postojů (angl. *The Parental Attitude Research Inventory*)
SD	standardní odchylka (angl. *standard deviation*)
SPSS	statistický program (angl. *Statistical Package for the Social Sciences*)
USA	Spojené státy americké (angl. *The United States of America*)
ÚPMD	Ústav pro péči o matku a dítě
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VLBW	děti s velmi nízkou porodní hmotností (angl. *very low birthweight*)
WHO	Světová zdravotnická organizace (angl. *World Health Organization*)

OBSAH

Úvod 10

I. LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. Psychologické souvislosti předčasného porodu z hlediska rodičů a dětí 13
   1.1 Aktuální statistické údaje k předčasným porodům 13
   1.2 Předčasně narozené dítě a stupně jeho nezralosti 16
   1.3 Neonatologická péče o předčasně narozené děti 17
   1.4 Předčasné narození dítěte jako mezní životní situace 18
   1.5 Psychologická péče o předčasně narozené děti a jejich rodiče 22
      1.5.1 Pomoc osobám pečujícím o předčasně narozené dítě 22
      1.5.2 Psychologické sledování předčasně narozených dětí 25
   1.6 Specifické zdravotní komplikace obvykle spojené s předčasným narozením 26
   1.7 Vývojové problémy u předčasně narozených dětí 27
      1.7.1 Neuropsychický vývoj 28
      1.7.2 Smyslová percepce 28
      1.7.3 Okolnosti rané socializace u předčasně narozeného dítěte 31
      1.7.4 Výskyt psychiatrických diagnóz 37
   1.8 Prognóza psychického vývoje předčasně narozených dětí 38
2. Charakteristika výchovného působení v rodinách s předčasně narozeným dítětem 39
   2.1 Pojetí rodičovského výchovného stylu 39
   2.2 Determinanty rodičovského výchovného stylu 39
   2.3 Model devíti polí 42
   2.4 Význam rodičovské výchovy ve vývoji nedonošeného dítěte 45

II. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Výzkumný problém 50
   1.1 Cíl výzkumného šetření 50
   1.2 Identifikace proměnných a jejich operacionalizace 50
2. Výzkumné otázky 52
3. Výzkumný soubor 53
   3.1 Metody výběru výzkumného souboru 53
   3.2 Charakteristika výzkumného souboru 54

4. Výzkumné metody 58

4.1 Administrace a sběr dat ... 59
4.2 Zpracování dat a jejich analýza ... 60
5. Výsledky ... 61
6. Diskuse ... 67
Závěr ... 72
Seznam použité literatury a odborných pramenů ... 74
Přílohy ... I
Příloha č. 1 *Přehled definic pro předčasný porod a k těhotenství vztažené výsledky* ... I
Příloha č. 2 *Komponenty výchovného stylu* ... II
Příloha č. 3 *Použitá metoda: průvodní dopis k výzkumné metodě* ... IV
Příloha č. 4 *Použitá metoda: otázky pro maminku (tatínka)* ... V
Příloha č. 5 *Použitá metoda: instrukce* ... VI
Příloha č. 6 *Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let* ... VII
Příloha č. 7 *Kontingenční tabulky použité k analýze výzkumných výsledků* ... IX

ÚVOD

Ročně se v České republice narodí **tisíce nedonošených dětí**. Ve vyspělých státech je situace dokonce ještě vážnější. Podstatným problémem je ale neustálý **trend nárůstu** počtu předčasných porodů, který je zaznamenáván **celosvětově** a v **dlouhodobém horizontu** (ačkoli u nás od roku 2013 zatím zachycen nebyl).

K této situaci je rovněž potřeba připočíst úroveň české zdravotnické péče, která je v současnosti charakterizována stále častěji prostřednictvím superlativů. Díky technickému zázemí umí dnes lékaři zachránit stále menší a nezralejší děti; hranice viability se dokázala významně posunout[1]. Do kvality dnešní perinatologie a neonatologie se tak promítají nejen takové objektivní parametry jako je nízká mortalita[2], ale především **časná morbidita** novorozenců – a zejména pak **morbidita pozdní**, která se stává hlavní prioritou perinatální medicíny (Marková et al., 2014; Štembera, 2004).

Právě **díky vysoké úrovni české perinatologie a neonatologie si dnes můžeme dovolit zabývat se rovněž psychologickou stránkou předčasného narození dítěte**, a to jak z pohledu dítěte samotného (především jeho vývoje a kvality života), tak z pohledu rodičů (ale i dalších významných osob v sociálním okolí dítěte), které předčasný porod zasáhl. Pokud ale chceme poměřovat kvalitu péče o předčasně narozené děti komplexně, pak se nutně musíme zabývat i tzv. **morbiditou psychologickou, které je u nás věnováno velmi málo pozornosti** (Sobotková, 2008). Téma předčasných porodů nabírá na aktuálnosti také tím, že **nabídka psychologických služeb** pro tuto skupinu klientů **je u nás i v zahraničí stále nedostačující** (Domkářová, 2017) a že **s nárůstem množství zachráněných dětí s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností se také zvyšuje počet dětí s nejrůznějšími vývojovými komplikacemi**, s nimiž se pak můžeme jako psychologové potkávat ve své praxi stále častěji. Ve světle dnešních poznatků o předčasně narozených dětech a jejich sociálním zázemí tu existuje poměrně jasný požadavek na péči dlouhodobou (kontinuální), multidisciplinární, individuální, a to jak v rovině sledování psychického vývoje těchto dětí, tak v rovině psychologické starostlivosti (edukační vedení,

[1] Ještě v roce 1985 tehdejší československá medicína zachraňovala velmi obtížně děti, které měly porodní hmotnost kolem 1 000 gramů (cca 28. gestační týden) a péče se zaměřovala na kategorii s porodní hmotností 1 500-2 500 gramů (tj. děti lehce a středně nezralé). „Vstupenku do života" dnes již běžně dostávají děti narozené kolem 23.-24. gestačního týdne, kdy váží kolem 500 gramů (v Japonsku dokonce kolem 22. gestačního týdne) (Honzík & Pařízek, 2015; Straňák, 2002). Bude se hranice ještě dále posunovat? Pro *Evropskou radu pro resuscitaci* např. narození dítěte před 23. týdnem těhotenství a dítěte s porodní hmotností nižší než 400 gramů již není podnětem k zahájení resuscitace a intenzivní péče (Wyllie, Bruinenberg, Roehr, Rüdiger, Trevisanuto & Urlesberger, 2015). Přesto u nás byla nedávno zachráněna holčička vážící pouhých 322 gramů! V zahraničí (Chicagu) se podařilo zachránit holčičku s ještě nižší porodní hmotností – 260 gramů. Jedná se o dosud nejnižší zaznamenanou porodní hmotnost zachráněného předčasně narozeného děťátka (Brunclíková, 2018).

[2] Podle biostatičky Pavlíkové (2011) jsou však české údaje o jedné z nejnižších úrovní novorozenecké mortality ve světě zavádějící, neboť různé země mají odlišnou definici „dítěte mrtvě narozeného" – pro zájemce k dispozici zde: http://www.biostatisticka.cz/novorozenecka-a-perinatalni-umrtnost-jsme-skutecne-nejlepsi/.

poradenství, terapie) o pečovatele těchto dětí.

Očima psychologie můžeme vidět řadu oblastí jako naléhavých. Když tedy uvažujeme o předčasném narození dítěte *psychologicky*, nelze si neklást otázku „co lze udělat pro optimální vývoj takto nezralého dítěte“? Jaké jsou možnosti psychologie, aby jednala „v nejlepším zájmu dítěte“? Empirické údaje v současné době stále více naznačují, že **předčasné narození dítěte a jeho nepříznivé působení na psychický stav rodičů představuje značné riziko pro jejich interakční chování**. To se však ukazuje jako významný faktor pro optimální psychický rozvoj dítěte (Sobotková et al., 2009). Dá se předpokládat, že **jedním z takto rizikových oblastí může být i výchovné působení rodičů**, kteří byli zpočátku vystaveni stresu, strachu o vlastní dítě a byli ohroženi na zdárném rozvoji intuitivního rodičovského chování.

Cílem teoretické části této práce by proto měl být **popis specifik výchovného působení rodičů na své předčasně narozené děti, které vyplývají z bio-psycho-sociálních zvláštností předčasně narozeného dítěte**, a to především ve světle současných výzkumů. Tomu je uzpůsobena i struktura této části: čtenáře uvádí do problematiky prostřednictvím souhrnu nejnovějších statistických dat, logicky pokračuje klasifikací novorozenců, okrajově se zmiňuje o neonatologické péči, zevrubně popisuje náročnou životní situaci, do níž se rodiče dostali, a psychologickou péči, které by se mělo dostat jim i dítěti, zabývá se nejčastějšími zdravotními komplikacemi, z nichž pro nás nejpodstatnější je morbidita psychologická, a uzavírá kapitolou zaměřenou na specifika výchovné situace v rodině s nedonošeným dítětem. Empirická část si pak v logické návaznosti na obsah teoretické části klade za cíl popsat výchovné styly rodičů předčasně narozených dětí.

K tématu mne podnítil můj dlouhodobý zájem o vývojovou psychologii, zvláště o útlé dětství. V poslední době jsem se v této souvislosti zaměřovala zejména na studium perinatálního období a psychosociálních aspektů porodu očima matky. Skrze studovanou literaturu na toto téma jsem narazila právě na problematiku předčasných porodů, v níž mě pohltilo hlavně následné utváření vztahu mezi rodiči a dítětem, které obvykle nebývá bez doprovodu komplikací. Svým časem a energií, které budu této diplomové práci věnovat, bych tak chtěla vyjádřit potřebu posílení psychologické péče o tyto rodiče a jejich děti, jejíž smysl spatřuji v podpoře vyšší kvality života předčasně narozených dětí a jejich pečujících osob.

I. LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. PSYCHOLOGICKÉ SOUVISLOSTI PŘEDČASNÉHO PORODU Z HLEDISKA RODIČŮ A DĚTÍ

Předčasně narozené děti nebo chcete-li děti nedonošené tvoří z celkového počtu rizikových novorozenců[3] nejpočetnější skupinu (Sobotková, Dittrichová & Procházková, 2015; Thorová, 2015a). V odborných zdrojích bývá popisována jejich **vulnerabilita a zvýšené riziko k odchylnému vývoji v oblasti motorické, kognitivní, řečové, socioemocionální** (např. Allen, 2002; Beckwith & Rodning, 1996; Dammann et al., 1996; Hemgren & Persson, 2004; Pugliese et al., 2013; Sobotková, Dittrichová, Mandys, Paul & Procházková, 2004; Stipdonk, Franken & Weisglas-Kuperus, 2016). Dopady předčasného narození na vývoj jsou často evidovány napříč dětstvím až k adolescenci (Bhutta, Cleves, Casey, Cradock & Anand, 2002; Tideman, Nilsson, Smith & Stjernqvist, 2002).

Hlavním cílem této kapitoly je základní orientace v dané problematice. Je zde proto potřeba vymezit základní pojmy týkající se definice dítěte předčasně narozeného, stupňů nedonošenosti a popsat s nimi spojenou adekvátní péči, která je těmto dětem poskytována. Kapitola se bude významným podílem věnovat popisu rizik, která jsou s předčasným narozením spojena, takže v závěru této kapitoly by mělo být čtenáři jasné, jaké ohrožení psychického vývoje dítěte může předčasné narození představovat a jaký dopad to může mít na výchovný styl jeho rodičů.

1.1 Aktuální statistické údaje k předčasným porodům

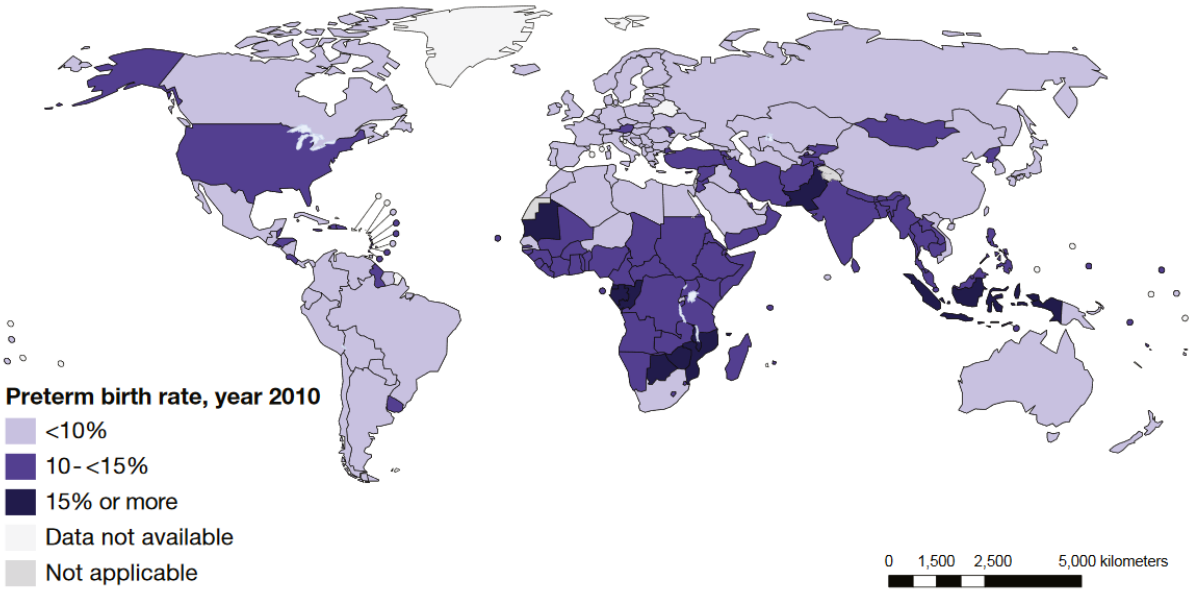
Podle nejnovějších údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen „ÚZIS“) se u nás od roku 2009 rodí **více než 7,5 % nedonošených dětí s porodní hmotností do 2 500 gramů**, přičemž podíl nejmenších dětí (s váhou nižší než 1 500 gramů) se v současné době, v porovnání s minulými roky, ještě mírně zvýšil (ÚZIS, 2017). Marková et al. (2014) uvádí číslo ještě jiné: za rok 2012 se v ČR narodilo předčasně téměř **9 000** dětí; to odpovídá přibližně **8,3 %**.

Ve vyspělých státech je procento ještě vyšší, 8-13 % ročně (Sobotková, Dittrichová & Procházková, 2015). Na obrázku č. 1 je naznačena celosvětová situace. Celkem jedenáct zemí představuje oblasti, ve kterých se za jediný rok narodí **15 a více %** dětí předčasně: Malawi (Afrika), Demokratická republika Kongo (Afrika), Komorské ostrovy (mezi Mosambikem a Madagaskarem), Zimbabwe (Afrika), Rovníková Guinea (Afrika), Mosambik (Afrika), Gabon (Afrika), Pákistán (Asie), Indonésie (Asie), Mauritánie (Afrika) a Botswana (Afrika) (WHO, 2012).

[3] Mezi rizikové novorozence dále patří novorozenci přenášení (narození ve 42. a vyšším týdnu gestace), novorozenci s komplikacemi v období pre-, peri-, postnatálním, novorozenci narození císařským řezem, kleštěmi, koncem pánevním, novorozenci traumatizovaní, novorozenci závažně nemocných matek, novorozenci drogově závislých matek, novorozenci z vícečetných těhotenství, novorozenci pocházející z in vitro fertilizace (Jahnová, 2009).

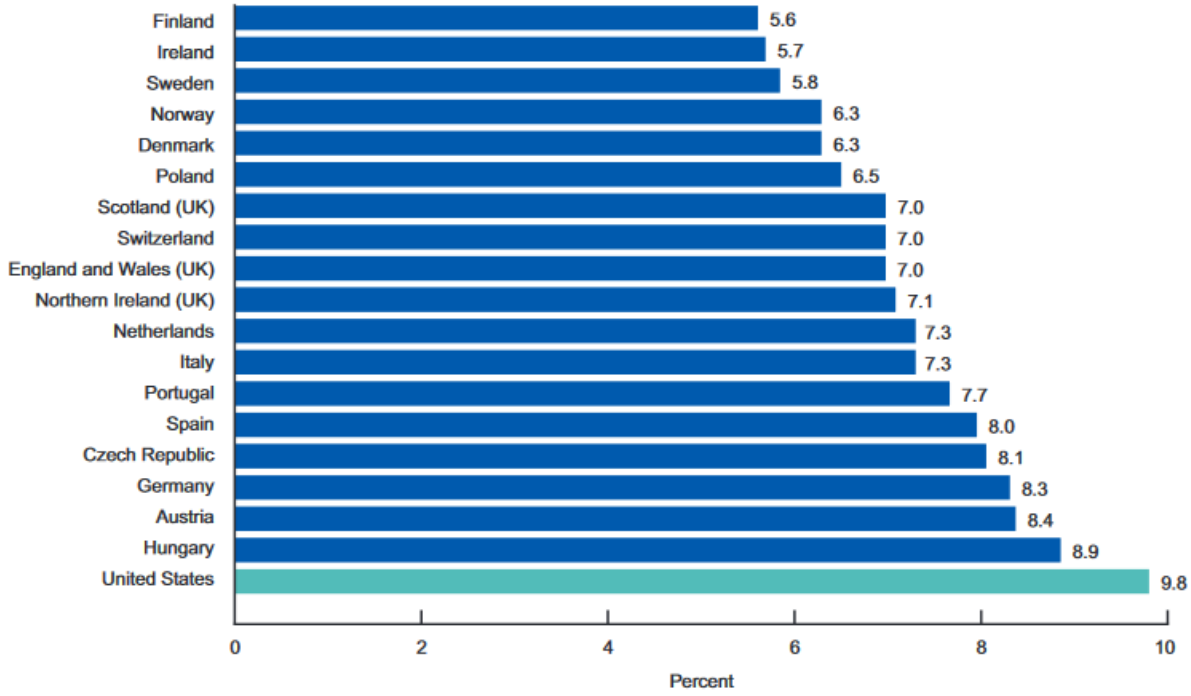
Jedná se převážně o rozvojové země, které často trpí chudobou, výskytem závažných onemocnění, otroctvím, politickým neklidem a celou řadou dalších problémů. Počet předčasně narozených se v takových zemích může pohybovat od desetitisíců po statisíce.

Obr. č. 1 *Globální zatížení předčasnými porody v roce 2010* (WHO, 2012, s. 3)



Situace ve Spojených státech amerických a ve vybraných evropských zemích je podrobněji patrná z grafu č. 1. Je zajímavé, že v severských zemích jsou předčasné porody nižší zhruba o 70 % než ve Spojených státech amerických. Příčiny jsou diskutovány. Z mého pohledu by mohly hrát roli některé významné charakteristiky severských států (Finska, Irska, Švédska) jako je nízká hustota osídlení, vysoce rozvinutá ekonomika i vzdělávací systém, štědrá sociální politika nebo propracovaná ochrana životního prostředí. Jedná se o země s vysokou mírou svobody, které se umisťují na předních žebříčcích kvality života (SEDA, 2018).

Graf č. 1 *Procento předčasných porodů v USA a vybraných evropských zemích* (MacDorman, Mathews, Mohangoo & Zeitlin, 2014, s. 1)



NOTES: Data exclude births at less than 24 weeks of gestation to promote comparability between countries. Preterm births are those from 24 to 36 completed weeks of gestation. Countries included are those that provided these data to the European Perinatal Health Report. UK is United Kingdom.
SOURCES: CDC/NCHS, linked birth/infant death data set (U.S. data); and European Perinatal Health Report (European data).

Jak již bylo zmíněno v úvodu, podstatným problémem je zejména **nárůst počtu předčasných porodů**. Je zajímavé, že předčasný porod se týká častěji holčiček než chlapečků, avšak rozdíl mezi nimi není výrazný (9 % dívky, 7 % chlapci) (ÚZIS, 2017). Ohledně míry předčasného porodu byly nalezeny i rozdíly rasové a etnické: v roce 2016 byla u afroamerických žen o 50 % vyšší než u žen bílých (Centers for Disease Control and Prevention, 2017).

Pokud si položíme otázku, čím je porod tisíců nedonošených dětí za rok způsoben, je nutné dodat, že na těchto číselných údajích se významně podílí celkový **nárůst umělých oplodnění** a dětí po něm narozených, **vyšší počet žen s vícečetnou graviditou**, **zvyšující se průměrný věk matek** při prvním porodu (nárůst pozdního rodičovství), který je spojen s rizikovými předpoklady k předčasnému narození dítěte. Do výše uvedených dat jsou také započteny porody matek jiné než české národnosti, přičemž **matky asijského původu**, které mají nižší vzrůst, **inklinují k porodu dětí s průměrnou nižší porodní hmotností** (Michalcová, 2010). Pilotní závěry nejnovější české studie svědčí pro imunologické prediktory předčasného porodu. Vedoucí výzkumu, Koucký, k tomu říká, že: *„Z dosavadních výstupů výzkumu jednoznačně vyplývá, že proces předčasného porodu začíná v samém počátku těhotenství. Vše plyne z biologické ‚interakce mezi matkou a vyvíjejícím se plodem'. Ve velké míře se jedná o záležitost imunologickou, konkrétně o chybnou ‚komunikaci' mezi imunitním systémem matky, plodem a mikroby, které se přirozeně nacházejí nejen v děloze matky. Správné pochopení jednotlivých pochodů může pomoci zlepšit péči o ženy s rizikem těhotenských komplikací, zejména*

předčasného porodu. V ideálním případě bychom mohli díky výzkumu přinést způsob, jak těmto fatálním komplikacím v těhotenství předejít" (Koucký, 2018, nestr.).

1.2 Předčasně narozené dítě a stupně jeho nezralosti

Na „předčasnost" narození dítěte (praematuritu, nedonošenost, nezralost[4]) existují různé pohledy. Pro její určení potřebujeme „hranici zleva", hranici životaschopnosti, a „hranici zprava", tedy hranici, kdy lze dítě považovat za plně připravené pro extrauterinní život.

V české medicíně se dnes hranice viability[5] pohybuje kolem **22.-23. týdne** těhotenství. Toto období souvisí se zralostí plic a produkcí tzv. surfaktantu, což je látka, která snižuje povrchové napětí v plicích a která tím brání smrštění plicních alveolů a následné těžké poruše dýchání. Do 25. týdne mluví neonatologie o „**šedé zóně**", v níž nelze předvídat ani mortalitu, ani morbiditu – včetně uplatnění hlediska kvality života. Vyšší šance na přežití bez vážnějšího poškození s přijatelnou kvalitou života mívají děti narozené až **od 26. týdne** a později (Göthová, 2013; Zlatohlávková, 2011).

Hranice, kdy lze ještě dítě považovat za nedonošené, je naproti tomu mezi neonatology určena poměrně přesně: považuje se za něj každé takové, které se narodilo maximálně v **36. gestačním týdnu a 6. dni** (v literatuře bývá vyjadřováno zkratkou „36+6") (Dort, Dortová & Jehlička, 2013). V psychologii ale bylo zjištěno, že děti narozené v 37. a 38. gestačním týdnu ještě stále vykazovaly mírnější odchylky ve vývoji (Yang, Platt & Kramer, 2010), takže se zdá, že „pobyt" v matčině lůně má svůj význam až do samého konce gravidity.

Pokud tedy mluvíme o nedonošeném dítěti, vidíme, že rozpětí, jímž je definováno, je celkem dost široké (zahrnuje celkem zhruba 14 týdnů, tj. asi 3,5 měsíce gravidity). Je proto výhodné dodat „míru" této nezralosti, která pak zásadně působí v určování směru dalšího vývoje dětí nejenom po stránce zdravotní a fyzické, ale také psychosociální. Dá se tudíž předpokládat, že stupeň nedonošenosti představuje faktor výrazně působící i na způsob prožívání rodičů.

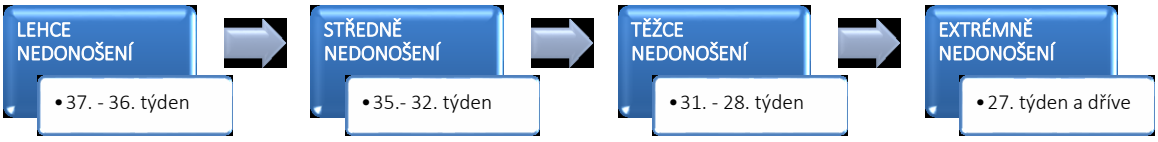
Existují pochopitelně různé klasifikace novorozenecké nezralosti; nejsou tedy zcela jednotné. Nejčastěji v literatuře používané je dělení podle týdne těhotenství a podle porodní hmotnosti. Mezi těmito dvěma parametry existuje jistá závislost, nicméně nejde o vztah výlučně přímo úměrný. Pro průběh poporodní adaptace a pro posuzování nezralosti dítěte je pro nás tedy důležitější gestační týden, neboť více vyjadřuje, jak moc jsou jednotlivé orgány nezralé a jak

[4] Podle českých neonatologů lze tyto termíny považovat za synonyma: „*Nedonošený novorozenec je nezralý, a proto pojem nedonošenost a nezralost vyjadřuje prakticky totéž a lze je zaměňovat. Pouze výjimečně může být novorozenec méně vyzrálý než nedonošený (diabetická fetopatie) nebo naopak více zralý než nedonošený (chronický intrauterinní stres)*" (Dort, Dortová & Jehlička, 2013, s. 40).

[5] Schopnost přežít, růst a vyvíjet se normálně (Göthová, 2013).

dlouho může trvat jejich dozrávání (Novotná, 2009). Na obrázku č. 2 a v tabulce č. 1 jsou přehledně shrnuty zvolené typy klasifikací nedonošených novorozenců.

Obr. č. 2 *Rozdělení stupňů nezralosti dítěte podle týdnů těhotenství* (Novotná, 2009, s. 32-33[6])



Tab. č. 1 *Rozdělení stupňů nezralosti dítěte podle porodní hmotnosti* (Dort, Dortová & Jehlička, 2013, s. 15)

novorozenci s nízkou porodní hmotností	LBW = low birthweight	2 500 – 1 500 g
novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností	VLBW = very low birthweight	1 500 – 1 000 g
novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností	ELBW = extremely low birthweight	1 000 – 500 g
novorozenci s neuvěřitelně nízkou porodní hmotností[7]	ILBW – incredible low birthweight	< 500 g

Doplňující přehled definic pro předčasný porod a k těhotenství vztažené výsledky shrnuje taktéž Světová zdravotnická organizace (WHO, 2012). Čtenář může nahlédnout v příloze č. 1.

1.3 Neonatologická péče o předčasně narozené děti

Podle výše uvedených indikátorů je pak volena specifická péče pro dítě. V České republice existuje třístupňová neonatologická péče o nedonošené novorozence.

První stupeň představují všechny městské **porodnice s novorozeneckým oddělením**, v nichž se zdravotníci starají i o zdravé donošené novorozence. Psycholog by se tu tedy mohl setkat s rodiči, jejichž děti jsou lehce nezralé. Rodiče zde obvykle mívají dovoleno pobývat s dětmi na pokoji.

Střední stupeň péče poskytují **centra intermediární péče** (někdy též perinatologické centrum intermediární péče) a psychologický pracovník se tak zde může věnovat matkám a otcům novorozenců narozených nad 32. týden gravidity. Potkáme zde speciálně vyškolený personál a pomůcky.

Posledním, třetím a nejvyšším stupněm neonatologické péče jsou tzv. **perinatologická centra**, včetně novorozeneckých JIRPN (někdy též perinatologické centrum intenzivní péče). Zde se psycholog pravděpodobně setká s nejtěžšími a nejzávažnějšími případy (Dokoupilová, 2009a).

U nás, v České republice, byla zachycena vysoká míra centralizace rizikových porodů do specializovaných center. Informuje o tom ÚZIS (2017, s. 19): *„Procento novorozenců s porodní*

[6] Vzhledem k tomu, že Světová zdravotnická organizace (WHO) používá hrubější dělení (slučuje do jedné kategorie děti lehce a středně nedonošené), uvedla jsem raději českou klasifikaci od Novotné.
[7] Vzhledem k tomu, že stále narůstá četnost dětí v kategoriích s nejnižší porodní hmotností, rozlišuje se někdy i kategorie dětí s tzv. neuvěřitelně nízkou porodní hmotností. Podle Sobotkové (2008) sem spadají již děti, které se narodily s hmotností pod 750 gramů.

hmotností do 1 500 g, kteří se narodili v perinatologickém, nebo intermediárním centru, je nadále velmi vysoké a převyšuje 90 %. To je dlouhodobě velmi příznivý ukazatel, který se významně podílí na kvalitě péče".

1.4 Předčasné narození dítěte jako mezní životní situace

Chceme-li se zabývat psychologií předčasně narozených dětí a chceme-li, aby psychologická péče o ně byla co nejkomplexnější a co nejúčinnější, pak se předtím nutně musíme zabývat psychologickými aspekty rodičovství těchto dětí. *„Narodí-li se rodičům dítě předčasně, nikdo nepochybuje, že jde o náročnou zátěžovou situaci. Všichni zainteresovaní byli vnitřně nastaveni 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"* (Müller, 2009, s. 42).

Takovou životní situaci bychom mohli z hlediska psychologie zařadit mezi tzv. **náročné životní situace**, neboť prožívání dospělých v situaci předčasného porodu je obvykle doprovázeno vnitřním napětím a narušením psychické pohody (well-beingu). To, co náročné životní situace charakterizuje, je subjektem prožívaná **psychická zátěž**. Jde o rozpor mezi požadavky (nároky, tlakem), které kladou *situační proměnné* (vnější vlivy) na interakci subjektu, a mezi tendencemi či možnostmi jedince (*osobnostní proměnné*, vnitřní podmínky) se s těmito požadavky adekvátně vyrovnávat (Mikšík, 2007). Povaha tohoto rozporu pochopitelně determinuje různou sílu psychické zátěže. Ta je, vzhledem ke své averzivní komponentně, potenciálním podnětem k různým způsobům vyrovnávání se s ní (aktivuje *copingové strategie*).

Zůstaneme-li ještě na moment u stupňů psychické zátěže, pak by se v individuálních případech dalo o předčasném porodu uvažovat jako o tzv. **situaci krizové**. Ta se od náročné životní situace odlišuje tím, že obranné a adaptační mechanismy, resp. **dosavadní copingové strategie, selhávají**, její **řešení** tedy **přesahuje možnosti jedince samotného** (Vágnerová, 2014) a jedinec není schopen ji řešit ani za pomoci blízkých osob, v přijatelném čase (Moravčík, nedat.). V tomto smyslu se tedy dá považovat za vystupňovanou náročnou životní situaci, resp. situaci s extrémní psychickou zátěží (podle Mikšík, 2007).

Těmito názvy však chtě nechtě implikujeme určitý způsob vnímání dané situace. Pak by bylo možná užitečnější vcítit se do situace rodičů podle pojetí Pelikána (1997), který hovoří o tzv. **situaci životně významné**, která se výrazně zapisuje do vědomí i podvědomí člověka a velmi podstatně ovlivňuje jeho život.

Filosofie má pro tyto případy pojem **mezní situace**. Ta podle mého názoru nejlépe vyjadřuje psychologickou podstatu nastalé životní situace, v níž se rodiče dítěte najednou ocitli. Jsou to situace, z nichž nemůžeme jen tak vystoupit, překročit je nebo zrušit. Mezní situace vychylují naši

psychickou rovnováhu a vytrhují nás z pohodlí jistoty a bezpečí každodenního koloběhu tím, že věci kolem přestávají být samozřejmé a jednoznačné, tím, že nás uvrhli do rukou náhody (Jaspers, 1996). Tehdy se člověk obrací k filosofii a filosofování: *„Až teprve extrémní životní situace, tragické otřesy, mohou způsobit, že člověk znovu sestoupí ke kořenům svého opravdového bytí"* (Blecha, 2004. s. 191). Výsledkem takového filosofování (psychologicky bychom asi mohli užít termín sebereflexe) může být postupné uvědomování si, že *„Tváří v tvář smrti vlastní, nebo někoho blízkého, najednou pochopili, že peníze, kariéra, sláva, moc, nejsou tím nejpodstatnějším v momentě, kdy se řeší mnohem závažnější problémy samotné podstaty bytí"* (Pelikán, 1997, s. 54). Kladným důsledkem prožití takové životní situace může být změna svého dosavadního postoje ke světu i k sobě samému, přehodnocení dosavadního života, proměna hodnotového žebříčku, změna způsobu myšlení, posílení sebedůvěry. Může být tedy tak významným zlomem v životě člověka, že lze nalézt podobnost s jakousi **životní výhybkou** (Pelikán, 1997).

Domnívám se, že není tak podstatné, kam situaci předčasného narození dítěte zařadíme (klasifikujeme). Podstatné tedy je, že pro rodiče takového dítěte představuje (snad vždy a především zpočátku) výraznou psychickou zátěž. Domnívám se, že máme-li se vyjádřit ke způsobu prožívání rodičů, jimž se dítě narodilo v dřívějším termínu, nemůžeme říct nic jiného než jen to, že je naprosto **individuální**, závislé na jejich osobnosti a na tom, jaký oni sami přikládají situaci **osobní smysl**. Přesto se ale odborníci na toto téma snaží hledat určitý společný jmenovatel prožitků rodičů, kteří se ocitli ve stejné životní situaci.

Tak například radost rodičů (a dalších příbuzných), kterou je obvykle narození dítěte doprovázeno, je v situaci nedonošeného novorozence tlumena **obavami z budoucnosti a nejistotou**, která pramení z množství zdravotních a psychosociálních potíží. Obavy a pocity nejistoty lze snad alespoň částečně mírnit kupříkladu postupným informováním o tom, co se s dítětem právě děje, kde nyní je, jak se mu daří, k čemu slouží přístroje, které kolem něj vidí apod. V tom hrají neskutečně důležitou roli zejména lékařští a další zdravotničtí pracovníci.

Jelikož interakce s maličkým dítětem bývá v důsledku jeho zdravotní situace výrazněji omezena, rodiče se mohou cítit **zbyteční**, **bezmocní**, mohou mít **pocity prázdnoty** či mohou cítit, že **nejde o „jejich" dítě**, že jim nepatří. Reid (2000) dokonce zjistila, že u matek, které porodily předčasně, se **opožďuje nástup mateřské identity** a že ta je spojena především s fyzickým kontaktem s dítětem, neboť tyto ženy se těžko mohou cítit jako matky, když své dítě nevidí, nemohou si ho vzít do náručí (případně ano, ale jen se svolením zdravotnického personálu nebo za jeho doprovodu a pomoci), nemohou se jej dotýkat nebo mnohdy ani kojit. To může vyvolávat další **pocity viny** a myšlenky soustřeďující se na to, že **nejsou dostatečně dobrými rodiči**, protože „takovéto dítě" si nepřejí, a protože tedy jednají nelidsky (Sobotková et al., 2004; Sobotková et al., 2009). Matky se mohou cítit **zklamané**, že dítě nedokázaly donosit. Může se vyskytnout i **žárlivost**

na zdravotnický personál, který v podstatě převzal veškerou péči o dítě (Sobotková, Dittrichová & Procházková, 2015).

Obr. č. 3 *Raný vztah matky a hospitalizovaného předčasně narozeného dítěte se formuje ve velmi technickém prostředí, které může představovat výraznou překážku pro utváření intimity tohoto vztahu* (Schmücker et al., 2005)

youtube.com

fnmotol.cz

V prostředí novorozenecké JIP se mohou cítit **nekompetentně** a **nepatřičně** (Leonard & Mayers, 2008). To může v rodičích vyvolávat další **vnitřní konflikty**, např. „je zde *moje* dítě a mám plné právo o něj pečovat" vs. „nedokážu o něj momentálně pečovat a musím, i když nechci, tuto péči přenechat cizím lidem". Podle autorů longitudinální studie Rautava, Sillanpää, Lehtonen a Helenius (2003) se zdá, že více než samotná hospitalizace a ztížení či nemožnost kontaktu s dítětem má na utváření vztahu rodič-nedonošené dítě vliv vědomí rizika smrti dítěte. Rodiče pak mohou prožívat konflikt mezi touhou se k dítěti připoutat a milovat ho a strachem z tohoto pouta a z jeho možné ztráty (Löhr, von Gontard & Roth, 2000; McFadyen, 1994).

Po propuštění z nemocnice však rodiče nadále vykazují nejistotu a úzkost v kontaktu se svým dítětem. Jsou bezradní při volbě činností, které s dítětem mohou/nemohou/by měli/by neměli dělat apod. (Nicolaou, Rosewell, Marlow & Glazebrook, 2009). To by naznačovalo, že se u rodičů předčasně narozených dětí mohou objevovat projevy **naučené bezmocnosti**. Je zřejmé, že místo „hození do vody" by bylo pro rodiče užitečnější, kdyby se jim dostávalo pravidelné odborné konzultační (informační) pomoci a psychosociální podpory alespoň během prvních několika měsíců v domácím pobytu.

U rodičů nedonošených se také mohou vyskytnout určité **vegetativní potíže** jako jsou problémy s jídlem nebo se spánkem. Nezřídka může docházet k **pocitům křivdy**, které mohou být střídány **vztekem** a **zlostí**, ale také **úzkostí** a **smutkem** (Sobotková, 1997).

K tomu lze připočíst možné **starosti o domácnost**, která např. není v momentální situaci obhospodařována tak, jak by si rodiče přáli, protože na péči o ni jim nezbývá čas, energie nebo jim v tom brání jiné překážky. Kromě běžné péče o domácnost je pravděpodobné, že ji rodiče ještě nestihli zařídit (přizpůsobit) požadavkům, které by péči o dítě vyhovovaly – **nemají zakoupenou potřebnou dětskou výbavičku, nestihli sestavit dětskou postýlku, přebalovací pult** apod. Není výjimečné ani to, že se rodiče doposud nerozhodli pro jméno, které chtějí dítěti dát.

Připomeňme si i to, že pokud byli rodiče doposud pracující, jejich **náhlý odchod z pracovního kolektivu** může taktéž představovat další stresor a může tak neblaze přispívat k negativním pocitům matky a otce.

Jinými slovy náhlé přerušení těhotenství rodiče *„připravuje o podstatné dny a týdny, které by mohli využít k psychologické, materiální i jiné přípravě na příchod dítěte. Matky, které mají těhotenské období kratší, nemají tolik času, aby proměnily své postavení ve společnosti, aby se připravily na novou roli, aby nabraly dost informací* (totéž se však dá říci i o otcích a dalších příbuzných – poznámka autorky). *Rodiče se mohou cítit zmateni, zklamáni, „podvedeni" – vše, co si ohledně příchodu dítěte na svět představovali, je náhle pryč"* (Chlebounová & Čermák, 2013, s. 307-308).

Čtenáře pak těžko překvapí zjištění, že 26 % matek nedonošených dětí (oproti 12 % matek donošených miminek) vypovídalo o **klinicky signifikantních obtížích v oblasti psychického zdraví – somatika, anxieta, sociální dysfunkce, depresivní symptomy** (Treyvaud et al., 2010), z nejčastějších poporodních psychických poruch je to **posttraumatická stresová porucha** (Möhr, Praško, Bareš, Seifertova, Herman & Horáček, 2008). Zároveň je pochopitelné, že depresivní či úzkostné ladění matky znekvalitňuje či znemožňuje navázat s dítětem adekvátní komunikaci a naladit se na jeho potřeby. Tento předpoklad byl podpořen i empirickými daty z Itálie, ale pouze ve vztahu k extrémně předčasně narozeným dětem (jejichž matky jsou také více ohroženy výše uvedenými klinickými symptomy). V interakci s těmito dětmi byla identifikována vyšší míra odtažitosti
a nežádoucího vyrušování dítěte (intruzivity) ze strany matky. Deprese měla vztah k odtažitosti a k negativnímu afektivnímu stavu matky, úzkost pak spíše k nižší senzitivitě matek (Neri, Agostini, Salvatori, Monti & Biasini, 2015).

Je tedy dosti zřejmé, že **primární preventivní péče o zdárný vývoj těchto rizikových dětí by měla být postavena na péči o psychickou pohodu matky**, o její mentální well-being. Tuto myšlenku je potřeba zdůraznit, neboť Sobotková a Dittrichová se domnívají, že jak odborná, tak laická veřejnost má o této podmínce jen velmi malé povědomí (Sobotková & Dittrichová, 2013). Citovaný

článek je cenný i z toho důvodu, že autorky se zmiňují o konkrétních možných způsobech, jak psychickou pohodu matky zlepšovat.

1.5 Psychologická péče

1.5.1 Pomoc osobám pečujícím o předčasně narozené dítě

Výše uvedené poznatky a výzkumně získané výsledky tedy celkem jasně podporují myšlenku, že rodiče předčasně narozených dětí i děti samotné zasluhují speciálně zaměřenou péči. Lze souhlasit s britskými autorkami, Alderdice a Redshaw (2015), že se současná výzkumná šetření často zaměřují na hodnocení fyzického a kognitivního vývoje (ale i dalších vývojových oblastí – poznámka autorky) předčasně narozeného dítěte, avšak domnívají se, že to může být na úkor **sledování důležitosti rodičovského well-beingu a rodinné dynamiky a jejich potenciálního dopadu na vývoj nedonošeného dítěte**. Znovu tedy bez nadsázky připomínám, že pečujeme-li o rodiče, pečujeme také zároveň o dítě.

Indikace k psychologické péči může vyplývat z individuálního rozhodnutí rodičů, případně též z podnětu neonatologa jako ošetřujícího lékaře dítěte. Taková péče může mít nejčastěji buď podobu **krizové intervence** (předčasný porod nezralého dítěte, smrt dítěte a truchlení, bolest, pocity viny, pocity selhání vlastního mateřství), nebo formu **podpůrné psychoterapie** (podpora rané interakce matka-dítě, vývoj dítěte s nejrůznějšími druhy postižení). V pozdějších letech života dítěte ale může mít psychologická pomoc i formu **výchovného poradenství** (tvorba denního režimu, separační úzkost, negativismus, neklid, dráždivost, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, poruchy chování aj.) (Jahnová, 2009). Rovněž by měla být dostupná i **dlouhodobá psychoterapie** v případě vzniku různých psychických poruch (depresivní epizoda, posttraumatická stresová porucha apod.), a přestože longitudinální studie naznačují, že s postupujícím věkem směrem k adolescenci a dospělosti se problémy nedonošených stávají méně výraznými (Kormos, 2013), domnívám se, že by tito rodiče měli mít celoživotně dostupnou i **péči ambulantní** (u nejrůznějších odborníků).

Kdo může tuto péči zajišťovat? V první řadě je potřeba zmínit odborníky „první linie“, kteří se s cílovou intervenční skupinou setkávají, a to jsou **psychologové působící přímo na perinatologických a neonatologických pracovištích.** Přesto, že výzkumná zkušenost naznačuje, že čím je raná intervence včasnější, tím má dlouhotrvající a hojivější účinek (Landsem, Handegård, Ulvund, Kaaresen & Rønning, 2015), **nebývá u nás dosud práce psychologů zaměřujících se na pomoc této cílové skupině rodičů běžnou praxí**, příp. jsou v tomto směru nahrazováni klinickými psychology, kteří ale pracují pro celou nemocnici/ústav, a mnohdy tak není v jejich silách či časových možnostech dávat rodičům takovou psychologickou péči, jakou by si zasloužili. Bylo by tedy potřeba **posílit skupinu dětských**

klinických psychologů zabývajících se vývojovou diagnostikou. Zahraniční situace je v tomto ohledu jiná. Tam již například existují terciárně preventivní programy (např. v Norsku – Ravn et al., 2012).

Od roku 1996 existoval pro české rodiče *Klub rodičů a přátel předčasně narozených dětí*, založený PhDr. Danielou Sobotkovou, CSc., při ÚPMD v Praze-Podolí, který se v roce 2002 přetransformoval na samostatnou nestátní neziskovou organizaci s celorepublikovou působností – **Nedoklubko**. Jejím cílem je (1) podpora rodin s předčasně narozenými dětmi poskytnutím základního sociálního poradenství a psychosociální podpory, (2) zprostředkování kontaktů, (3) vytvoření prostoru pro sdílení zkušeností s rodiči s obdobnou zkušeností, (4) spolupráce s neonatology, psychology, dětskými neurology, pediatry atd. Činnost Nedoklubka se ale neomezuje jen na rodiče. Nabízí svou pomoc i zdravotnickým a pedagogickým pracovníkům či sociálním pracovníkům. Tato nezisková organizace taktéž organizuje nejrůznější typy vzdělávacích aktivit se zaměřením na danou problematiku, čímž se podílí na zvyšování všeobecné informovanosti v této oblasti (zdroj: www.nedoklubko.cz).

Jinou organizací, která se věnuje pomoci předčasně narozeným dětem a jejich rodičům, je **Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny** (www.predcasnenarozenedeti.cz), který u nás rodičům pomáhá od roku 2013. Jeho práce je unikátní v zajišťování finanční pomoci konkrétní rodině a její konkrétní potřebě spojené s předčasně narozeným dítětem. Může jít o příspěvek na cestovní výlohy/ubytování rodičům po dobu hospitalizace dítěte, na speciální výživu pro dítě, na hygienické potřeby a zdravotnické pomůcky, nebo nefinanční pomoc – zajištění psychologické/rehabilitační/následné péče pro rodinu předčasně narozeného dítěte.

Existují u nás i organizace, které pomáhají rodičům nedonošených dětí nepřímo – zřizují transparentní účty, z nichž financují nákup potřebného vybavení a přístrojů do perinatologických center, příp. školení zdravotnického personálu (např. nadační fond **Děti na dlani** v Brně nebo **Nadační fond „N“** při FN Motol v Praze).

Pokud se předčasně narozené dítě nadále vyvíjí jako dítě se zdravotním postižením nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, mohou se rodiče do věku sedmi let dítěte obrátit na **Střediska rané péče**. Ta jsou zřizována podle druhu postižení (např. pro děti se zrakovým, sluchovým, mentálním, tělesným postižením atd.). Zařízení poskytují terénní sociální služby (tzn. že rodiče nemusí s dítětem nikam dojíždět), jejichž základem jsou cca dvouhodinové konzultace za jeden až tři měsíce. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí přesně stanovuje, na jaké činnosti se má raná péče soustřeďovat: jde o (1) výchovnou, vzdělávací, aktivizační činnost, (2) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, (3) sociálně terapeutické činnosti, (4) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Společnost pro ranou péči, 2017).

Profylakticky mohou působit další svépomocné **rodičovské skupiny**, v nichž je prostor pro sdílení starostí i radostí matek a otců. V tomto sociálním kontaktu též mohou být mírněny případné pocity osamocenosti (ve smyslu nepochopení druhými lidmi, kteří nejsou touto situací zasaženi a řeší „problémy", které jsou rodičům předčasně narozeného novorozeňátka na míle vzdálené) (Novotná, 2009).

Důležitou součástí práce psychologa by tedy mělo být předání kontaktů na příslušné organizace a jimi nabízené služby, které mohou být pro rodiče v dané situaci relevantní a užitečné.

Dále mají rodiče k dispozici např. **internetové odkazy** – např. *BabyKlokánci* (http://babyklokanci.blogspot.cz/) nebo *Mámy pro mámy* (http://mamypromamy.blogspot.cz/). V dnešní době mohou dobře posloužit i sociální sítě – na Facebooku existují různé skupiny, které vznikly z potřeby rodičů předčasně narozených dětí („*Nejste v tom sami*", „*Nedonošené děti ANEB zázrak je na světě*", „*Nadační fond N – pro nedonošená miminka*", „*Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny*" atd.). Lze zde získat užitečné informace, povzbuzení a podporu.

Pro rodiče nedonošených dětí existuje také určité množství **populárně-naučné literatury** – u nás lze zmínit publikaci *Narodilo se předčasně* (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, Kopasová, Kaiserová & Müller, 2009) či *Narodilo se s problémy a co bude dál?* (Sobotková et al., 2009). Rodičům mohou pomoci se zorientovat v nastalé situaci a mohou poskytovat potřebné kontakty. Podobně může posloužit i publikaci typu brožury s názvem *Co chtějí nejkřehčí miminka?* (Dort, Dortová, Frömlová, Knězová, Hemzáčková, Láfová, 2015; ke stažení např. zde http://old.fnplzen.cz/cvp/cvp_brozura.pdf) anebo *Maličké miminko* (Janáčková & Kantor, 2015), příp. její volné pokračování *Máme doma miminko do dlaně* (Janáčková et al., 2016).

Výsledky kvalitativní studie, rozhovorů s rodiči předčasně narozených dětí, podporují myšlenku, že poskytování **znalostí, rad, pokynů a emoční podpory** je psychologicky relevantní způsob pomoci, neboť tito rodiče uváděli, že se posléze cítili v péči o své dítě méně vystresovaní, sebejistější a kompetentnější (Kynø, Ravn, Lindemann, Smeby, Torgersen & Gundersen, 2013).

Přesto, že jsem v úvodu této podkapitoly doporučovala mj. i ambulantní formu péče, lze říci, že na pozadí kontinuálně vedené a komplexní péče o rodiče nedonošených dětí by mělo být postupné směřování k rodičům jako **aktivním pečovatelům** a k jejich „**zplnomocnění**". Považuji za důležité, aby byli rodiče podněcováni k takovým činnostem jako je třeba klokánkování nebo hlazení (je-li to možné) co nejčastěji. To proto, aby se znovu a znovu učili potřebné jistotě a aby postupně odpozorovali projevy dítěte a učili se, jak na něj nejlépe reagovat. Je nezbytné dát rodičům najevo, že je potřebujeme, že dítě je potřebuje, že jsou našimi nepostradatelnými

spolupracovníky a že bez nich by miminko dobře prospívalo jen těžko. Svou účastí v péči o dítě se významně podílí na tom, aby tato péče mohla být považována za maximální možnou.

1.5.2 Psychologické sledování předčasně narozených dětí

Psychologické sledování je určeno především nedonošeným dětem, které se narodily **s porodní hmotností nižší než 1 500 gramů** (patří tak do kategorie VLBW, ELBW či ILBW s největšími riziky). Význam je zřejmý. Dlouhodobé sledování vývoje těchto nejrizikovějších dětí umožní zachytit případné odchylky v raných stadiích vývoje, což je velice důležité pro případné započetí co nejčasnější vhodné rehabilitace a patřičné stimulace, která může příznivě ovlivnit další psychický vývoj a rozvoj dítěte (Sobotková et al., 2009). Domnívám se, že nesplnění výše uvedeného kritéria, by ale nemělo být důvodem k nezařazení těchto dětí do systému psychologické péče. Existuje dostatek empirických důkazů, které zcela jasně svědčí pro indikaci k psychologickému sledování i u dětí s porodní hmotností vyšší než 1 500 gramů.

Mezi **hlavní cíle vývojové psychologické diagnostiky** těchto dětí patří pozornost věnovaná psychomotorickému vývoji, řešení ostatních vývojových a výchovných problémů, podpora raného vztahu s hlavní pečující osobou (Jahnová, 2009). Domkářová (2017) uvádí, že se u nás děti sledují pouze do dvou let života. Kašparová (2015) referuje o následné péči pro děti s perinatálními riziky až do pátého roku života. I tak lze považovat obě dvě časová období za ne zcela postačující. Domnívám se, že sledování předčasně narozených dětí by mohlo probíhat opravdu dlouhodobě – nemáme totiž například vůbec žádné informace o tom, jak si vedou předčasně narození v dospělosti. Takováto longitudinální psychologická práce by mohla přinést cenné poznatky, které by se daly využít pro vyslovování prognózy, která rodiče tolik zajímá. Očekávala bych i zaplnění poznatkové mezery v oblasti pozdní morbidity, o které máme také velmi málo informací. Kdybychom tyto informace měli, mohli bychom se daleko přesněji vyjádřit o skutečné úspěšnosti poskytované péče, neboť bychom měli alespoň rámcovou představu o kvalitě života předčasně narozených jedinců (Straňák, 2015).

Co přesně by mělo být u nezralých dětí sledováno? V raném věku je to především oblast psychomotorického vývoje, s postupem času začínají ale nabírat na významu i další vývojové oblasti jako je např. kognice (jejímž základem je smyslová percepce a následné zpracování) nebo socioemocionální vývoj.

Jaké diagnostické metody se k hodnocení psychického vývoje nezralých dětí nejčastěji používají? Jsou to především různé metody vývojové diagnostiky. U nás je nejčastější využití škály Bayleyové (BSID-II). Užívá se ale také Mnichovská funkční vývojová diagnostika nebo vyšetření podle Gesella. Na zjištěné výsledky by samozřejmě měla navazovat vhodná podpůrná a stimulační opatření.

1.6 Specifické zdravotní komplikace obvykle spojené s předčasným narozením

Stupeň nezralosti pochopitelně výrazně souvisí se zdravotním stavem nedonošeného dítěte (časnou morbiditou). Čím nezralejší miminko je, tím pochopitelně stoupá i výraznost poruchy. *„Předčasný porod samotný a následný vývoj dítěte v nemocničních podmínkách zcela odlišných od ideálního průběhu těhotenství v děloze matky s sebou nutně nesou riziko možných odchylek vývoje prakticky všech orgánových systémů dítěte. To může vést ke vzniku nejrůznějších komplikací. Ty se mohou objevit ještě v průběhu hospitalizace, ale někdy i s velkým časovým odstupem v průběhu dlouhodobého vývoje dítěte"* (Tkaczyk, 2017, nestr.).

Mezi tři nejčastější diagnózy u nedonošených dětí patří těžší formy retinopatie nedonošených, intrakraniální krvácení těžkého stupně a cystická periventrikulární leukomalacie[8] (ÚZIS, 2017). Obecně nejčastější jsou poruchy dýchání a krevního oběhu. Předčasně narozené děti ale mohou dále trpět také onemocněním novorozeneckou žloutenkou, mohou mít otevřenou tepennou dučej, existuje zde vysoké riziko napadnutí infekcí (k níž připočítejme z podstaty věci slabou imunitní odpověď dětského organismu), rodiče se mohou u svých nedonošených dětí setkat s krvácením do mozkových komor, s dětskou mozkovou obrnou, hydrocefalem, s anemií, problémy se srážlivostí krve atd. (Dokoupilová, 2009b).

Evropská asociace perinatální medicíny stanovila v roce 1996 sedm ukazatelů ke sledování pozdní morbidity, které představují ne tak časté, zato však nejzávažnější formy postižení. Patří sem dětská mozková obrna, postižení zraku pro těžkou retinopatii, kortikální slepota, senzorineurální hluchota, těžká vývojová retardace, těžká porucha růstu a vrozená těžká luxace kyčelního kloubu (Marková, 2006).

Z hlediska psychologie tedy není divu, že se rodiče předčasně narozených dětí potýkají s různými obavami – o celkové zdraví (někdy ale také život) a budoucnost dítěte, z dotýkání se svých dětí, manipulace s ním atd. Ze zdravotních komplikací, kterými je nedonošené dítě ohroženo, vyplývá, jak může být **navázání interakce a raného vztahu s miminkem omezené** ať už z důvodu předem daných návštěvních hodin nemocničního oddělení nebo kvůli fyzickým překážkám (obklopením dítěte zdravotnickými pomůckami, přístroji, ošetřovatelským materiálem apod.). Je pochopitelné, že neustálé zdravotní potíže vyvolávají v rodičích obavy a že negativně působí na emoční stav rodičů, kteří často prožívají nejistotu ohledně zdravotního stavu a prognózy jejich nedonošeného dítěte.

1.7 Vývojové problémy u předčasně narozených dětí

[8] Periventrikulární leukomalacie je ischemická nekróza bílé hmoty mozku přilehlé k postranním komorám, která postihuje nedonošené novorozence. Nejčastěji bývá diagnostikována při ultrazvukovém vyšetření mozku novorozence, kde jsou patrné periventrikulární echodenzity nebo cysty (WikiSkripta, 2015).

Rodiče předčasně narozených dětí si dělají starosti hlavně o jejich budoucí vývoj. U nedonošených dětí bylo zjištěno poměrně velké množství vývojových deficitů, psychických obtíží nebo různých mentálních postižení. Riziko abnormního vývoje se pochopitelně zvyšuje se závažností nedonošenosti. Některé deficity se mohou projevit již v raném věku[9] dítěte, avšak největší *„odchylky od normy se objeví až v průběhu pozdějšího vývoje (často ve školním věku), s dozráváním specifických oblastí mozku a s nárůstem požadavků na psychomotorickou funkčnost dítěte"* (Thorová, 2015a, s. 352).

Cílem této části není komplexní problematika psychického vývoje předčasně narozených dětí (protože ta je pochopitelně příliš rozsáhlá a přesahuje prostor i téma této diplomové práce). Jejím hlavním smyslem je především popis možných vývojových problémů, které byly u nedonošených dětí doposud zjištěny, a s nimiž se tedy mohou rodiče jako vychovatelé potýkat. Kapitola se tedy omezí jen na vybrané vývojové komplikace, které mají nebo bychom předpokládali, že by se mohly, promítat do výchovného stylu rodičů.

1.7.1 Neuropsychický vývoj

Předčasný porod představuje riziko narušení normálního procesu vývoje mozku. Četné výzkumné závěry dospěly k tomu, že u předčasně narozených dětí se vyskytují různé **neurovývojové deficity** nebo **neuroanatomické abnormality**. Můžeme sem zařadit **nepřítomnost nebo horší výbavnost některých reflexů**, vyšší výskyt **dětské mozkové obrny**, **epilepsie**, hyperkinézy, třesů, křečí, záškubů (Schieve et al., 2016; Vacuška, Vacušková & Dreiseitlová, 2003).

U nedonošených dětí byly též zjištěny abnormality týkající se bílé hmoty mozkové a hluboké šedé hmoty mozkové. Zatím není jasné, zda jde o zpožděnou formu zrání, či o skutečný patologický stav (Ferrari et al., 2012). Ke stejným výsledkům došla i jiná studie, v níž byly zjištěny i další významné dílčí závěry o menším celkovém objemu mozku, o menším cerebellu a o menším corpus callosum u předčasně narozených dětí (de Kieviet, Zoetebier, Oosterlaan, van Elburg & Vermeulen, 2012). Odchylky byly nalezeny taktéž v procesu myelinizace, která byla oproti donošeným dětem hodnocena jako zhoršená (Pugliese et al., 2013). Takové **nálezy by podporovaly souvislost s různými motorickými, senzorickými a kognitivními deficity**, s nimiž se nedonošené děti potýkají.

1.7.2 Smyslová percepce

[9] Ačkoli v roce 1989 upozorňoval Blasco (1989) na vliv obohacené stimulace v extrauterinním prostředí na mírně akcelerovaný psychický vývoj nedonošených dětí, převažuje dnes mezi odborníky názor, že v případě předčasně narozených dětí je zapotřebí užívat tzv. korigovaný věk (nutnost jeho užívání lze zřejmě nalézt v současných studiích, které hovoří spíše o vývojovém opoždění než o akceleraci – např. Pugliese et al., 2013). To je věk dítěte, který počítáme od doby, kdy se mělo narodit (tedy k plánovanému termínu porodu). Je to věk, který by dítě mělo, pokud by se narodilo v řádném termínu. Například když se dítě narodí o dva měsíce dříve, je ve čtyřech měsících života hodnoceno jako by bylo teprve dvouměsíční.

Naproti tomuto věku můžeme mluvit též o věku kalendářním (gestačním, chronologickém) – to je věk, který se počítá od reálného data narození dítěte. Korigovat věk je obvykle nutné jeden až tři roky (korigovaného věku), v závislosti na míře nezralosti při narození (Pařízek & Honzík, 2015).

Hmat

Nejranější percepce je **percepce hmatová** (taktilní). Hmat je prvním smyslem, který se začne vyvíjet *in utero* (přibližně od 6. týdne po početí) (Kopasová, 2009). *„Dlouho předtím, než jsme schopni vidět obraz, cítit vůni, pocítit chuť nebo slyšet zvuk, vnímáme sami sebe a okolí jen prostřednictvím hmatu. … Mateřský dotek je ve vývoji dítěte absolutním předpokladem zdravého růstu, vzniku pocitu bezpečí, emocionální a fyzické pohody"* (Nevolová & Foltová, 2015, s. 35).

Je pochopitelné, že rodičům připadá jejich drobounký potomek snadno zranitelný a křehký. Snadno se tak u rodičů mohou objevit obavy z dotýkání se svého dítěte. Odborníci ale doporučují tyto obavy rychle překonat, protože dotek jako takový je **významným prostředkem navázání kontaktu a komunikace s dítětem**, a to nejenom u nedonošených dětí. U předčasně narozených dětí se taktilní stimulace využívá především ve formě **hlazení, masáží, pochování a klokánkování**. Takový kontakt s nedonošeným miminkem přispívá ke zvyšování jeho tělesné hmotnosti, ke zkrácení délky pobytu na novorozeneckém oddělení, ke zklidnění dítěte a snížení prožívání stresu, ke snížení reakce na bolest, k podpoře sekrece růstových hormonů atd.; klokánkování je navíc přímo zaměřeno na podporu fyzického vztahu mezi matkou a dítětem (Lejeune & Gentaz, 2013).

Čich

Pro navázání emoční vazby mezi matkou a dítětem je také velice podstatný **čich**. Díky poznatkům z neuroanatomie a neurofyziologie víme, že v mozku jsou čichové dráhy z čichových laloků propojeny s limbickým systémem, který mimo jiné souvisí s pamětí a prožíváním emocí. To je důvod, proč můžeme říci, že jsou vůně a pachy s emocemi silně propojeny, a že tedy hrají významnou roli i ve vývoji předčasně narozeného dítěte.

Výzkumných zjištění na téma olfakce u malých dětí je ale málo (zvláště u předčasně narozených dětí). Kromě **detekce**, **diskriminace** a **zapamatování** čichových stimulů se u nedonošeného dítěte objevují také určité čichové **preference**, na něž lze usuzovat z výrazu obličeje dítěte. Všechny tyto údaje poukazují na to, že **čichová výkonnost** (i u nejvíce nezralých dětí) **je srovnatelná s čichem donošených dětí**[10].

[10] Na základě informací o čichu nedonošených tedy můžeme říci, že využívání aromaterapie má u předčasně narozených dětí své plné opodstatnění. Čichové výbavy nedonošeného novorozence lze využít kupříkladu tak, že v inkubátoru v blízkosti hlavy dítěte ponecháme dítěti kapesník nebo šátek, který nosí pečující osoba (neboť mateřská vůně může také hrát roli při budování vztahu matka-dítě a známé vůně mohou pro dítě představovat bezpečné prostředí, takže se dá předpokládat, že mohou mít na dítě uklidňující účinek). Podobně lze uvedených poznatků využít při potížích s krmením dítěte (vůně mateřského mléka má schopnost aktivovat pohyby v ústech – a to ve větší míře než mléko umělé) nebo když chceme snížit prožívání bolesti předčasně narozeného dítěte (vystavením známému pachu). Odorizací inkubátoru lze ovlivnit dokonce i respirační funkce dítěte (omezit výskyt apnoe) či snížit těžkou brachykardii. Obojí pak může mít kladný účinek na kvalitu spánku nedonošeného dítěte. To poukazuje na to, že čichové a respirační funkce spolu jemně interagují a že *„psychofyziologická rovnováha předčasně narozeného dítěte je úzce závislá na vnímatelných charakteristikách prostředí, ve kterém žije"* (Marlier, Gaugler, Astruc & Messer, 2007, p. 51).

Chuť

Chuť není pro účely této práce tolik zajímavá jako spíše samotné **kojení** coby situace sociální interakce mezi matkou a dítětem. Kromě toho, že mateřské mléko představuje pro dítě optimální zdroj výživy, je situaci kojení přisuzován také psychosociální význam, neboť samotný tělesný kontakt s matkou, pohled na ni, poslech jejího hlasu a tlukotu jejího srdce, stabilizace teploty, spontánní pohupování, samo sání jako uklidňující činnost či nasládlá chuť mléka a následná produkce opioidů atd. – to vše napomáhá u dítěte **uspokojit emocionální potřeby a potřeby sociálního zázemí** (Šulová, 2010). *„Situace kojení je nesporně jedním z nejdůležitějších pilířů pro navazování vztahu mezi matkou a dítětem a utváření jejich citového pouta"* (Takács, 2013, s. 78).

U nedonošených dětí ale kojení většinou a po různě dlouhou dobu možné není, neboť se zde vyskytuje mnoho komplikací, které možnosti dítě kojit zabraňují (neefektivní funkce zažívacího traktu, problémy se sáním, polykáním, dýcháním, obtíže s tvorbou mléka u matek). Je tedy nutné vzít v úvahu, že tyto děti bývají oproti svým donošeným „protějškům" v nevýhodě.

Sluch

Dalším smyslem, který se u dítěte vyvíjí, je sluch. Ten je základním předpokladem adekvátního rozvoje řeči. Pokud je vývoj řeči narušený[11] – a u nedonošených dětí častější obtíže v řeči byly zjištěny: **fonologické poruchy, morfologie, syntax, lexikologická stránka řeči, zadrhávání, různé formy dysfázie, dysartrie, dysfonie, nerozeznávání fonémů** (Johnson, Hollis, Kochhar, Hennessy, Wolke & Marlow, 2010; Reynolds, Meldrum, Simmer, Vijayasekaran & French, 2014) – negativně to ovlivňuje vývoj všech kognitivních procesů (zvláště abstraktního myšlení) i socializace (včetně výchovy). Takové děti např. nemohou slyšet emoční zabarvení řeči svých rodičů, těžko vyjadřují svoje potřeby a pocity, což může být pro rodiče neprůhledné, těžko pochopitelné. Frustraci pak mohou cítit jak rodiče, tak ale samotné děti. Jiná je situace u rodičů, kteří jsou také neslyšící. K tomu ale dochází spíše ojediněle (asi v 10 %) (Vymlátilová, 2006). To vše se může promítat do výchovného vedení rodičů i do jejich emočního vztahu ke svým předčasně narozeným dětem.

U slyšících nedonošených dětí je, stejně jako u zdravých donošených novorozenců, v rámci protosociální výbavy známa **preference pro lidský**, zvláště mateřský, **hlas**. Od raného věku dítěte je pak možné využívat toho, že **poslech mateřského hlasu z nahrávky pomáhá mírnit prožívání bolesti** u nedonošených dětí v gestačním věku od 29 do 36 týdnů (Chirico, Cabano, Villa, Bigogno, Ardesi & Dioni, 2017) a má **kladný účinek na fyziologické reakce** dítěte jako je např. srdeční a

[11] Stojí za zmínku, že výkony předčasně narozených dětí v řečových dovednostech bývají sice nižší, ale ve srovnání s donošenými dochází k postupnému snižování vývojových mezer (Ionio et al., 2016).

respirační frekvence (Sajjadian, Mohammadzadeh, Alizadeh Taheri & Shariat, 2017). Ten potvrzuje i jiná studie (metaanalýza), v níž však autoři poukazují na to, že není dostatek důkazů pro vyhodnocení dlouhodobých účinků vystavení mateřskému hlasu (Filippa et al., 2017).

V rané péči o nezralé dítě se také využívá hudba (**muzikoterapie**) jako vhodné pozadí mírnící rušivé zvuky přístrojů a jako způsob, jímž může být **podporována homeostáza a neurologický vývoj** předčasně narozeného dítěte (Kopasová, 2009).

Zrak

Z iránsko-australské přehledové studie vyplývá, že nejčastějšími oftalmickými poruchami u předčasně narozených dětí jsou krátkozrakost (myopie), strabismus a retinopatie nedonošených, které tak mohou negativně ovlivňovat jejich kvalitu života kvůli snížené ostrosti zraku (Yazdani et al., 2017). Tím, jak jsou jeho **možnosti sociální interakce omezeny**, se mohou potíže se zrakem nepřímo promítat i do rodičovské výchovy, která je jednou z variant sociální interakce. Je potřeba si uvědomit, že vývoj sociální interakce je poškozením, či dokonce ztrátou zraku, významně omezen či narušen. Tak např. „*základ reciproké komunikace a většiny sociálně získaných dovedností je vytvářen v normálním vývoji právě sdílením vizuálních zkušeností. Časné sociálně interakční výměny zakládající prožitek ‚primární' intersubjektivity jsou řízeny především zrakem a také porozumění ‚sekundární intersubjektivitě' (zkušenost, že druhý se podobným způsobem jako já vztahuje k předmětům v okolí, má podobné potřeby a pocity) nebo vývoj ‚teorie mysli' jsou zprvu vázány převážně na vizuální výměny s dospělými, na vizuální odkazování (dítě se očima ‚ptá' rodičů na význam nových situací) a na sdílení společných zájmů*" (Pihrtová, 2006, s. 133).

Lze tedy dílčím způsobem shrnout, že u nedonošených dětí byly **smyslové poruchy**, **oslabená senzorická integrace** nebo **potíže ve vizuomotorické oblasti** nalezeny ve vyšší míře (Pugliese et al., 2013). Zejména těžké poruchy zraku a sluchu mají sice nízkou, zato však relativně statickou incidenci (Fawke, 2007).

Pro tuto práci jsou nejdůležitější poznatky, které se váží k tomu, že **smyslové vstupy mohou posílit nebo oslabit vztahy se sociálním prostředím**. To je také důvod, proč jsem se smyslům předčasně narozeného dítěte věnovala tak podrobně. Jinými slovy: **kvalita všech smyslů** předčasně narozeného dítěte **se promítá do kvality jeho sociální interakce** s druhými lidmi, a může se tedy podílet i na kvalitě emočního připoutání (attachmentu), který je považován za raný prototyp všech dalších vztahů, tedy včetně vztahu rodič-dítě. K tomu je zapotřebí připočíst veškerou náchylnost ke smyslovým defektům, jimiž jsou předčasně narozené děti ohroženy a které se tak mohou podílet na jeho vyšší vulnerabilitě. Cílem této podkapitoly bylo dovést čtenáře k pochopení, jak se morbidita spojená s perinatální zátěží může manifestovat do socializace dítěte

úzce související s výchovným působením rodičů. Vedle toho bylo také mou snahou poukázat na možnosti, jak lze od počátku nezralému dítěti dodávat nejrůznější výchovné stimuly.

1.7.3 Okolnosti rané socializace u předčasně narozeného dítěte

Předpokládáme-li kontinuitu psychického vývoje a chceme-li se v další kapitole zabývat výchovnými styly rodičů předčasně narozených dětí, je potřeba naznačit, jaké jsou vůbec počátky socializace v ontogenetickém vývoji takového dítěte. Vycházím z předpokladu, že podmínky rané socializace pro předčasně narozené dítě specifické by mohly představovat pramen (původ) emočního vztahu rodičů k dítěti, popř. i výchovných požadavků na něj kladených. Toto teoretické východisko lze doložit slovy Čápa (2007), který se zmiňuje o tom, že děti nejsou jen pasivními objekty výchovného působení, a to se projevuje už od nejranějšího dětství. Příkladem konkrétního dopadu na styl výchovy rodičů je situace v rodině s dítětem, které se projevuje neklidně, s mrzutou náladou (což jsou charakteristiky, které nedonošené děti často splňují), a které tak rodiče znejistňují a frustrují, a tedy podporují jejich negativní emoční projevy a nepříznivý výchovný styl.

U zdravého donošeného dítěte představují základní předpoklady pro navázání synchronní interakce mezi matkou a dítětem dva aspekty: jednak protosociální výbava na straně dítěte, jednak senzitivní perioda na straně matky a přítomnost tzv. intuitivního rodičovství (Šulová, 2010). *„Optimální mateřské chování je řízeno dle aktuálního stavu dítěte, čímž se postupně vytváří synchronní dialog, ve kterém matka a dítě věnují pozornost jeden druhému a reagují navzájem na své momentální chování a signály"* (Sobotková, Dittrichová & Procházková, 2015, s. 128).

Specifická situace ale nastává u dítěte nedonošeného. Tam je stav mnohem komplikovanější. **Dosavadní (prenatální) kontinuita kontaktu** matka-dítě je poměrně **náhle přerušena** a podle vážnosti zdravotního stavu je dítě umístěno na speciální neonatologické/perinatologické oddělení, kde je různě dlouhou dobu od rodičů separováno. *„Dítě přichází zatím nezváno, jiné, než bylo očekáváno a téměř vždy je od matky odděleno. Matka místo intimní péče, na níž je biologicky nastavena, putuje k inkubátoru na JIP, často denně desítky kilometrů daleko. Uprostřed dokonalé techniky, ztracené mezi hadičkami infusí a svodů, leží několik set gramů vážící dítě"*, říká lékařka dlouhodobě pečující o předčasně narozené děti, Chvílová-Weberová (2013, s. 37). Ta také dále zmiňuje, že na straně dítěte to může pro časnou interakci znamenat **narušení poporodního imprintingu**. O jeho důležitosti (ve smyslu determinující kritické vývojové periody) se ale v současné psychologii vedou spory. Bowlby byl naproti tomu přesvědčený, že děti jsou k připoutání stejně vrozeně naprogramovány jako Lorenzova pokusná kachní mláďata, a Harlow, který na Bowlbyho navázal, prokázal působení mateřského imprintingu i u primátů (opic). Domnívám se,

že tedy není zcela jasné, zda je tato oblast relevantní v postupném rozvoji interakce rodičů a nedonošeného dítěte. Naproti tomu víme, že raný poporodní tělesný kontakt rodič-dítě má určitě svůj význam zdravotní (o který jsou ale předčasně narozené děti rovněž obvykle ochuzeny). Pokud je to tedy možné, měl by být vždy umožněn.

Raný kontakt matka-dítě bezprostředně během čtvrté doby porodní **spouští intuitivní mateřské chování** (resp. mateřskou senzitivní periodu, tj. hormonální[12] disponovanost matky k adekvátnímu chování vůči vlastnímu dítěti), které představuje **základ pro synchronizaci interakce matka-dítě** a který je nezastupitelný také pro **iniciaci laktace** (Chvílová-Weberová, 2013; Šulová, 2010). **U nedonošených dětí jsou tyto možnosti zmařeny, neboť jsou předčasným porodem přerušeny**. Doposud jen nepatrné množství příležitostí ke vzájemnému kontaktu, poznávání, vyladění se na sebe, podmínky dané hospitalizací nedonošených dětí (fyzická, časová, zdravotní omezení, celkově dlouhé oddělení pečovatelů a dítěte) mohou logicky **dovednosti intuitivního rodičovství ohrozit** (Papoušek, 2004), neboť *„je-li matka od dítěte separovaná, slábne nastavení celé její bytosti ve vnímání signálů dítěte"* (Chvílová-Weberová, 2013, s. 37).

Bylo zjištěno, že v důsledku přerušení žádoucí kontinuity raného kontaktu se pak matky svých nedonošených dětí **méně dotýkají**, **méně k nim promlouvají**, **méně jsou s nimi v očním kontaktu** – a to i dlouhodobě po propuštění domů (Holditch-Davis & Thoman, 1988; Sobotková, Dittrichová & Procházková, 2015). Zkrátka „*…odloučení matky od dítěte po porodu zasahuje do rozvoje synchronizace jejich afektivity a reaktivity*" (Šulová, 2010, s. 30). Význam fyzického kontaktu pro rodiče i pro dítě je opakovaně podporován výzkumnými výsledky (např. Conde-Agudelo, Belizán & Díaz-Rossello, 2016). Jeho blahodárné účinky u nezralých dětí byly již zmíněny výše v odstavci o hmatu (viz podkapitola *1.7.2 Smyslová percepce*). Dospělí, se kterými se rodiče nemazlili, se mohou cítit ochuzeni a v dětství u nich převládala chladná autoritativní výchova (Thorová, 2015b).

Vzhledem k tomu, že na podkladě kontaktu s pečujícími osobami – v podmínkách, které byly právě popsány – se rozvíjí **attachment**[13], dalo by se celkem logicky očekávat, že populace předčasně narozených dětí bude mít zvýšené riziko rozvoje nejisté citové vazby (*insecure attachment*). Výzkumy na toto téma však přinesly rozporuplné výsledky. Určitá skupina empiricky podložených výsledků svědčí pro podobné rozložení typů attachmentu jako v normální populaci, tedy v tomto případě v populaci donošených dětí. Paralelně jsou však publikovány i výsledky opačné – tj. někteří autoři našli odlišné rozložení typů attachmentu u nedonošených dětí v porovnání s dětmi narozenými v očekávaném termínu (např. Colin, 1996).

[12] Jde o hormony prolaktin, oxytocin, endorfiny (Chvílová-Weberová, 2013).

[13] Terminologie vztahující se k teorii raného citového pouta není v češtině dosud jednotná. K termínu attachment existuje několik ekvivalentů: *rané citové pouto* (Kulísek, 2000), *přimknutí* (Fonagy & Target, 2005), *připoutání* (Břicháček, 1999; Hašto, 2005), *vazba* (Brisch, 2011; Radimská, 2002), *přilnutí* (Šturma, 2005). Jiní autoři (Vavrda, 2005) se rozhodli termín nepřekládat a používají anglický termín attachment. K poslední variantě se přikláním i já v této práci, neboť tím odpadají potíže s překladem. Domnívám se ale, že všechny zmíněné termíny lze považovat za synonyma.

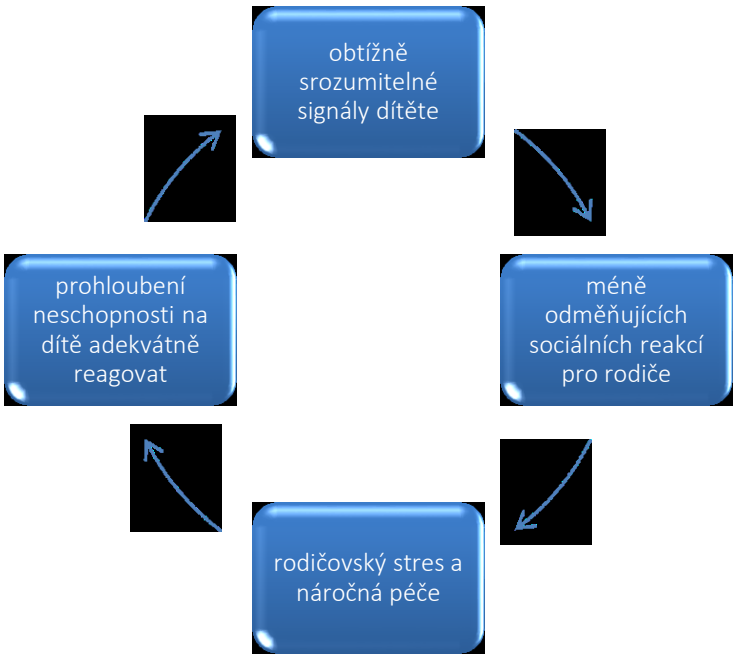
Nejnovější výsledky shrnují autorky Korja, Latva a Lehtonen (2012) v metaanalytické studii. Specifické rizikové faktory pro vznik nejistého attachmentu byly odhaleny v souvislosti s neurologickým postižením, časnými problémy s dýcháním nebo s delší dobou hospitalizace na JIP.

Předchozí studie zkoumaly dopad předčasného porodu na kvalitu attachmentu, ale jen málo z nich prozkoumalo extrémně předčasně narozené děti a téměř žádné údaje nebyly publikovány o předčasném narození a jeho dopadu na attachment v dospělosti (Hallin, Bengtsson, Frostell & Stjernqvist, 2010). To jsou bílá místa, která jsou otevřena dalšímu výzkumnému bádání.

Je tu ale celá řada dalších faktorů, které komplikují ranou socializaci předčasně narozených dětí. V odborné literatuře je popisována **nedostatečná** (nezralá) **protosociální výbava**, **vyšší dráždivost** a **labilita** nedonošených dětí, častější projevy **neklidu a obtížnější utišitelnost**, **kratší bdělost** a **nižší reaktivita na smyslové a sociální podněty** za současné **malé srozumitelnosti signálů**, které nedonošené dítě vysílá (Amankwaa, Pickler & Boonmee, 2007; Langmeier & Krejčířová, 2006a). Je logické, že se na tuto sníženou reaktivitu rodiče snaží dítěti nabídnout **zvýšenou stimulaci a vlastní aktivitu**, která ale paradoxně dítě jen **přetěžuje** a jeho **nereaktivita (apatie) se tím prohlubuje**. Všechny tyto specifické podmínky kladou na rodiče zvláštní požadavky v oblasti raného kontaktu.

Není tedy divu, že v interakci s nedonošeným dítětem dochází k opakovaným selháním a že **nedonošené dítě a jeho matka jsou vysoce vulnerabilní ke vzniku tzv. bludného interakčního kruhu** (jehož grafické znázornění si může čtenář prohlédnout níže na schématu č. 1). Vždyť nejčastějšími příčinami asynchronie ve vzájemných interakcích jsou zdravotní stav dítěte, dysfunkce jeho smyslů, zvýšená dráždivost (Šulová, 2010). Všechny tři podmínky nedonošené děti velmi často splňují a lze se tedy právem domnívat, že jsou takovouto **asynchronií ohroženy více než děti donošené**. Mohu tedy shrnout, že *„nedonošené dítě představuje pro své rodiče … odlišného sociálního partnera, který je méně srozumitelný a předvídatelný“* (Beckwith & Cohen, 1989 podle Langmeier & Krejčířová, 2006a, s. 27).

Schéma č. 1 *Bludný interakční kruh rodič-nedonošené dítě* (Papoušek, 2004, s. 97; Sobotková, Dittrichová & Procházková, 2015, s. 129)



Výše uvedený cyklus může ve vývoji vzájemného vztahu rodičů a nedonošeného dítěte působit trvaleji. S následky nedonošenosti dítěte se mohou rodiče i dítě vyrovnávat dlouhou dobu, protože nezralost dítěte při narození s sebou nese riziko zdravotních problémů po celý jeho život.

Výsledky z metastudie finských autorů na téma **interakce matka-nedonošené dítě** nejsou zcela konzistentní (Korja, Latva & Lehtonen, 2012): zatímco většina výzkumníků popisuje u matek předčasně narozených dětí **nižší senzitivitu**, **nižší responzivitu** (pohotovost reakcí), **vyšší míru vyrušování** („vtíravosti", intruzivity), **nižší výskyt úsměvů**, **menší pozornost věnovanou signálům předčasně narozeného dítěte** a **vyšší míru kontrolního chování** než u matek donošených dětí (např. Forcada-Guex, Pierrehumbert, Moessinger, Borghini & Muller-Nix, 2006; Schmücker et al., 2005), výzkumné závěry jiných studií nepodporovaly existenci rozdílů v interakci matka-nedonošené dítě, popř. v nich autoři vyslovovali myšlenku, že by **samotná předčasnost narození nemusela mít na kvalitu interakce zásadnější vliv** (např. Gerner, 1999). Ve Finsku dokonce našly náznaky, které by svědčily spíše pro **vyšší kvalitu interakce ve skupině předčasně narozených**, a to v souvislosti s častější frekvencí a delším trváním držení dítěte v náručí než ve skupině dětí donošených (Korja et al., 2008). Nejpatrnější byly rozdíly v interakci během prvních šesti měsíců kojeneckého (korigovaného) věku dítěte, ačkoli se zdá, že pokračují dále. Na základě analyzovaných studií je ale v závěru možné přijmout předpoklad, že interakce matka a předčasně narozené dítě skutečně vykazují určitá specifika oproti dyádě s donošeným dítětem.

Co se týče **interakce otec-nedonošené dítě**, není u nás zvykem se na ně zaměřovat, zvláště v raném období vývoje dítěte. Přesto se domnívám, že je důležité, abych zde vyzdvihla jejich roli, protože je velice významná. Bylo totiž zjištěno, že **otcové jsou zásadně důležití pro psychosociální podporu matky**, která snižuje její stres (Gatta et al., 2017; Sobotková, Dittrichová & Mandys, 1996).

To samozřejmě podtrhuje protektivní roli otce. Otázkou ale zůstává, kdo snižuje stres prožívaný otci samotnými.

V analýze třech kazuistik brazilských otců se ukázalo, že jejich vztah s předčasně narozeným dítětem byl stejně jako u matek, zejména během prvních týdnů hospitalizace, poznamenán **strachem z fyzického kontaktu** (Medeiros & Piccinini, 2015). Naproti tomu bylo nalezeno, že u otců se více než u matek objevovala **nízká míra responzivity** projevující se fyzickým, výrazovým i vokálním odtažením, a to napříč všemi stupni nezralosti dítěte (Neri et al., 2017). Z rozhovorů se švédskými otci sebraných mezi prvním a třetím měsícem po porodu a následně tři roky poté vyšlo najevo, že v první fázi po předčasném porodu chtěli obtíže s ním spojené pouze „přetrpět", ale následně se vlivem postupně získaných zkušeností s dítětem cítili kompetentnější a začali se snažit o budování bezpečné základny pro svou rodinu. Celkově popisovali předčasný narození dítěte jako totální **reorganizaci života** (Lundqvist, Hellström-Westas & Hallström, 2014).

Problémem těchto studií je, že některé z nich **nedostatečně kontrolovaly různé stupně nedonošenosti** nebo že **slučovaly matky s jedním nedonošeným dítětem** (jedináčkem) **s nedonošenými dvojčaty a vícerčaty**. U matek, kterým se předčasně narodila dvojčata, byla zjištěna nižší senzitivita než u matek s jedním předčasně narozeným dítětem (Beer, Israel, Johnson, Marlow, Whitelaw & Glazebrook, 2013), takže jde jistě o intervenující proměnnou, která by měla být ve výzkumném šetření zohledněna. Rozdíly ve výzkumných výsledcích mohou být způsobeny jak **širokou rozmanitostí užitých diagnostických (výzkumných) metod**, které byly zvoleny (videozáznam situací s různou mírou strukturace a jejich analýza, různé typy rozhovorů, rozličné metody vývojové diagnostiky), tak **výraznými odlišnostmi v socioekonomických charakteristikách vzorků** či **odlišnými definicemi „předčasného porodu"**. Přesto je zajímavé, že z celkových osmnácti analyzovaných studií (nejstarší z roku 1980, nejnovější z roku 2010) jen pět z nich hlásilo (v porovnání s referenční skupinou) neodlišující se nebo dokonce lepší kvalitu interakce matka-nedonošené dítě (Korja, Latva & Lehtonen, 2012).

Víme, že **senzitivita a responzivita ve výchovném stylu rodičů jsou důležité pro optimální vývoj dítěte**, což naznačuje, že rodičovské chování je spojeno s attachmentem u dítěte (Bowlby, 1980). Jaké jsou ale konkrétní souvislosti attachmentu a výchovného stylu rodičů? Byl nalezen vztah mezi intruzivitou[14] rodičů a výskytem dezorganizovaného typu attachmentu u dětí v jednom roce věku (Wang, Cox, Mills-Koonce & Snyder, 2015). Výzkum byl ovšem prováděn na vzorku dětí donošených. Zajímavá je myšlenka amerických autorů Main a Hesse (1990), kteří uvažují, že by intruzivita matek mohla souviset s nevědomým přenášením

[14] Ta byla ve studii definována jako ničím nepodmíněné verbální pokyny (příkazy) nebo fyzické chování rodičů, které omezují dětské chování a činnosti. Typická je silná víra v disciplínu a kontrolu. Taková komunikace s dítětem by pak nejlépe odpovídala autoritativnímu stylu výchovy; resp. tento necitlivý styl výchovy „obsahuje" značné množství intruzivity.

vlastních prožitých ztrát či dětských traumat a že by mohly v interakci se svým dítětem vstupovat do jakéhosi disociativního stavu mysli, který by podmiňoval jejich nekonzistentní a znepokojivé chování. To by mohlo platit pochopitelně i pro otce.

Velice zajímavé jsou poznatky z pákistánské studie (Akhtar, 2012), která si kladla za cíl zkoumat účinky[15] rodičovského výchovného stylu na typy attachmentu u studentů mezi patnácti a osmnácti lety. Bylo zjištěno, že existuje signifikantní vztah mezi autoritativním výchovným stylem rodičů a úzkostně vzdorujícím typem attachmentu. O něco slabší byl nalezen vztah i k úzkostně vyhýbavému attachmentu.

Ve vztahu k permisivnímu výchovnému stylu byla u otců nalezena silnější korelace s úzkostně vzdorujícím attachmentem než s attachmentem úzkostně vyhýbavým. U matky byla situace opačná. Všechny uvedené vztahy tedy svědčí od slabší až po středně silnou závislost. Mezi demokratickým stylem výchovy a typem attachmentu nebyly výsledky signifikantní. Výsledky této studie přehledně shrnuje tabulka č. 2.

Tab. č. 2 *Korelace rodičovských výchovných stylů a typů attachmentu* (Akhtar, 2012, nestr.)

		Úzkostně vzdorující attachment	Úzkostně vyhýbavý attachment
Autoritativní styl	matka	r = 0,254; p = 0,001	r = 0,158; p = 0,035
	otec	r = 0,373; p < 0,001	r = 0,204; p = 0,006
Permisivní styl	matka	r = 0,371; p < 0,001	r = 0,192; p < 0,001
	otec	r = 0,169; p = 0,024	r = 0,288; p < 0,001

Dá se očekávat, že výsledky u nezralých dětí by mohly být podobné. Tento předpoklad však doposud výzkumně ověřen nebyl.

1.7.4 Výskyt psychiatrických diagnóz

Aktuální výzkumy dokládají, že děti narozené předčasně jsou ohroženou skupinou pro rozvoj psychických onemocnění, zvláště neurovývojových a behaviorálních. Podle odborníků jde ale (v porovnání se somatickou stránkou u nezralých dětí) o zanedbávanou oblast. Mezi nejčastější psychopatologické symptomy u nedonošených dětí patří symptomy **úzkostných poruch** (fobií, separační úzkostné poruchy)**, deprese, poruch pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), specifických poruch učení a poruch autistického spektra** (Johnson et al., 2010; Michálková Grézlová, Marková, Ptáček & Goetz, 2016; Schieve et al., 2016). S předčasným narozením se pojí vyšší výskyt **mentální retardace**. V oblasti kognice můžeme dále jmenovat **narušení exekutivních funkcí**, vč. obtíží s **pracovní pamětí** či úkolů náročných na **inhibici**, obtíže v oblasti **pozornosti** ve **vizuospaciálním zpracování**, v **matematických dovednostech** (Baron, Kerns, Müller, Ahronovich &

[15] Studie mluví o „účinku/efektu/vlivu“, avšak podle použité metodologie by bylo zřejmě vhodnější, kdyby autorka hovořila pouze o nálezu vztahu či korelace.

Litman, 2012; Mulder, Pitchford, Hagger & Marlow, 2009; Ritter, Perrig, Steinlin & Everts, 2014; Taylor, Espy & Anderson, 2009).

Avšak vztah mezi mírou nezralosti dítěte a mírou rizika není jednoduše přímo úměrný, jak bychom možná čekali – Rogers, Lenze a Luby (2013) dokazují, že oproti dětem donošeným jsou i děti lehce nedonošené ohroženy až třikrát vyšším rizikem výskytu psychiatrických onemocnění.

Význam pro rodičovskou výchovu tkví ve včasném záchytu obtíží, který má představovat prevenci proti jejich dalšímu prohlubování. Může se jednat např. o korekci rodičovských očekávání tak, aby dítě nebylo zbytečně přetěžováno. U amerických dětí s ADHD nebo s poruchami autistického spektra byl identifikován častější výskyt permisivního výchovného stylu (Hutchison, Feder, Abar & Winsler, 2016). Lze shrnout, že všemi výše uvedenými skutečnostmi získáváme nárok hovořit o nedonošeném dítěti jako o **dítěti se specifickými výchovnými potřebami**.

1.8 Prognóza psychického vývoje předčasně narozených dětí

Je pochopitelné, že rodiče od odborníků žádají jejich vyjádření vztahující se k budoucnosti vývoje jejich dítěte. Co se týče *psychického* vývoje nedonošeného dítěte, je nutné konstatovat, že je **nesmírně obtížné ho předpovědět**. Spíše by se hodilo říci, že to ani nedovedeme. U dětí v *kojeneckém* věku, které se narodily předčasně, nemůžeme spolehlivě předpovědět, jaký bude jejich další vývoj. U velmi nedonošených dětí nemůžeme spolehlivou prognózu vyslovit dokonce ani u dětí, které jsou ve věku *batolecím* (cca do dvou let). *„I pak je obtížné dělat předpovědi do školních let, zejména co se týče mírnějších odchylek. To je vysvětlitelné plasticitou nezralého nervového systému, na které mohou kladně i záporně působit různé vnitřní i vnější podněty během jeho dalšího vyzrávání“* (Sobotková et al., 2009, s. 103).

Rodiče tak kvůli nejistotě, kterou psychologická prognóza skýtá, mohou pociťovat další frustraci z toho, že se jim nedostalo dostatečně uspokojivých a konejšivých odpovědí. Schopnost predikce a zvyšování lidské spokojenosti a zdraví – to jsou ale jedny ze základních úkolů (cílů) psychologie jako vědního oboru (Plháková, 2003). Je zde tedy explicitní potřeba longitudinálních studií, od nichž se očekává, že budou odborníkům z různého vědního spektra (lékaři, psychologové, speciální pedagogové atd.) poskytovat spolehlivé údaje a které pak budou moci předávat rodičům těchto dětí.

Co ale jako psychologové můžeme pro rodiče udělat, je alespoň poskytování informací o aktuálním vývoji jejich dětí, což zase implikuje potřebu sledování psychického vývoje předčasně narozených dětí. Taková informativní činnost pochopitelně vyžaduje velmi citlivý přístup psychologa, neboť jak už jsem několikrát zmínila, dobrá psychická pohoda rodičů je pro zdravý vývoj jejich vulnerabilních dětí klíčová. Je tedy potřeba volit, zda např. rodičům sdělovat všechny informace, které jsme jako psychologové zjistili (Sobotková et al., 2009).

2. CHARAKTERISTIKA VÝCHOVNÉHO PŮSOBENÍ V RODINÁCH S PŘEDČASNĚ NAROZENÝM DÍTĚTEM

2.1 Pojetí rodičovského výchovného stylu

Gillernová (2009, s. 1) píše, že: „*Ačkoli úhlů pohledu a přístupů ke sledování vlivu rodiny na dítě, postojů rodičů k dětem, rodinných interakcí je celá řada. Způsob výchovy v rodině je součástí životního stylu rodiny, je jeho relativně stabilní charakteristikou a souvisí s řadou spolupůsobících momentů*". Co ale nazýváme v této práci rodičovskými styly výchovy? Jedná se o **psychologické konstrukty, pomocí nichž se snažíme popsat strategie, které rodiče používají při výchově svých dětí**, a to bez ohledu na záměrnost nebo bezděčnost jejich konání[16]. Mezi takové strategie patří **udržování disciplíny**, **emoční vřelost** ve vztahu k dítěti, **nabídka sociální interakce**, **užívaný komunikační styl**, **míra kontroly**, **protektivita** či **vedení k autonomii** (Thorová, 2015c). Zahrnuje mnoho psychologických konceptů, kulturní normy a praktické zřetele (Shah, Robbins, Coelho & Poehlmann, 2013; Treyvaud et al., 2016).

Jednotlivé rozdíly mezi rodiči jsou vyjadřovány právě pomocí tzv. výchovných stylů anebo též způsobů výchovy. Podle Čápa „*výchovný styl vyčleňuje z vysoce složitého souboru výchovných procesů klíčové momenty: zejména emoční vztahy dospělých a dětí, jejich způsob komunikace, velikost požadavků na dítě, způsob jejich kladení a kontroly. Projevuje se též volbou výchovných prostředků a způsobem reagování dítěte na ně*" (2007, s. 303).

2.2 Determinanty rodičovského výchovného stylu

Za obecné determinanty výchovného stylu rodičů považuje Čáp (2007) pět následujících okruhů: vlastnosti a zkušenosti rodičů, vzájemné vztahy a interakce mezi rodiči a dětmi, vlastnosti a zkušenosti dětí, události a změny v podmínkách v nejbližším prostředí dítěte a širší sociokulturní podmínky. Ve výchovném stylu rodičů předčasně narozených dětí se uplatňují jak tyto obecné determinanty, tak ale také určité specifické faktory.

Co se týče **obecných vlastností a zkušeností rodičů**, ukázalo se, že silně nepříznivé výchovné styly jsou typické u nezralých osobností, které jsou emočně labilní, mají neadekvátní sebehodnocení, nejsou spokojení se svou rolí rodiče, projevují se velmi agresivně či naopak

[16] Ačkoli pedagogika definuje výchovu jako „*proces* [výhradně] *záměrného* [a cílevědomého] *působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji*" (Průcha, Walterová & Mareš, 2008, s. 277) a odlišuje ji tak od procesu socializace, v psychologii je toto oddělení obtížné. Mimo to bývá v literatuře také běžně zmiňován pojem *bezděčné, spontánní, funkční výchovy* (Langmeier & Krejčířová, 2006b), což by v pedagogické teorii znamenalo nesmysl. V psychologii ale není pochyb o tom, že např. vzor dospělých či užívání určitých způsobů chování, které mají charakter odměny či trestu, mají svůj formativní potenciál. Mezi záměrnou a nezáměrnou výchovou existuje tedy vztah vzájemné propojenosti a plynulého přechodu. O bezděčnosti ve výchově se také velice pregnantně vyjádřil náš přední dětský psycholog, Zdeněk Matějček, svým oblíbeným tvrzením: „*Nejvíce vychováváme, když nevychováváme*".

nesamostatně, závisle, pasivně. Cholerický temperament rodiče je rizikový pro dětskou percepci záporného emočního vztahu; naproti tomu kladný emoční vztah se častěji vztahoval k inteligenci, kulturnosti, přívětivosti a extraverzi rodičů. Emoční labilita a nízká míra přívětivosti jako rysu osobnosti rodičů má vztah zejména ke kladení vysokých požadavků. Pro určitou závislost výchovného stylu na hereditě svědčí skutečnost, že jednovaječná dvojčata coby rodiče měla podobný výchovný styl. Velice významný je vztah zkušeností z původní, orientační rodiny a výchovného stylu, který přináší do své vlastní, rodiny prokreační (mluvíme o transgeneračním přenosu). Ten může mít formu napodobování prosté jakékoli hlubší reflexe („*Dělali to tak moji rodiče, tak to tak budu dělat také*.“) nebo také formu vymezení se proti rodičovským praktikám („*Nechci být jako moji rodiče!*“). Důležitým aspektem je také vzdělání rodičů, neboť u nižších stupňů vzdělání rodičů byly nalezeny častěji méně vhodné styly výchovy (především pole 3) a naopak – u rodičů s vyšší úrovní vzdělání byly častější příznivější výchovné styly (pole 4 a 5) (Benišková, 1996; Čáp, 2007; Maříková, 1997).

V rámci **specifických faktorů** působících na výchovný styl rodičů předčasně narozených dětí znovu připomeňme především sníženou senzitivitu, menší míru responzivity, a naopak vyšší výskyt intruzivních projevů vůči dítěti, dále častější stimulační projevy nebo nižší frekvenci dotyků a úsměvů (Forcada-Guex et al., 2006; Schmücker et al., 2005).

Svou roli hraje také **povaha interakcí** mezi rodiči navzájem, případně prarodiči a dalšími členy rodiny i mimo rodinu (přátelé, sousedi). Může se jednat například o situace, kdy dominantnější rodič přiměje submisivnějšího k tomu, aby přizpůsobil své chování k dětem (Čáp, Čechová & Boschek, 2000). Povaha vzájemných interakcí mezi nezralými dětmi a jejich rodiči může souviset s představou určité subjektivně vnímané „normy“ týkající se výchovného působení. Mohlo by tedy být zajímavé vést rozhovory s rodiči nedonošených dětí a ptát se jich, zda nějakou takovou představu o „normě“ mají a popř. jakou.

Podstatným determinantem výchovného stylu je **samo vychovávané dítě**. Jeho chování představuje pro rodiče zpětnou vazbu, která působí na reakci rodiče (zachování osvědčených výchovných způsobů apod.). To se projevuje od nejranějšího dětství (na což poukazuje především podkapitola *1.7 Vývojové problémy u předčasně narozených dětí*). V tomto smyslu bych tedy chtěla znovu zdůraznit smyslové zvláštnosti předčasně narozených dětí, vyšší dráždivost, labilitu, nesrozumitelnost signálů (Amankwaa, Pickler & Boonmee, 2007; Jahnová, 2009; Langmeier & Krejčířová, 2006a) nebo výskyt psychiatrických diagnóz, které mohou implikovat určitý styl výchovy. Nesmíme zapomenout ani na temperament dítěte a na zohlednění vývojové fáze, ve které se dítě právě nachází. V kontextu předčasně narozených dětí je důležité nezapomínat na korekci věku, která se provádí zhruba do dvou až tří let věku, ale to je potřeba zhodnotit individuálně. Stejně jako u dítěte donošeného, je zapotřebí počítat i u dítěte nedonošeného s pořadím, ve kterém se narodilo, neboť např. vřelejší emoční vztah se může

obrátit až k druhému dítěti poté, co prvorozené dítě okusilo řadu rodičovských chyb. Nezapomeňme, že svou roli může hrát i chtěnost nebo nechtěnost dítěte.

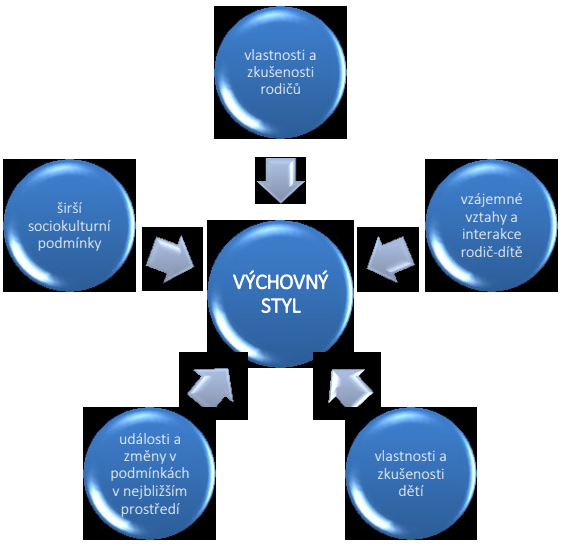
Rodina jako prostředí dítěti nejbližší pochopitelně také prochází vývojem, takže ke všemu předchozímu se ještě přidružuje vliv **vývojové fáze partnerského vztahu i celého rodinného cyklu** a také **věkových zvláštností rodiče**. V dnešní době je v této kategorii potřeba upozornit především na významné změny v rodinném soužití jako je především vysoká rozvodovost, proměny mužských a ženských rolí a markantní strukturální proměny (stále větší výskyt rodin neúplných s jedním rodičem a rodin doplněných s novým partnerem, tedy rodičem nevlastním). Pro výchovný styl mohou být relevantní ale i další změny v prostředí jako je změna bytových podmínek, pracovní pozice rodičů, ekonomických podmínek atd. Ve vztahu k rodinám s předčasně narozenými dětmi bych ráda upozornila na to, že rodinná dynamika těchto případů nebyla zatím dostatečně prozkoumána (Alderdice & Redshaw, 2015).

Širší společensko-historické podmínky zahrnují názory, postoje, tradice dané země, lokality, národa, etnické skupiny, sociální vrstvy, doby, kultury. Co se týče velikosti obce, bylo zjištěno, že děti z větších měst uváděli častěji záporný emoční vztah, zatímco děti z menších obcí pravý opak (Bednářová, 1998; Čáp, 2007; Hanáková, 1998; Moravcová, 1998; Tomková, 1997; Wedlichová, 1997).

U nás byl tento společensko-historický vliv patrný zejména v souvislosti se sametovou revolucí po roce 1989, kdy byl postupně zaznamenán výrazný pokles silného výchovného řízení (Gillernová, 2005). Za další významnou společenskou podmínku je možné považovat některé ze současných rysů současné, tzv. postmoderní společnosti. Zejména mám na mysli důraz na individualitu jedince, na jeho osobní rozvoj. S tím může být provázána představa určité nevázanosti, volnosti, domněnky, že „si mohu dělat, co chci“. Za samostatnou, ale i integrální součást předchozího, lze považovat jistou vazbu na „amerikanizaci“ některých oblastí společenského života v Evropě. Např. by bylo možné uvažovat o přenosu pedocentrického postoje k dítěti jako osobnosti, které si máme vážit, mít k ní úctu a respekt, která má svůj názor a ten se má diskutovat atd. Vliv těchto makrosociálních podmínek se zřejmě nemůže vyhnout ani rodinám s předčasně narozenými dětmi.

Hlavní okruhy obecných faktorů ovlivňující výchovný styl jsou přehledně zobrazeny na níže uvedeném schématu č. 2.

Schéma č. 2 *Obecné faktory ovlivňující výchovný styl* (Čáp, 2007, s. 313)



2.3 Model devíti polí

Již jsem řekla, že k vystižení individuálních rozdílů ve výchovném působení rodičů si pomáháme konstruktem výchovných stylů. K tomu byly vyvinuty různé modely. V českých podmínkách byl vyvinut model vlastní – tzv. model devíti polí (neboli analyticko-syntetický model). Ten je také pro náš případ relevantní (vzhledem k výzkumnému zaměření a použité metodě). Byl zvolen, protože využívá předností jiných modelů (např. rychlé zorientování se v celkovém způsobu výchovy, získání povšechného přehledu), ale zároveň překonává některé jejich závažné nedostatky (např. příliš nízký počet typů, do kterých by se výchovné působení dalo zařadit, vzájemné mísení typů, mlhavé a nejednoznačné chápání nejrůznějších označení jako je „demokratický“, „rozmazlující“, „zavrhující“, „hyperprotektivní“, „perfekcionistický“, „nedůsledný“, „zanedbávající“ výchovný styl – některé nás informují o emočním vztahu, ale ne o výchovném řízení a naopak, dále chybějící souhrnná práce s údaji o matce a otci, absence úvah o rozporných momentech čili nedůslednosti nebo nejednotnosti ve výchově).

Jedná se o model, který byl vytvářen od konce šedesátých let na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Autorem tohoto modelu je náš přední český psycholog, **Jan Čáp** (2007).

Tab. č. 3 *Model devíti polí způsobu výchovy* (Čáp, 2007, s. 306)

<table>
<tr><td rowspan="2" colspan="2"></td><td colspan="4">VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ</td></tr>
<tr><td colspan="2">silné</td><td>střední</td><td>slabé</td><td>rozporné</td></tr>
<tr><td rowspan="5">EMOČNÍ VZTAH</td><td>záporný</td><td colspan="2">1 (autokratická výchova)</td><td>2 (liberální výchova s nezájmem o dítě)</td><td>3 (pesimum: výchova s rozporným řízením a záporným emočním vztahem)</td></tr>
<tr><td>záporně-kladný</td><td colspan="4">9 (výchova emočně rozporná, jeden z rodičů je zavrhující, druhý extrémně kladný nebo dítě je s ním v koalici)</td></tr>
<tr><td>kladný</td><td rowspan="2">4 (výchova přísná a přitom laskavá)</td><td rowspan="2">5 (optimum: vzájemné porozumění a přiměřené řízení)</td><td>6 (laskavá liberální výchova bez požadavků a hranic/kontroly)</td><td rowspan="2">7 (rozporné řízení ve výchově relativně vyváženo kladným emočním vztahem)</td></tr>
<tr><td>extrémně kladný</td><td>8 („kamarádský“ vztah s dodržováním norem)</td></tr>
</table>

Z tabulky č. 3 je patrné, že výchovný styl je zjišťován pomocí kombinace dvou dimenzí: emočního vztahu a výchovného řízení (či vedení). Vztah mezi nimi je vzájemný, neboť emoční vztah pravděpodobně ovlivňuje podobu řízení a ta má zase (v extrémech) dopad na emoční vztah. Nejedná se tedy o zcela nezávislé faktory.

Emoční vztah má komponenty[17] extrémně kladnou, kladnou, záporně-kladnou a zápornou. Projevy emočního vztahu zahrnují nejrůznější komunikační znaky, a to jak ve verbální, tak i v neverbální rovině: oční kontakt, tón řeči, dotyk (pohlazení vs. popadnutí nese jistě odlišnou informační hodnotu o našem vztahu k dítěti), naslouchání, všímavost, parafrázování, verbalizování toho, co dítě dělá, živé emoční reagování, spoluprožívání emocí (jakási „synchronie pozornosti a afektu“), hodnocení dítěte, charakter klimatu při společných činnostech jako jsou hry, zábava, práce nebo učení. Láska k dítěti (jak bychom také jinak mohli tuto dimenzi nazvat) je jedním z nejdůležitějších podmínek jeho příznivého psychického vývoje.

Výchovné řízení v sobě obsahuje komponentu silnou, střední, slabou a rozpornou. Vypovídá o kladení požadavků jako elementárních výchovných prostředků, jejich kontrole plnění a míře volnosti (autonomie) dítěti poskytované. Určitá míra vedení je také nutnou součástí výchovy, neboť život vyžaduje jak excitaci, tak i omezení a útlum. Máme-li dítě považovat za plně socializované, bude nám připadat logické, že se dítě potřebuje naučit obojímu. Takový historický pedagogický směr jako je třeba hnutí za antiautoritativní výchovu, které požadovalo úplné odstranění represe z výchovy, tedy nemá v psychologii valného opodstatnění.

Podrobnější popis umožňující posouzení konkrétních komponent najde čtenář v příloze č. 2.

[17] Pojem přibližně odpovídá termínu „rodičovské výchovné postoje“.

Výchovné požadavky a jejich kontrola jsou však významně závislé na způsobu, jakým je klademe: v kombinaci s kladným emočním vztahem působí příznivě, zatímco v souvislosti se záporným emočních vztahem je jejich působení pro dítě nepříznivé. Je rozdíl mezi apatickým přikázáním s pohrůžkou a navržením alternativy či položením otázky, která vede dítě k zamyšlení a sebereflexi.

V kontextu psychického vývoje dítěte jsou zcela zásadní zejména **účinky jednotlivých výchovných stylů**. Konkrétní vztahy k projevům osobnosti dokládají mnohé zdroje. U nás se této problematice věnovali zejména Čáp (1996, 2007) a Gillernová (2004). Ze zahraničních autorů lze jmenovat např. amerického psychologa narozeného v Rusku, Bronfenbrennera (1972).

Podle Čápa (2007) výchovný styl rodičů působí:

- na **stabilitu-labilitu** dětí (kladný emoční vztah podporuje emoční stabilitu vychovávaných; záporný emoční vztah má účinek opačný),
- na **charakter** (kladný emoční vztah byl spojen s častějším výskytem takových vlastností jako je svědomitost, vytrvalost nebo kooperativnost a altruismus; záporný emoční vztah měl protikladný efekt, a navíc zesiloval agresivitu vychovávaných a narušoval jejich sebepojetí),
- na **temperament** (vzhledem k tomu, že temperament je více závislý na hereditárních faktorech, vztah k výchovnému stylu byl nalezen o něco volnější, avšak důležitý je poznatek, že i temperament dítěte lze výchovou ovlivnit; s výskytem extraverze se pojilo slabé výchovné řízení a specificky u chlapců kladný emoční vztah, introverze byla naopak asociována se silnými požadavky a specificky u chlapců se záporným emočním vztahem matky),
- na **školní prospěch** (velmi dobrý v kombinaci s kladným emočním vztahem a středním řízením, opačně působila kombinace záporného emočního vztahu se slabými nebo rozpornými požadavky),
- na **realizaci zájmových činností** (ve spojení s kladným emočním vztahem šlo o vytrvalejší realizaci a diferencované využívání volného času, avšak v případě záporného emočního vztahu a slabých nebo rozporných požadavků byl volný čas dětí vyplněn spíše pouhou zábavou)
- a další.

Pro optimální rozvoj osobnosti je nejvhodnější výchovný styl s **kladným emočním vztahem a silným nebo středním řízením** (v modelu jde o 4. nebo 5. pole). Výskyt těchto příznivějších výchovných stylů v populaci byl zjištěn velice nízký (5. pole – 4 % u chlapců, 5,7 % u děvčat, 4. pole – 2,3 % u chlapců, 3,4 % u děvčat) (Gillernová, 2005). Příznivý vývoj osobnosti byl ale zaznamenán i u **extrémně kladného emočního vztahu v kombinaci se slabým výchovným řízením** (pole 8, „permisivní typ výchovného stylu“) (Čáp, 2007).

Přesto, že jsem v tabulce č. 3 zjednodušeně naznačila styly „příznivější“ (zeleně) a styly „méně příznivější“ (oranžově), nedá se říci, že by děti vychovávané určitým výchovným stylem měly jen kladné nebo negativní osobnostní vlastnosti. Důvodem je fakt, že výchovné působení rodičů je **jen jedním** z komplikovaného a vzájemně se podmiňujícího komplexu všech formativních faktorů na dítě působících. Proto se můžeme, díky resilienčním faktorům, setkat i s příznivým vývojem osobnosti, ačkoli vyrůstala v nepříznivém výchovném stylu – a naopak. „Nebezpečí“ výchovného stylu souvisí s jeho **kumulativním účinkem na sebe nabalujících se rizikových faktorů** („**snow-ball**“ či **lavinový efekt**).

Když mluvíme o účincích výchovného stylu, nelze se neptat po jejich trvalosti ve vztahu k dospělosti. Čáp (2007) se domnívá, že se zatím jedná o otázku, na kterou neznáme uspokojující odpověď. Kombinují se tu vlivy raných zkušeností a pozdějších zkušeností korektivních. Zdá se tedy, že v tomto směru je zde volné pole k činnosti výzkumníků.

Podle Thorové (2015c) ale výzkumy jasnou kauzalitu mezi stylem výchovy rodičů a formováním osobnosti neukázaly. Byla jen publikována „*řada studií, které nalezly prosté korelace mezi tím, jak se rodiče k dětem chovají a jak se v pozdější době chovají jejich děti*“ (s. 187). K tomu, abychom se jako rodiče ke svým dětem chovali hezky, existují podle této české klinické psycholožky především důvody vztahové a morální.

2.4 Význam rodičovské výchovy ve vývoji nedonošeného dítěte

Význam rodičů jako primárních vychovatelů dítěte je dán především jejím bezprostředním (přímým) a také relativně trvalým působením; v dětství je v podstatě nemožné se z tohoto prostředí jakkoli vymanit. Rodiče jsou v rámci této práce vnímáni v souvislosti s konceptem **důležitých dospělých**[18] (*significant others*), na něž upozorňují představitelé fenomenologické sociologie – Berger a Luckmann (1999). Ačkoli si tuto institucionálně určenou pozici drží jen po určitou část života (během dětství a dospívání potomků), jejich význam tím není oslaben. Celkově je ale důležitost rodičů v životě dítěte mezi vývojovými psychology diskutována. Poznání „pravdy“ je komplikováno zejména nemožností oddělení vlivů dědičnosti a prostředí (Thorová, 2015c).

K důležitým souvisejícím teoretickým východiskům zde patří i **teorie zóny nejbližšího vývoje**, pomocí něhož na koncept důležitých dospělých nahlíží pedagožka a psycholožka Gillernová (2009) a s nímž se ztotožňuji. Role rodičů je tak vnímána jako role těch, kteří mohou dítěti pomoci překonat vzdálenost mezi aktuální vývojovou úrovní a potenciální vývojovou úrovní. Nová vývojová úroveň tak může být snadněji dosažena v porovnání se spontánním

[18] Tito významní druzí, jak je také jinak můžeme nazývat, jsou osoby, které jsou danému jedinci vnuceni (předem si je nevybírá), zprostředkovávají mu tento svět a v průběhu tohoto zprostředkovávání ho pozměňují, tzn. „*vybírají určité rysy tohoto světa v souladu se svým vlastním postavením ve společenské struktuře a také na základě svých individuálních, osobních vlastností, jež se u nich v průběhu života vyvinuly*“ (Berger & Luckmann, 1999, s. 130).

průběhem (Vygotskij, 2004). V případě předčasně narozených dětí se přímo nabízí, abychom se opřeli o vztahy mezi zráním a učením; v souvislosti s výchovou jde především o skutečnost, že působení vnějšího prostředí (učení, výchovy) může, do určité míry, stimulovat procesy zrání u nedonošených dětí (podle Vágnerová, 2012).

Co se týče doporučení optima stylu výchovy u předčasně narozených dětí, nejspíše se nedají očekávat výslovná specifika. Neel, Stark a Maitre (2018) naznačují, že výchovné styly rodičů zahrnující vřelost a responzivitu (v našem pojetí kladný emoční vztah) byly spojeny s pozdějším zlepšeným výsledkem v oblasti chování[19] předčasně narozených dětí, zatímco odmítnutí (záporný emoční vztah) s přesným opakem. Podpora autonomie (naší terminologií komponenta volnosti) a výchovný nátlak (komponenta požadavků) neměly k pozdějšímu chování nezralého dítěte žádný vztah. Kromě jiného byly v dané studii nalezeny i vztahy ke kognitivnímu prospívání těchto dětí: příznivě působila rodičovská responzivita a o něco slabší pozitivní vztah ke kladení rodičovských požadavků, strukturováním a podporou autonomie dítěte. **Je ale potřeba zdůraznit, že s ohledem na biologické markery, které byly předčasně narozeným dětem dány do vínku a které v mnoha ohledech představují vulnerabilitu dítěte, nabírají vnější, sociální vlivy na daleko větším významu. V souladu s výše uvedenými východisky se dá předpokládat, že v porovnání s jinými dětmi bude u skupiny nedonošených daleko častěji potřeba mít na zřeteli kompenzační funkci výchovných interakcí stimulujících jejich rozvoj.**

V českém prostředí je téma výchovy, popř. výchovných stylů, rodičů nedonošených dětí výzkumně zcela opomíjeno, v zahraničních zdrojích lze dohledat alespoň nějaké informace, i když některé už lze považovat za zastaralé. Mezi takové patří např. maďarská studie z devadesátých let (Kalmar & Boronkai, 1989), která se zaměřuje na výchovné postoje rodičů k šestiletým dětem, které se narodily mezi 29. a 37. gestačním týdnem a porodní hmotností od 1 050 do 2 450 gramů. Studie se však soustředí pouze na matky (o výchovných stylech otců tak nemáme vůbec žádné informace).

U matek byly zjištěny nejčastěji demokratické[20] výchovné postoje (53,4 %). Ve srovnání s kontrolní skupinou dětí narozených v termínu se nejednalo o žádný rozdíl (zde matky označily své demokratické výchovné postoje za jim nejbližší ve 47 % případů). Překvapivé je, že procento overprotektivních matek nebylo u nedonošených dětí vyšší, nicméně kladly na svoje děti vyšší nároky na dosažení jeho úspěchů. Lze se domnívat, že takovýto perfekcionismus by mohl být reakcí na počáteční vývojové problémy dítěte a že by mohl být interpretován jako projev kompenzačního úsilí. V kontrolní skupině dětí donošených se takové nároky na intelektuální stimulaci neobjevily. Matky v rodinách s vysokým socioekonomickým statusem častěji tendovaly

[19] To bylo měřeno pomocí metody *The Child Behavior Checklist* (CBCL), která odhaluje souvislosti s agresivitou, úzkostí nebo depresí, problémy s pozorností, porušováním pravidel, somatickými stesky, sociálními problémy, poruchy myšlení a stažeností.
[20] V anglosaské terminologii „authoritative style".

k overprotektivitě, avšak u jejich nedonošených dětí bylo (ve srovnání s kontrolní skupinou donošených dětí) zjištěno nižší průměrné IQ. U nezralých dětí byl také identifikován velmi vysoký skór intelektuální stimulace. Je tedy možné, že předčasně narozené děti jsou některými rodiči tímto způsobem přetěžovány a jejich stimulace tak není optimální. Zanedbávající výchovné postoje byly zjištěny jen ve čtyřech případech dětí donošených a pouze v jednom případě dítěte nedonošeného a bylo spojeno s vyšším socioekonomickým statusem rodiny. Autoritativní[21] výchovné postoje byly zaznamenány jen ojediněle a výhradně ve skupině dětí donošených. Velmi vzácné bylo rovněž nepředvídatelné mateřské chování spojené s nekontrolovanými negativními emocemi a vyskytovaly se jen v rodinách s nízkým socioekonomickým statusem.

Výše citovaní autoři shrnují, že vysoký socioekonomický status rodiny může snížit, ale také plně kompenzovat nepříznivé účinky perinatální zátěže, zatímco znevýhodněné prostředí (s nízkým socioekonomickým statusem) je pravděpodobně ještě více zesílí. Velké longitudinální projekty přinesly přesvědčivé nálezy o tom, že prostředí má sílu omezit nebo zesílit vývojové problémy spojené s předčasným porodem a jinými perinatálními komplikacemi (Caputo, Goldstein & Taub, 1981; Hunt, 1981; Sigman, Cohen & Forsythe, 1981; Wallace & McCarton, 1985). Rodičovské chování u dětí s perinatálním rizikem je velmi často motivováno kompenzačním úsilím a většina dětí s dobrým socioekonomickým zázemím, i když jsou při narození velmi riziková a v raném dětství vývojově retardovaná, se postupně „vyrovná“. To ovšem neplatí pro rodiny sociálně znevýhodněné. V tom vidím ohromnou sílu, ale i slabinu vnějších socializačních vlivů.

K podobným výsledkům jako předchozí výzkum došel i dílčí závěr novější turecké studie, podle níž rodiče dětí s nízkou porodní hmotností a s velmi nízkou porodní hmotností vykazovali výrazně vyšší míru demokratických výchovných postojů identifikované pomocí *Dotazníku rodičovských postojů* (PARI). S demokratickým přístupem ve výchově byl u dětí v daném vzorku spojen lepší vývojový a kognitivní výsledek, což by mohlo naznačovat podpůrný a kompenzační efekt (Ozbek, Miral, Eminagaoglu & Ozkan, 2005).

V aktuálním pětiletém longitudinálním sledování americko-australských dětí narozených do třicátého gestačního týdne a porodní hmotnosti menší než 1 250 gramů bylo zjištěno, že od prvního sledování těchto dětí ve dvou letech korigovaného věku došlo u týchž dětí v sedmi letech korigovaného věku ke zlepšení výkonu v oblasti všeobecné inteligence, řeči, exekutivních funkcí, akademických dovedností a socioemocionálního fungování, což bylo spojeno s vyšší úrovní synchronie v dyádě rodič-nedonošené dítě, s rodičovskou facilitací, citlivostí a pozitivními projevy (usmíváním, hravostí). Intruzivita a negativní projevy (odmítání, zlost) ve výchově byly naopak spojeny s chabými výsledky (Treyvaud et al., 2016). Je nutné poznamenat,

[21] V anglosaské terminologii „authoritarian style“.

že longitudinální studie na vzorku nedonošených dětí lze považovat za opravdu ojedinělé a velmi potřebné.

Vzhledem k nedostatku empirických údajů lze v naší problematice aplikovat i výzkumné poznatky o rodičovském distresu a jeho vztahu k výchovnému stylu. Takoví rodiče bývají méně citliví a vřelí (Guajardo, Snyder & Petersen, 2009) a častěji své dítě trestají (Xu, Farver & Zhang et al., 2005). V případě nedonošených dětí by ale bylo spíše zapotřebí studii, která by sledovala možný vliv časně prožitého distresu (v období po porodu) na jejich výchovný styl (v době, kdy už nevykazují akutní známky distresu). Žádnou takovou studii se mi ale nepodařilo dohledat.

Máme zatím velmi málo informací o výchovných stylech rodičů předčasně narozených dětí, neboť tato problematika zatím nebyla předmětem velkého zájmu výzkumníků. Budoucí výzkumné zaměření je tedy potřeba iniciovat právě tímto směrem.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

1. VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Návrh výzkumného projektu navazuje na východiska představená v teoretické části práce. U populace předčasně narozených dětí a jejich rodičů byly zkoumány již mnohé oblasti. Takových studií, které by se věnovaly výchovným stylům, ale nenajdeme mnoho, a to jak napříč prameny domácími, tak zahraničními.

Studium této problematiky je přínosné jak z hlediska optimálního psychického vývoje dětí (vždyť jeho „nejlepší zájem" má být předním hlediskem při jakémkoli rozhodování o něm), tak z hlediska rodičů jako jeho primárních vychovatelů, kteří mohou být jedněmi z těch, kteří na tento vývoj působí.

Z těchto předpokladů pak logicky vyplynula orientace výzkumného designu. Výzkumným problémem je tedy otázka: „**Jaké jsou výchovné styly rodičů u předčasně narozených dětí?**"

1.1 Cíl výzkumného šetření

Záměrem výzkumného projektu je tedy, v souladu s vymezením výzkumného problému, **popis výskytu jednotlivých typů výchovných stylů rodičů a jejich nedonošených dětí** podle různých aspektů, které jsou blíže definovány níže (kapitola *2. Výzkumné otázky*). Očekávám, že takový výzkum přinese cenné informace o charakteristikách edukačních procesů v blízkém prostředí rodiny. Kromě toho by výsledky tohoto výzkumu mohly sloužit jak teoreticko-výzkumným zájmům (základ pro další výzkumná šetření a formulaci hypotéz), tak zájmům praktickým, které lze aplikovat nejen do praxe poradenské a klinicko-psychologické, ale také do praxe výchovné.

1.2 Identifikace proměnných a jejich operacionalizace

Mezi základními proměnnými, se kterými bude výzkum pracovat, je potřeba definovat rodiče, předčasně narozené děti a výchovný styl.

Za **rodiče** se pro účely tohoto výzkumu považují matky a otcové. Matky jsou ve výzkumu ty ženy, které dítě porodily. Jsou to jejich pokrevní příbuzné. Role otců byla účastníkům výzkumu vysvětlena jako taková osoba, která doma žije s ostatními členy rodiny, vzájemně si s nimi pomáhá a stará se o ně. Důležité tedy bylo hledisko společného soužití v jedné domácnosti.

Skupina **předčasně narozených dětí** byla definována volněji, než jak je vymezuje medicína (viz výše *1.2 Předčasně narozené dítě a stupně jeho nezralosti*). Důvodem byly výzkumné podklady o odchylném vývoji dětí, které se narodily dříve o 2 až 3 týdny (viz tamtéž). Tento výzkum tak hovoří o předčasně narozených dětech, které se narodily dříve než ve 38. gestačním týdnu (včetně). Ačkoli se za nezralé dítě považuje v medicíně takové dítě,

které má nižší porodní hmotnost než 2 500 gramů, v tomto výzkumném projektu porodní hmotnost dítěte nebyla hlavním vodítkem. Sloužila pouze jako doplňující údaj k určení stupně nezralosti dítěte. Důvodem tohoto rozhodnutí je skutečnost, že chlapci a dívky se rodí s odlišnou porodní hmotností. Pokud bych omezila možnost účasti ve výzkumném souboru tímto kritériem, mohlo by docházet k tomu, že ztratím „zbytečně" velké množství relevantních respondentů.

Výchovný styl rodičů je pro účely tohoto výzkumného šetření výsledek *Dotazníku stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let* (Čáp, Čechová & Boschek, 2000).

Významné je nalezení **intervenujících proměnných**, k jejichž stanovení bylo využito především teoretických znalostí o determinantách výchovného stylu rodičů (viz výše podkapitola *2.2 Determinanty rodičovského výchovného stylu*). Vzhledem k velkému množství nalezených intervenujících proměnných a s ohledem na praktické limity realizace výzkumu jsem pracovala jen s nejdůležitějšími intervenujícími proměnnými, mezi něž patří:

- pohlaví dítěte,
- kalendářní (gestační, chronologický) věk dítěte,
- stupeň nezralosti dítěte,
- závažné zdravotní obtíže dětí,
- sourozenecké pořadí,
- vícečetný porod,
- pohlaví rodičů,
- věk rodičů,
- nejvyšší ukončené vzdělání rodičů,
- velikost obce, v níž rodina žije.

Bližší upřesnění nalezne čtenář níže, v kapitole *3. Výzkumný soubor*.

2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Dotazníkové šetření chce odpovědět na tři **výzkumné otázky**, které jsou formulovány v souladu s výzkumným problémem a cílem celého projektu:

1. Jaký **výchovný styl v rodině** nejčastěji reflektují předčasně narozené děti?
2. Jaký **emoční vztah v rodině** nejčastěji reflektují předčasně narozené děti?
3. Jaké **výchovné řízení v rodině** nejčastěji reflektují předčasně narozené děti?

Data, která by měla na tyto otázky odpovědět, budou u každé výzkumné otázky analyzována podle následujících hledisek (viz příloha č. 7):

- podle stupňů nedonošenosti dítěte,
- podle pohlaví dětí,
- podle věku dětí,
- podle pořadí narození,
- podle četnosti těhotenství,
- podle pohlaví rodičů,
- podle vzdělání rodičů,
- podle velikosti obce.

3. VÝZKUMNÝ SOUBOR

3.1 Metody výběru výzkumného souboru

Ve výzkumu šlo o kriteriální výběrový soubor, neboť se, z logických důvodů, nemohly zúčastnit všechny nedonošené děti bez rozdílu. Mezi **kritéria pro zařazení** do výzkumného souboru patřilo:

- *česká národnost*,
- *nepřítomnost závažných zdravotních problémů* dětí (viz níže – indikace k vyloučení),
- dítě se narodilo předčasně, a to *v gestačním týdnu* $\leq$ *38*,
- dítě je právě *ve věku 8 až 12 let* (bez korekce),
- *úplná nebo doplněná rodina* s matkou a otcem (s původními partnery nebo i s partnerem novým).

Indikací k vyloučení z účasti na výzkumu byly tedy následující skutečnosti:

- *nejzávažnější zdravotní komplikace* vyskytující se u dětí narozených předčasně, a to jak *tělesné* – dětská mozková obrna, epilepsie, hydrocefalus, strabismus, postižení zraku pro těžkou retinopatii, kortikální slepota, hluchota, těžká vývojová retardace (Marková, 2006), tak *psychické*, resp. psychiatrické – mentální retardace, poruchy řeči jako jsou např. dysfázie, dysartrie, dysfonie, specifické poruchy učení, jakákoli z poruch autistického spektra neboli pervazivních vývojových poruch, schizofrenie, afektivní poruchy jako je např. bipolární porucha, deprese, neurotické a úzkostné poruchy jako jsou např. panická porucha, fobie, separační úzkostná porucha, poruchy příjmu potravy, syndrom ADHD (Hort et al., 2008),
- ačkoli jsem jejich výskyt nepředpokládala, z účasti na výzkumu jsem předem vyloučila *osoby pečující v rámci náhradní rodinné péče* (rodiče adoptivní, pěstouny, poručníky),
- *neúplné rodiny*, v nichž chybí jeden z rodičů.

Získávání respondentů patřilo k nejnáročnější a nejobtížnější fázi celého výzkumného šetření. S prosbou o spolupráci jsem se jako první v pořadí obrátila na neziskovou organizaci sídlící v Praze, která pomáhá předčasně narozeným dětem a jejich rodinám, na organizaci *Nedoklubko*. E-mailem jsem se spojila s výkonnou ředitelkou, paní Lucií Žáčkovou, která mi zprvu přislíbila pomoc s propagací odkazu na dotazník. Po určité době čekání, kdy jsem svůj odkaz stále neviděla na internetových stránkách Nedoklubka, ani na jeho oficiálních facebookových stránkách, jsem se odvážila paní ředitelku ještě několikrát kontaktovat. Velice mě to mrzí, ale nabízená pomoc přišla bohužel příliš pozdě. Důvodem ale bylo vysoké pracovní vytížení, které nemůže být pokládáno za zlé a další obtěžování bych pokládala za neetické.

Ostatní organizace (viz výše *1.5.1 Pomoc osobám pečujícím o předčasně narozené dítě*) se věnují především materiální a finanční pomoci, takže obtěžování s mými vlastními výzkumnými záměry nepřipadalo do úvahy. Perinatologická a neonatologická oddělení mi zase nemohla nabídnout požadovaný věk dětí. Slepou uličku pro mě představovala i střediska rané péče, neboť by mi nabídla jen děti s nepříznivým zdravotním stavem a nejspíše také s nevhodným věkovým rozpětím (do sedmi let). Stejná situace se týkala center komplexní péče.

Poslední možností bylo využít internetového prostředí, v němž se jako nejpřístupnější jevily sociální sítě. Díky skupinám založeným rodiči předčasně narozených dětí na Facebooku jsem dostala poprvé možnost reálného přístupu k požadovanému vzorku. S prosbou o vyplnění dotazníku jsem se tak obrátila na rodiče ve skupině „*Nedonošené děti ANEB zázrak je na světě*". Vzhledem k tomu, že jiné skupiny jsem nenašla nebo byly uzavřené (určené výhradně rodičům, kterým se narodilo nedonošené dítě a k jejichž členství bylo, po předchozím posouzení, zapotřebí přijetí správcem), ke sdílení svého odkazu jsem nakonec využila i skupiny s názvem „*Porodnice Podolí – ÚPMD – stránka pro ženy, těhotné a matky*", „*Nadační fond N – pro nedonošená miminka*", „*Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny*".

Kromě uvedených možností jsem využila také několika málo osobních kontaktů na rodiče, o nichž jsem věděla, že splňují kritéria pro zařazení do studie.

3.2 Charakteristika výběrového souboru

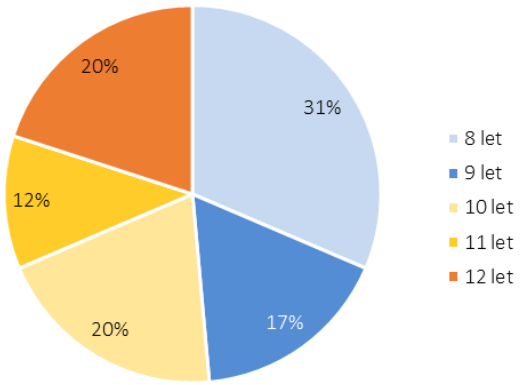
Data byla celkem získána od 38 respondentů. Při čištění dat byly však tři případy odstraněny. Ve dvou případech jsem nemohla vyhodnotit celkový styl výchovy v rodině z důvodu nutnosti „individuálního posouzení" (došlo ke kombinaci středního emočního vztahu matky i otce) a vzhledem k tomu, že další získání diagnostických dat nebylo možné, bylo jasné, že se odstranění nevyhnu. U jednoho případu jsem si všimla, že respondent odpovídal na položky týkající se otce pouze odpovědí „ne". Vzhledem k tomu, že je vysoce nepravděpodobné, že by taková výpověď odpovídala skutečnosti a validita této odpovědi tak byla ohrožena, raději jsem tento případ nezahrnovala. Celkem byla tedy analyzována data od 35 dětí.

Jsem si vědoma toho, že získaný vzorek je velmi malý, a je mi to velice líto. Výsledný počet získaných respondentů koresponduje s náročností získávání účastníků do výzkumu. Své závěry tak rozhodně nemohu zobecňovat pro celou populaci předčasně narozených dětí a jejich rodičů, což je samozřejmě škoda.

Předpokládám, že největší překážkou nebyla neochota rodičů zapojit se do výzkumu, ale do nízkého počtu celkově získaných respondentů se nejspíše projevil i můj požadavek na *zdravé* předčasně narozené děti. Právě to byl zřejmě faktor, který nejčastěji nedovoloval stát se účastníkem v této studii.

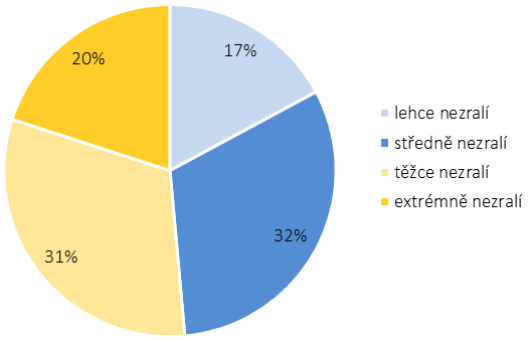
Ve vzorku dětí ve věku od 8 do 12 let převažovali chlapci (63 %, celkem 22) nad dívkami (37 %, celkem 13). Požadovaný věk dětí byl zastoupen ve všech kategoriích (graf č. 2), ačkoli nejpočetněji byla zastoupena nejnižší věková kategorie – kategorie dětí osmiletých (31 %). Naproti tomu průměrný věk dětí se blížil desátému roku ($M = 9{,}71$; $SD = 1{,}53$). Ačkoli by bylo výhodnější získat pouze vzorek dětí v určitém věku, upřednostnila jsem širší věkové rozpětí, abych zvýšila pravděpodobnost, že vzorek bude mít přijatelnou velikost. I přes toto opatření se mi nepodařilo získat uspokojivé množství odpovědí.

Graf č. 2 *Věk dětí*



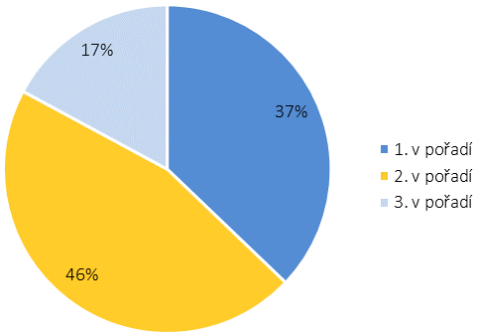
Mezi mými respondenty byla nejvíce zastoupena kategorie dětí středně nebo těžce nezralých (celkem 62 %) (graf č. 3). Medián porodní hmotnosti dítěte byl 1 450 gramů a průměrný gestační týden, v němž žena dítě porodila, byl 31. gestační týden ($SD = 3{,}99$). Dítě s nejnižší hmotností vážilo 540 gramů, dítě s nejvyšší hmotností ve vzorku dosahovalo dokonce váhy charakteristické již pro donošené miminko – 3 010 gramů. Nejnižší gestační týden, ve kterém porodila matka z daného vzorku, byl 23. týden. Maximum naopak dosáhlo až 38. gestačního týdne. Toto rozdělení úplně neodpovídá populaci předčasně narozených dětí, neboť v ní je nejvíce zastoupena kategorie dětí lehce nedonošených. Domnívám se, že důvod této odchylky souvisí se způsobem výběru účastníků: dalo by se očekávat, že o členství v daných facebookových skupinách se zajímají především rodiče s nejvíce nezralými dětmi, jejichž počáteční kontakt s nimi byl zřejmě doprovázen řadou problémů, které měli potřebu sdílet s ostatními.

Graf č. 3 *Stupně nedonošenosti*



Celkem 83 % výběru tvořily prvorozené a druhorozené děti. Děti, které se narodily jako třetí v pořadí byly taktéž zastoupeny, ale v menším množství. Žádné dítě nebylo narozeno ve vyšším než třetím pořadí (grafu č. 4).

Graf č. 4 *Pořadí narození*



Vzhledem k tomu, že nedonošené děti se častěji než děti donošené rodí z vícečetných těhotenství, bylo zapotřebí sledovat i tento parametr. Pokud se v tomto výzkumném vzorku takové děti vyskytovaly, šlo o dvojčata – jenom 14 % případů (5 dětí).

Věkové zastoupení rodičů bylo různorodé. U matek se pohybovalo v rozmezí od 33 let do 49 let (M = 39,86; SD = 3,95), nejmladšímu otci bylo taktéž 33 let a nejstaršímu 50 let (M = 40,63; SD = 4,58).

Z údajů o nejvyšším ukončeném vzdělání rodičů je patrné, že u matek šlo nejčastěji o středoškolské vzdělání s maturitou (48 %), zatímco u otců šlo ve 43 % případů o vzdělání vyšší (vyšší odborné nebo vysokoškolské[22]) (graf č. 5).

Graf č. 5 *Vzdělání rodičů (vlevo matka, vpravo otec)*

[22] U této kategorie jsem nerozlišovala jednotlivé stupně pregraduálního studia nebo jeho postgraduální formu, tzn. tuto možnost mohli zaškrtnout všichni ti rodiče, kteří měli od bakalářského stupně vzdělání až po vědecké tituly jako je Ph.D. nebo Th.D.

Respondenti pocházeli nejčastěji z menší obce do 2 000 obyvatel (40 %), nebo z města s více než 10 000 obyvateli (37 %). Zhruba čtvrtina respondentů (23 %) uvedla, že pochází ze středně velké obce. U tohoto rozdělení obcí podle velikosti jsem se inspirovala *Ministerstvem pro místní rozvoj ČR* (https://www.mmr.cz/getmedia/ef64958d-41b5-4d1a-a80d-74a64980e5ea/Priloha1.pdf?ext=.pdf).

4. VÝZKUMNÉ METODY

Výchovný styl v rodině lze zjišťovat různým způsobem – např. pozorováním, rozhovorem, semiprojektivními technikami. V tomto ohledu ale mezi nejčastější volbu patří dotazníky (Čáp, 2007). Ty mohou být určeny jak dětem, tak samotným rodičům. Diagnostické metody určené rodičům by byly mohly skýtat snadnější administraci a sběr dat, avšak výhodou zaměření se na dětské respondenty je získání informací o jejich vlastní, subjektivně prožívané percepci edukačního působení rodičů, která pro nás byla důležitější. Obávám se, že výpovědi rodičů v roli respondentů by byly příliš znehodnoceny desirabilitou. U dětí předpokládám větší ochotu spontánně vypovídat o dané problematice. Tuto domněnku stvrzuje vyjádření autorů manuálu k dané metodě: „*Zkušenost ukazuje, že jen výjimečně děti líčí své rodiče v horším světle*" (Čáp, Čechová & Boschek, 2000, s. 14). O opačném směru hodnocení, tedy nadhodnocování, se autoři nezmiňují, ale je možné, že některé děti se k tomuto způsobu vyplňování dotazníku uchylují.

Přes veškeré nevýhody dotazníku v diagnostice i ve výzkumu jsem se tedy rozhodla ho využít. V tomto výzkumu má ale určité množství jedinečných výhod, které by jiné metody nemusely poskytnout. Mezi na např. patří zachování naprosté anonymity, snadnější přístup k respondentům (kde už tak bylo velice obtížné se k požadovanému vzorku dostat), snadné a rychlé vyhodnocení, možnost bezproblémové kvantifikace údajů, odpadnutí rizika nekompletního vyplnění. Vzhledem k nepříliš časově náročnému vyplnění jsem očekávala i výhodu snadnější motivace k účasti na studii.

Pro naše účely se jako nejlogičtější varianta jevil *Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let* (Čáp, Čechová & Boschek, 2000). Tato metoda totiž pracuje přímo s modelem devíti polí a je přizpůsobena dětem nejmenší věkové kategorie, které mohou být dotazníky určeny. Dotazník je využitelný jak pro účely psychodiagnostické, tak pro účely výzkumné.

Dotazník obsahuje 2 nulté položky (jednu v části o matce, druhou v části o otci), pomocí nichž se u dítěte ověřuje porozumění položce, a dále pak 28 položek vztahujících se k chování matky a 28 položek ve vztahu k otci. Uspořádání položek je rovnoměrné – střídají se v něm položky měřicí komponent kladný, záporný, požadavků a volnosti. Jedná se o uzavřené položky, na něž může dítě vybírat odpověď z možností „ano", „ne" nebo „někdy". Všechny položky jsou behaviorální.

Příslušné skóry odpovědí se zanesou do vyhodnocovacího listu, získáme hrubé skóry pro jednotlivé komponenty výchovy, zvlášť pro matku a otce. Podle převodní tabulky zjistíme emoční vztah a řízení matky (obdobně pro otce). V konečné fázi získáváme informaci o způsobu výchovy v rodině jako celku.

Z výsledků můžeme usuzovat na komunikaci v rodině, na výchovné interakce či osobnost dítěte. V poradenské praxi by však nikdy neměl být užíván samostatně, ale měl by být východiskem k následnému rozhovoru s rodiči i dítětem (podle diagnostického cíle).

Zvolená metoda vykazuje také dobré psychometrické vlastnosti. Reliabilita škál byla odhadována pomocí koeficientu Cronbachova alfa. Hodnoty se pohybovaly od 0,46 do 0,80 ve vztahu ke komponentám vypovídajícím o matce a od 0,56 do 0,81 ve vztahu ke komponentám vypovídajícím o otci, což lze považovat za dostatečné. Validita dotazníku byla zjišťována pomocí kritéria, kterým byl *Dotazník způsobu výchovy v rodině* určený starší věkové kategorii, avšak z něhož metoda přímo vzešla (Čáp & Boschek, 1994). Výsledky svědčily pro těsný vztah zejména u kladného komponentu u matky (0,57) a komponentu volnosti u otce (0,61). Celkově lze poznamenat, že *Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let* měřil stejné proměnné jako *Dotazník způsobu výchovy v rodině*. Ukázalo se také, že existují statisticky významné až vysoce významné vztahy mezi stylem výchovy a všemi faktory osobnosti podle Cattelova dotazníku pro mládež (HSPQ), takže to lze chápat jako projev interakce výchovného stylu a osobnosti vychovávaného. Standardizace proběhla na dostatečně velkém vzorku: 475 chlapců a 461 dívek (N = 936) (Čáp, Čechová & Boschek, 2000).

4.1 Administrace a sběr dat

Sběr dat probíhal od konce května 2018 do první poloviny července 2018 a byl realizován pomocí webové aplikace **Google Formuláře** (https://docs.google.com/forms/u/0/). Účastníci byli uvedeni do výzkumu pomocí krátkého průvodního dopisu, jehož podobu si může čtenář prohlédnout v příloze č. 3. Dopis byl adresován především dětem, čemuž byl přizpůsoben i jazyk, nicméně mým záměrem bylo, aby si tuto část přečetli matka nebo otec s dítětem společně. O následujícím průběhu tak zároveň tímto způsobem dostali informace i dospělí účastníci výzkumu.

V první části, před samotným získáváním informací o výchovném stylu rodičů, bylo zapotřebí doptat se na některé demografické údaje a údaje o porodu a dítěti. Respondentů jsem se konkrétně ptala na pohlaví dítěte, na jeho kalendářní věk, na gestační týden, ve kterém matka dítě porodila, na porodní hmotnost dítěte, pořadí narození v rodině, případný původ nedonošeného dítěte z vícečetného těhotenství (a pokud ano, tak z kolikačetného), na nejvyšší ukončené vzdělání rodičů, jejich věk a velikost obce, ve které trvale žijí. Čtenáře opět odkazuji na přílohy této práce, konkrétně příloha č. 4. Následovalo poděkování a čas na předání „štafety“ dítěti, tj. podání instrukce k vyplnění podle manuálu metody (příloha č. 5).

Dále již následovala část určená samotnému dítěti, tzn. šlo o pouhé převedení položek dotazníku do elektronické podoby. Stejně jako ve variantě papír-tužka byly i zde položky předkládány „o mamince“ a poté „o tatínkovi“. Nultá položka nebyla zahrnuta. V příloze č. 6 si může čtenář připomenout jeho obsah.

4.2 Zpracování dat a jejich analýza

Data byla zpracována za pomoci programu Microsoft Excel a softwaru SPSS. **Vzhledem k tomu, že (v souvislosti s nízkým počtem účastníků ve výzkumu) nebyly splněny podmínky pro použití chí-kvadrát testu nezávislosti, což by byla adekvátní metoda pro analýzu většiny kontingenčních tabulek, data nebylo možné zpracovat statistickými metodami**. Z tohoto důvodu uvádím pouze procentuální údaje.

5. VÝSLEDKY

Výsledná zjištění bude vhodné prezentovat ve vztahu k předem stanoveným výzkumným otázkám (podrobný přehled všech analyzovaných dat, procentuální četnosti a v kulatých závorkách uvedené četnosti výskytu proměnných, čtenář nalezne v příloze č. 7).

Nejprve budu uvádět hlavní zjištění. V dalším textu budou sdělovány dílčí výsledky ve vztahu ke sledovaným podskupinám, zatímco výsledky analýzy napříč jednotlivými výchovnými styly, typy emočních vztahů nebo výchovného řízení, budou stručně shrnuty na konci v přehledové tabulce.

Výzkumná otázka č. 1: ***Jaký výchovný styl v rodině nejčastěji reflektovali předčasně narozené děti?*** (podle tab. č. 7 v příloze č. 7)

Údaje získané na mém vzorku (viz tabulka č. 4) vypovídají o tom, že nejčastěji reflektovaným výchovným stylem u předčasně narozených dětí byl z celkového počtu respondentů ve 34 % styl charakterizovaný **záporným emočním vztahem a silným nebo středním řízením** (pole 1 – autokratická výchova).

Ukázal se jistý rozdíl u kategorie extrémně předčasně narozených dětí. Ti, oproti ostatním stupňům nezralosti, percipovali výchovný styl nejčastěji jako výchovu se záporným emočním vztahem a rozporným řízením (pole 3), která se vyskytla v 57 % všech extrémně předčasně narozených dětí. U jiných stupňů nezralosti se tento typ výchovy nevyskytl vůbec nebo jen v jednom případě (v kategorii těžce nedonošených). Ve srovnání s ostatními kategoriemi uváděli extrémně předčasně narození také častěji výchovu emočně rozpornou (pole 9, ve 29 %).

Z hlediska stupňů nedonošenosti se autokratická výchova celkově nejméně vyskytla u středně nedonošených. Ti uváděli v jen o něco menší míře (18 %) také výchovu liberální s nezájmem o dítě (pole 2).

V dívčí percepci výchovného stylu byly nalezeny dvě mírné odlišnosti. Jednak uváděly výchovu autokratickou v poněkud menší míře (23 %) než chlapci (41 %), jednak ve stejné míře (23 %) jako výchovu autokratickou uváděly také výchovu přísnou a přitom laskavou (pole 4).

Zohledníme-li věk dítěte, pak zjistíme, že na rozdíl od ostatních věkových kategorií, děti osmileté reflektovali autokratický výchovný styl jen v 9 % případů. Nejčastějšími styly u nich byly styly spojené s rozporným výchovným řízením (18% výskyt pole 3 a pole 7), ale ve stejné míře i pole 4 považované za jeden z optimálních výchovných stylů (taktéž 18 %). Ve vzorku devítiletých dětí se objevila rovnoměrná percepce jak autokratické výchovy, tak ale i výchovy přísné a přitom laskavé (pole 4). Podobně dvanáctiletých byla zastoupena rovnoměrně i výchova pesimální (pole 3).

U druhorozených se vyskytly ve stejné míře (19 %) i další dva styly výchovy – pole 3 (pesimum) a pole 4 (výchova přísná a laskavá). S ohledem na pořadí narození u nich byla percepce pole 1 nejslabší.

Dvojčata vnímala autokratický styl častěji (60 %) než děti pocházející z jednočetných těhotenství (30 %).

V porovnání s otci (34 %) byly matky předčasně narozených dětí vnímány častěji (43 %) jako autokraticky se projevující, zejména v kombinaci se středoškolským vzděláním bez maturity. Dále byly nalezeny rozdíly v kategorii matek s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním – kromě pole 1 je děti percipovaly ve stejné míře (40 %) jako u autokratického stylu též v poli 8, tedy jako matky s kamarádským vztahem a dodržováním norem (u otců bylo toto pole zastoupeno jen v 13 %). Naproti tomu u otců se stejně vysokým vzděláním se autokratická forma výchovy vyskytla v celkově nejnižší míře (13 %) ve prospěch příznivějších forem – pole 4 (20 %) a pole 5 (20 %). V jedné pětině se u otců ukázal i výskyt výchovy emočně rozporné (20 %).

Čtvrtina dětí ze středně velkých obcí uvedla také symptomy pesimálního výchovného stylu (pole 3). U venkovských dětí byla rovnoměrněji zastoupená jak výchova autokratická, tak ale také výchova s kladným vztahem a rozporným řízením (pole 7).

Tab. č. 4 *Rekapitulace dílčích výsledků vztahujících se k výchovným stylům*[23]

<table>
<tr><td colspan="2">Autokratická výchova (pole 1)
34 %</td><td rowspan="2">Nejčastěji percipovaný styl u předčasně narozených dětí ze vzorku.

Výrazněji zastoupená
- u lehce a těžce nedonošených,
- u chlapců,
- u dětí desetiletých a jedenáctiletých,
- u prvorozených a u dětí narozených ve 3. pořadí,
- u dvojčat,
- u matek (zejména vyučených), popř. u otců s maturitou,
- u dětí z velkých měst.</td></tr>
<tr><td>záporný vztah</td><td>silné nebo střední řízení</td></tr>
<tr><td colspan="2">Pesimum (pole 3)
14 %</td><td rowspan="2">- více u extrémně předčasně narozených dětí
- více u chlapců než u dívek
- v samostatné formě se nevyskytl ani u matek, ani u otců
- u čtvrtiny předčasně narozených, které pocházeli ze středních měst</td></tr>
<tr><td>záporný vztah</td><td>rozporné řízení</td></tr>
<tr><td colspan="2">Výchova přísná a přitom laskavá (pole 4)
14 %</td><td rowspan="2">- vyskytla se pouze v menší míře, a to u lehce, středně a těžce nedonošených
- častěji percipovaná dívkami
- častěji u otců (s maturitou nebo vyšším vzděláním)</td></tr>
<tr><td>extrémně kladný nebo kladný vztah</td><td>silné řízení</td></tr>
<tr><td colspan="2">Rozporné řízení vyvážené kladným vztahem (pole 7)
9 %</td><td rowspan="2">- spolu s polem 3 a 4 nejčastější výchovný styl u osmiletých předčasně narozených</td></tr>
<tr><td>extrémně kladný nebo kladný vztah</td><td>rozporné řízení</td></tr>
<tr><td colspan="2">Kamarádský vztah s dodržováním norem (pole 8)
9 %</td><td rowspan="2">- více u matek s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním</td></tr>
<tr><td>extrémně kladný vztah</td><td>slabé řízení</td></tr>
<tr><td colspan="2">Liberální výchova s nezájmem o dítě (pole 2)
6 %</td><td rowspan="2">- velmi nízký výskyt
- vyskytla se jen u středně nedonošených, u desetiletých a dvanáctiletých
- o trochu častěji u otců než u matek</td></tr>
<tr><td>záporný vztah</td><td>slabé řízení</td></tr>
<tr><td colspan="2">Liberální výchova bez požadavků a hranic (pole 6)
6 %</td><td rowspan="2">- velmi nízký výskyt</td></tr>
<tr><td>kladný vztah</td><td>slabé řízení</td></tr>
<tr><td colspan="2">Výchova emočně rozporná (pole 9)
6 %</td><td rowspan="2">- velmi nízký výskyt
- druhá nejčastější u extrémně nedonošených
- ve stejné míře u otců i matek</td></tr>
<tr><td>záporně kladný vztah</td><td>silné, střední, slabé nebo rozporné řízení</td></tr>
<tr><td colspan="2">Optimum (pole 5)
3 %</td><td rowspan="2">- nejméně zastoupené (jen u 1 dítěte)</td></tr>
<tr><td>extrémně kladný nebo kladný vztah</td><td>silné řízení</td></tr>
</table>

[23] Výsledky jsou vždy seřazené podle frekvence výskytu od nejvyšší po nejnižší. U výchovných stylů je dodrženo i barevné rozlišení naznačující míru příznivosti výchovného stylu z předchozí tabulky č. 3.

Výzkumná otázka č. 2: ***Jaký emoční vztah v rodině nejčastěji reflektovali předčasně narozené děti?*** (podle tab. č. 8 v příloze č. 7)

Samostatná analýza dimenze emočního vztahu ve výchově ukázala, v souladu s nejčastěji uváděným autokratickým výchovným stylem, že celkově nejvíce (v 60 % všech případů) reflektovaným emočním vztahem u předčasně narozených dětí byl **záporný nebo záporně kladný emoční vztah**. V porovnání s výskytem záporně kladného vztahu (6 %) se ale záporný emoční vztah u dětí ze vzorku vyskytl v podstatně větším množství (54 %).

Záporný emoční vztah se nejvíce vztahoval k dětem těžce (64 %) a extrémně předčasně narozeným (57 %). Emoční vztahy u dětí lehce nedonošených byly již vyváženější: 50 % spadalo do kategorie s extrémně kladným nebo kladným vztahem a stejná část do kategorie vztahu záporného. Jedině u středně nedonošených dětí mírně převážilo zastoupení příznivějších emočních vztahů (celkem 54 %). Záporně kladný vztah se objevil jen u extrémně nedonošených.

U chlapců byl zaznamenán poněkud výraznější výskyt (64 %) záporného emočního vztahu než u dívek (38 %). Zhruba u poloviny (54 %) dívek byla zjištěna percepce extrémně kladného či kladného emočního vztahu.

U dětí, které byly ve vzorku nejmladší (8 let), byla zjištěna nejvyšší četnost extrémně kladného nebo kladného emočního vztahu (celkem 63 %). Výskyt těchto příznivějších vztahových forem se postupně snižoval se zvyšujícím se věkem dítěte (50 % u devítiletých, 28 % u desetiletých, 25 % u dětí jedenáctiletých a 14 % u dětí dvanáctiletých).

Největší četnost záporného vztahu byla u dětí narozených v prvním nebo ve třetím pořadí. Jedině u druhého pořadí narození převážil extrémně kladný nebo kladný emoční vztah (celkem 57 %).

Percepce vztahu u dětí pocházejících z jednočetného těhotenství byla vyrovnanější než u dvojčat, u nichž byl častější záporný emoční vztah (80 %).

U matek (66 %) i otců (60 %) byl výskyt záporného nebo záporně kladného emočního vztahu de facto shodný. U matek i otců se se zvyšujícím se vzděláním zvyšovala i četnost extrémně kladných nebo kladných vztahů.

Zatímco u vesnických dětí byl poměr výskytu příznivějších a méně příznivých emočních vztahů vyrovnaný, u dětí ze středně velkých nebo velkých obcí byl patrný méně častější výskyt příznivějších forem vztahu.

Údaje shrnuje tabulka č. 5.

Tab. č. 5 *Rekapitulace dílčích výsledků vztahujících se k dimenzi emočního vztahu*

Záporný nebo záporně kladný vztah 60 %	- záporný vztah percipován výrazně častěji (54 %) než záporně kladný (6 %) - nejvíce u těžce a extrémně nedonošených - u poloviny lehce nedonošených - více u chlapců - nejvíce u dětí starších 10 let - 1. a 3. pořadí narození - dvojčata - u matek i otců v kombinaci s nižším vzděláním - větší obce
Extrémně kladný nebo kladný vztah 40 %	- oba dva vztahy zastoupeny ve vzorku bez nápadného rozdílu - u poloviny lehce nedonošených - mírně převážilo u středně nedonošených - častější u dívek - u nejmladších dětí (8 let) - 2. pořadí narození - u rodičů s vyšším vzděláním

Výzkumná otázka č. 3: ***Jaké výchovné řízení v rodině nejčastěji reflektují předčasně narozené děti?*** (podle tab. č. 9 v příloze č. 7)

Po provedení samostatné analýzy druhé dimenze, dimenze výchovného řízení, vyšlo (logicky) najevo, že celkově nejčastějším (v 46 % všech případů) typem výchovného řízení u předčasně narozených dětí bylo **řízení silné** a je zajímavé, že střední řízení se v porovnání se všemi ostatními typy vyskytlo v nejnižší míře (9 %).

Jistou výjimku v mém vzorku tvořily extrémně předčasně narozené děti – u těch se vyskytla nejvyšší míra řízení rozporného (71 %). U středně nedonošených bylo patrné rovnoměrnější rozložení silného (45 %) i slabého řízení (36 %), což se u jiných kategorií neukázalo.

Z hlediska pohlaví dětí se v mém vzorku neprojevily žádné rozdíly v percepci výchovného řízení (chlapci 45 %, dívky 46 %). U chlapců se ale objevila častější reflexe řízení rozporného (32 %).

Ani v oblasti výchovného řízení se dětem osmiletým nevyhnula výjimka: téměř u poloviny z nich (45 %) bylo uváděno řízení rozporné.

U dětí prvorozených byl zjištěn mírný rozdíl ve vnímání výchovného řízení (62 % silné nebo střední a 38 % slabé nebo rozporné), avšak u druhorozených a dětí narozených ve třetím pořadí bylo zastoupení zcela vyrovnané.

Dvojčata byla o něco častěji vedena silněji než děti z jednočetných těhotenství.

Ve vzorku nebyla nalezena žádná data, která by svědčila pro rozdíly mezi mateřským a otcovským řízením.

Ačkoli mělo slabé řízení nejnižší celkový výskyt, u matek s vysokoškolským vzděláním se vyskytlo ve stejné míře (40 %) jako řízení silné. U otců tomu bylo trochu jinak: nejsilněji vedli své

děti středoškoláci s maturitou, zatímco otce-vysokoškoláky reflektovaly děti rovnoměrně jak v kategorii silného, tak středního i slabého řízení.

Vnímání výchovného řízení nebylo v daném vzorku závislé na velikosti obce, v níž dítě žilo.

Údaje shrnuje tabulka č. 6.

Tab. č. 6 *Rekapitulace dílčích výsledků vztahujících se k dimenzi výchovného řízení*

Silné nebo střední řízení 55 %	- silné řízení percipováno výrazně častěji (46 %) než střední (9 %) - silné řízení percipováno stejně bez rozdílu pohlaví dětí - trochu častější u prvorozených - u dvojčat - u otců s maturitou
Rozporné řízení 26 %	- u extrémně předčasně narozených dětí - druhé nejčastější u chlapců - u nejmladších dětí (8 let) - samostatně se vyskytlo ve velmi malé míře, tzn., že pokud se rozporné řízení vyskytlo, bylo spojeno spíše s neshodami mezi rodiči navzájem než u jednoho rodiče zvlášť
Slabé řízení 20 %	- u středně nedonošených ve stejné míře jako řízení silné - u matek s vysokoškolským vzděláním stejně zastoupené jako řízení silné

Všechny rozdíly v této kapitole uvedené (bohužel) rozhodně nevypovídají o statistické významnosti, resp. o populaci předčasně narozených dětí, ale jsou vztaženy výhradně k výsledkům mého vzorku.

6. DISKUSE

Ve zvoleném výzkumném projektu jsem se zaměřila na otázku stylů (způsobů) výchovy u předčasně narozených dětí. Cílem tohoto diplomového výzkumu bylo popsat výskyt jednotlivých typů výchovných stylů rodičů a jejich nedonošených dětí. Bylo zjištěno, že mezi nejčastěji vnímaný emoční vztah ve výchově nedonošených dětí patřil záporný emoční vztah v kombinaci se silným výchovným řízením. Takový styl výchovy můžeme nazývat stylem autoritativním.

V českém prostředí můžeme získané výsledky porovnat s výzkumem Gillernové (2005). Ačkoli se o tom autorka výslovně v charakteristice vzorku nezmiňuje, předpokládám, že data se vztahují k dětem donošeným. Jistou nevýhodou pro srovnání je ale skutečnost, že ve výběru šlo o děti o něco starší (respondenti byli ve věku od 11 do 18 let, ve 30 % šlo o třináctileté a čtrnáctileté) než mém případě. Pokud ale přesto výsledky srovnáme, zjistíme, že výchovný styl se záporným emočním vztahem a silným nebo středním řízením (pole 1) nepatřil mezi nejčastější (7 %). Z výsledků Gillernové je patrné, že ve srovnání s rokem 1991 byl výskyt tohoto způsobu výchovy vyšší (19,5 %). Dalo by se tedy říci, že je určitým překvapením, že se v mém vzorku předčasně narozených vyskytl právě tento styl výchovy jako nejčastěji percipovaný.

Výsledky získané na mém vzorku mohou být pro čtenáře již méně překvapivé, pokud je vysvětlíme v souvislosti s překážkami v adekvátním navázání vztahu s dítětem již od počátku jeho narození či s jeho vyšší dráždivostí a labilitou, která může jeho vychovatele (v našem případě rodiče) provokovat k méně příznivým projevům emočního vztahu. Připomeňme si, že rodiče těchto dětí byli často v raném věku od dítěte separováni a hůře se tak mohli naladit na vnímání signálů dítětem vysílaným (Chvílová-Weberová, 2013). Jejich snížená senzitivita i reaktivita (zvláště u dvojčat – Beer et al., 2013) byla zjištěna i v pozdějším věku dítěte. Může se projevovat jako intruzivita, ve větším množství příkazů a kontroly – a to jsou právě jedny z charakteristik typických pro autoritativní výchovu (Wang, Cox, Mills-Koonce & Snyder, 2015). Obojí by mohlo souviset s distresem, který rodiče prožívali, neboť ten má na tyto aspekty rodičovského chování negativní vliv (Guajardo, Snyder & Petersen, 2009; Xu, Farver, Zhang, Zeng, Yu & Cai, 2005). Je možné, že předčasně narozené děti tuto necitlivost ve výchově určitým způsobem vnímaly. Do výsledků se také mohla promítnout skutečnost, že rodiče nedonošených dětí se svých dětí méně dotýkají, a to i dlouhodobě po propuštění domů (Holditch-Davis & Thoman, 1988; Sobotková, Dittrichová & Procházková, 2015). Laskavým dotekem (pohlazením, pochováním) však dítěti sdělujeme, že je zde, na tomto světě, vítané, přijímané a že „jeho“ lidem na něm záleží.

Silné řízení, které se také vyskytlo v mém vzorku jako nejčastější, může znamenat perfekcionismus v oblasti kladení požadavků na dítě – kladení vyšších nároků na dosažení

nejrůznějších úspěchů (což by bylo v souladu se starším výzkumným zjištěním u autorů Kalmar & Boronkai, 1989). To ale může působit jak příznivě (kompenzace slabších oblastí dítěte), tak i nepříznivě (přetěžování dítěte). V kombinaci se záporným emočním vztahem můžeme očekávat spíše druhou variantu.

Podle mého názoru mu však lze porozumět i jako možnému projevu úzkosti a strachu o dítě, neboť čím více se rodiče o své dítě bojí, tím více se ho snaží kontrolovat, a tím méně mu dávají volnosti a prostoru pro sebe sama.

Je zajímavé, že druhé nejčastější řízení, řízení rozporné, se samostatně (zvlášť u matky nebo zvlášť u otce) vyskytlo jen ve velmi malé míře. To by podle mého soudu spíše svědčilo pro to, že nejednotnost ve výchově byla spojena s neshodami mezi rodiči navzájem. Je možné, že mezi matkami a otci existují určité rozdíly ve způsobech, jak se s náročnou situací předčasného narození svého dítěte vyrovnávali (popř. vyrovnali), a to se promítlo do způsobu výchovy. V tomto smyslu byl u otců ze vzorku zaznamenán o trochu vyšší samostatný výskyt příznivějších forem výchovy (pole 4 a pole 5).

Pokud se opřeme o podobnou, avšak starší studii v zahraničí, můžeme říci, že moje výsledky nejsou ve shodě se závěry, které uvádí autoři Kalmar a Boronkai (1989). Jejich údaje svědčí spíše pro ojedinělý výskyt autoritativních výchovných postojů rodičů. Tento rozpor si vysvětluji v souvislosti s použitými metodami. V citovaném výzkumu získávali autoři údaje od samotných rodičů, u nichž se mohla projevit tendence k desirabilitě, zatímco můj výzkum se soustředil na to, jak výchovné působení rodičů vnímají samotné nedonošené děti – a ty ho mohou vnímat poněkud odlišně.

Jiný zahraniční výzkum nalezl signifikantní vztah mezi autoritativním výchovným stylem rodičů a úzkostně vzdorujícím typem attachmentu u studentů mezi 15 a 18 lety (Akhtar, 2012). Interakce v takových podmínkách je charakteristická nekonzistentním uspokojováním potřeb dítěte, dominantním řízením ze strany rodičů, rozmrzelostí a negativismem na straně dítěte (Thorová, 2015d). Tyto poznatky podporují můj výzkumný závěr, neboť takové projevy chování nacházíme i u předčasně narozených dětí a jejich rodičů.

S ohledem na použitou kvantitativní metodologii je potřeba na tomto místě zmínit, že ta je sice výhodná pro zpracování dotazníkových dat, avšak méně přínosná pro zachycení hlubších výchovných souvislostí. Je tedy možné, že výsledky zvoleného výzkumného designu nás ochudily o některé důležité vztahy jako je např. proč respondenti odpovídali zrovna tak, jak odpovídali, nebo jaké konkrétní projevy emočního vztahu nebo výchovného řízení stojí za zjištěnými výsledky.

Model výchovného stylu, z něhož teoreticky vycházím, možná až příliš zjednodušuje edukační realitu a redukce výchovného působení na „vztah“ a „řízení“ může být nevhodná. Vždyť právě formování osobnosti (v němž má výchova jen jednu z úloh) je nesmírně složitým, vzájemně se

podmiňujícím komplexem nejrůznějšího působení. Podobně by mohl někdo namítnout, že zvolená metoda (dotazník) nemá potenciál zachytit edukační interakce v plném kontextu. U této metody existuje vždy riziko nesprávného pochopení otázky. To může dvojnásob platit u dětí.

Tím se dostávám k **limitům** své výzkumné práce. Vzhledem k tomu, že zastoupení dětí mladších 10 let bylo ve vzorku poměrně výrazné (celkem 68 % z celkového počtu dětí) a že manuál k použité metodě doporučuje u dětí této věkové kategorie administrovat dotazník individuálně, s předčítáním položek a zaznamenáváním odpovědí, je jasné, že k různorodému chápání otázky, či dokonce úplnému nepochopení, mohlo docházet mnohem častěji. Stejně tak nebylo možné ověření chápání instrukce na nulté položce, které se v diagnostické interakci běžně provádí. Z praktických důvodů však nemohla být tato doporučení dodržena.

Do výsledků se mohla projevit i skutečnost, že děti si mohly např. pod odpovědí „někdy" představovat rozdílné frekvence výskytu určitého chování rodičů. Vzhledem k nepružnosti některých položek se mohly pod touto odpovědí skrývat další důležité souvislosti, které by měly být předmětem následně vedeného rozhovoru.

Zdrojem omezení mohla být i samotná administrace přes internet, jelikož tímto způsobem ztrácíme veškerou informaci o tom, v jakých podmínkách zrovna dítě vyplňovalo, v jakém bylo stavu (nebylo akutně nemocné nebo rozjívené?) atd. Slabé stránky tohoto způsobu získávání výzkumných dat jsou zřejmé. Kromě toho, že je zde nebezpečí nesprávného pochopení otázky (což by v přímém kontaktu s klienty mohl psycholog/výzkumník dovysvětlit), nevíme také nic o jeho přístupu a motivaci k výzkumu.

Za největší slabinu své výzkumné koncepce považuji právě nemožnost kontroly samostatného vyplňování dětí bez dozoru dospělých. Konečné výsledky tak mohou být nepřesné, neboť je zde riziko, že výsledky se spíše vztahují k tomu, jak na položky odpověděli jejich rodiče než k tomu, jak by na ně odpověděly jejich děti.

Když uvažuji o slabinách svého výzkumu, pak (kromě již několikrát zmíněné nevyhovující velikosti vzorku) musím zmínit i další faktory jako je např. to, že jsem do něj zahrnula děti, které medicína za předčasně narozené již nepovažuje (to snad lze odpustit ve vztahu k tomu, že takové dítě se ve vzorku vyskytovalo jen jedno).

Za limitaci lze považovat také to, že vzorek byl získán sebevýběrem. Je tedy možné, že dotazník zaujal spíše rodiče, jejichž výchovné působení bylo v určitých ohledech extrémní. I to by mohlo mít souvislost se získanými daty a s nejvyšší četností záporného vztahu a silného řízení ve výchově (pokud lze tyto charakteristiky považovat za krajnosti).

Vzhledem k tomu, že rodiče těchto dětí zajímá velice často, a také velice intenzivně, především prognóza vývoje dětí, je do budoucna zcela jistě nejcennější ubírání výzkumných designů longitudinálním směrem (což už bylo také několikrát zmíněno a zde to chci ještě naposledy zdůraznit). Je potřeba sledovat nejenom konkrétní projevy psychologické morbidity u

dětí, které se posléze nevyvíjí zcela příznivě a bývají různě nemocné nebo se vyvíjejí s nějakým znevýhodněním, ale i u dětí, které prozatím vykazují vcelku normální vývoj – i u nich může být důležité sledovat podrobný způsob jejich psychického vývoje v nejrůznějších oblastech (vývoj jednotlivých psychických funkcí, charakteristika sociálních vztahů u těchto dětí v rámci rodiny, jiných dospělých, vrstevníků apod., zaměření na well-being a životní spokojenost a pocit smysluplnosti u těchto dětí), protože přesně takové informace budou chtít rodiče od odborníků slyšet. To vše by bylo potřebné zaznamenávat z hlediska pohlavních rozdílů nebo kulturního původu, a především pak s ohledem na charakteristiky prostředí, v němž dítě vyrůstalo.

Zajímavé výsledky by mohly přinést výzkumy, které by si kladly za cíl srovnat údaje o výchovném stylu od rodičů a od dětí. K tomu máme dostatek diagnostických možností. Domnívám se, že takový výzkum by bylo vhodnější vést spíše kvantitativním směrem, abychom mohli výsledky dobře srovnat.

Kvalitativně by se naopak výzkumníci mohli zaměřit na konkrétní potíže rodičů, které se svými dětmi mají (a promítají se do výchovy). Rozhovory vedené s rodiči na toto téma by mohly přinést hlubší vhled do souvislostí a porozumění, jak a proč probíhá výchova předčasně narozených dětí určitým způsobem a co by potřebovali, abychom mohli těmto rodičům (a dětem) pomoci.

Jelikož víme, že videotrénink interakcí měl kladné dopady na zvyšování senzitivity a snižování odtažitého chování u nizozemských otců i matek dětí narozených mezi 25. a 37. týdnem, ale neměl účinek na intruzivní projevy rodičů (Hoffenkamp et al., 2015), dá se předpokládat, že podobně by se dala uchopit i problematika výchovná. Očekávala bych, že by byla velice cenná pro odhalení drobných, v běžné interakci sotva zachytitelných signálů, které narušují, nebo naopak podporují výchovou komunikaci mezi rodičem a nedonošeným dítětem. Závěry z obou dvou výzkumných koncepcí by mohly být významné zejména pro poradenskou praxi.

Dále je důležité zaměřit se zejména na vztahy mezi dalšími proměnnými jako je např. délka rané separace nebo přítomnost klinických obtíží u rodičů ve vztahu k tomu, zda by mohlo jít o prediktory určitého výchovného stylu.

Velice přínosná by mohla být i studie, která by se soustředila na vztah mezi časně prožitým distresem rodičů (v období po porodu) a jejich aktuálním výchovným stylem (v době, kdy už nevykazují akutní známky distresu). Pokud by výsledky takto vedeného výzkumu informovaly o tom, že nepříjemný emoční stav rodičů prožívaný v raném věku dítěte souvisí s pozdější podobou výchovného stylu, měli bychom k dispozici empirické podklady ke zdůraznění tolik potřebné preventivní péče o tyto rodiny.

ZÁVĚR

Děti s perinatálním rizikem jsou nejčastěji děti, které se nenarodily v očekávaném termínu. Počet těchto dětí stále rapidně vzrůstá (jak v tuzemském, tak v zahraničním prostředí), což je důležitá informace pro psychology, kteří pracují s dětmi – ať už v praxi poradenské, nebo klinické. Česká medicína již na tuto skutečnost zareagovala a dnes má v oblasti perinatologie a neonatologie výsledky, které bychom mohli označit jako prestižní. Vzhledem k tomu, že tyto děti vykazují celou řadu zvláštností a rizik nejenom v oblasti zdraví a ve vývoji tělesném, ale také v následném psychickém vývoji, dá se říci, že je tím kladen poměrně významný apel také na profesionalitu psychologických pracovníků. Ta ovšem zatím těmto nárokům nedostačuje. **Pro danou klientelu zatím chybí dostatečná psychologická péče nejenom v počátku této náročné životní situace** (ve formě krizové intervence a podpůrné psychoterapie), **ale i ve formě dlouhodobé následné péče**.

Konečné výsledky získané na daném vzorku svědčí spíše pro odlišnější způsoby výchovy, než které jsou běžné u donošených dětí. Data sebraná na daném vzorku však naznačila, že se **u dětí, které se nenarodily v termínu, vyskytovaly častěji spíše formy méně příznivé pro rozvoj osobnosti a že výchovné optimum bylo ve vzorku zastoupené v naprostém minimu**. Nevíme sice, zda kladné nebo záporné vlastnosti spojené s určitým výchovným stylem v dětství přetrvávají i do dospělého věku, je těžké vyslovit nějakou prognózu dětí vychovávaných určitým způsobem, avšak k nejohroženějším patřily zejména děti nejméně zralé (u dětí extrémně předčasně narozených byl častější výchovný styl se záporným emočním vztahem a rozporným řízením nebo výchova emočně rozporná), spíše chlapci než děvčata, děti pocházející z vícečetného těhotenství, děti starší 10 let, děti narozené v prvním nebo třetím pořadí, děti pocházející z rodin, kde mají rodiče nižší vzdělání, děti ze středně velkých obcí nebo větších měst. **Závěrečné výsledky naznačily, že by výchovné působení v rodinách s předčasně narozeným dítětem mohlo znamenat v některých případech další oslabení, a že by se tak mohl uplatňovat vliv nepříznivého, kumulativního účinku rizik**.

Z výsledků tedy vyplývají i některá praktická doporučení. Budeme-li se na psychologických pracovištích čím dál tím více setkávat s rodinami s předčasně narozeným dítětem, lze říci, že uplatnění výsledků v **klinické rovině** souvisí zejména s prací na uspokojivém psychickém zdraví rodičů, a potažmo i dětí. Klinický psycholog se může dostávat ke slovu především v situacích, kdy se u rodičů již rozvinuly některé psychické obtíže (jako je např. deprese nebo posttraumatická stresová porucha). Je ale možné, že k ohrožení psychického zdraví by mohlo dojít i u dětí, a vznikne tak potřeba konzultace s dětským klinickým psychologem.

Praktické využití výsledků pak může být cenné zejména v oblasti **poradenství pro rodiče**. Matějček (2011) zdůrazňuje, že výchovného poradenství tkví především v působení na ty, kdo vychovávají. S tím lze zcela souhlasit a v tomto duchu se pak pochopitelně nabízí i podnícení k úpravě, opravě či změně jejich výchovného stylu. To je velice obtížný úkol, neboť

výchovné postoje rodičů bývají mnohdy silně resistentní vůči jakýmkoli změnám. Přesto se můžeme pokusit o zprostředkování vhledu do jejich situace, což můžeme učinit především objasněním, jak může konkrétní emoční vztah a jeho kombinace s určitou formou řízení na dítě působit, upozorněním na výhody takového způsobu výchovy, ale i jeho případná úskalí. U předčasně narozených dětí a jejich rodičů by měly být naším záměrem především konkrétní ukázky, jak tomuto dítěti rozumět, případně jakých jeho silných stránek si na něm cenit apod.

Je otázkou, zda lze získané výsledky aplikovat i v **rovině pedagogické** (pro učitele těchto dětí, speciální pedagogy, vychovatele v nejrůznějších zařízeních jako je např. školní družina, volnočasový klub apod., pro asistenty pedagoga), neboť výchovné styly, na něž jsem se zaměřila, byly sledovány v souvislosti s působením rodičů. Je potřeba počítat s tím, že u dalších osob na dítě působících by mohly být výsledky odlišné.

Předkládanou diplomovou práci bych ráda uzavřela slovy Sobotkové a Dittrichové: „*Všichni naši rodiče si přáli mít zdravé děti, ale když se jim narodily děti s problémy, odpovědně jednali. Připomíná nám to myšlenku V. E. Frankla, že vlastně nezáleží na tom, co od života očekáváme my, ale co očekává život od nás. A že život v posledku neznamená nic jiného než právě odpovědnost za správnou životní odpověď na otázky kladené nám životem v podobě úkolů, které máme plnit*“ (Sobotková et al., 2009, s. 106). Všem rodičům i dětem, které v životě postihl předčasný porod, bych ráda popřála, aby jim hledání těchto správných životních odpovědí přinášelo co nejvíce radosti a smysluplnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ODBORNÝCH PRAMENŮ

1. Akhtar, Z. (2012). The effect of parenting style of parents on the attachment styles of undergraduate students. *Language In India, 12*(1), 555-566.
2. Alderdice, F. & Redshaw, M. (2015). Preterm birth: what does psychology have to offer? *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 33*(1), 1-3.
3. Allen, M. C. (2002). Preterm outcomes research: A critical component of neonatal intensive care. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 8*(4), 221-233.
4. Amankwaa, L. C., Pickler, R. H. & Boonmee, J. (2007). Maternal Responsiveness in Mothers of Preterm Infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, *7*(1), 25-30.
5. Baron, I. S., Kerns, K. A., Müller, U., Ahronovich, M. D. & Litman, F. R. (2012). Executive functions in extremely low birth weight and late-preterm preschoolers: Effects on working memory and response inhibition. *Child Neuropsychology, 18*(6), 586-599.
6. Beckwith, L. & Rodning, C. (1996). Dyadic processes between mothers and preterm infants: Development at ages 2 to 5 years. *Infant Mental Health Journal, 17*(4), 322-333.
7. Bednářová, V. (1998). *Psychologické otázky volného času naší současné středoškolské mládeže* (Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha). Dostupné z: http://digitool.is.cuni.cz/R/?func=dbin-jump-full&object_id=55359
8. Beer, C., Israel, C., Johnson, S., Marlow, N., Whitelaw, A. & Glazebrook, C. (2013). Twin birth: An additional risk factor for poorer quality maternal interactions with very preterm infants? *Early Human Development, 89*(8), 555-559.
9. Benísková, M. (1996). Problematika dětí se slabým řízením v rodinné výchově (Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha). Dostupné z: http://digitool.is.cuni.cz/R/?func=dbin-jump-full&object_id=56895
10. Berger, P. L. & Luckmann, T. (1999). *Sociální konstrukce reality: Pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
11. Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M. & Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 288*(6), 728-737.
12. Blasco, P. A. (1989). Preterm birth: To correct or not to correct. *Developmental Medicine* & *Child Neurology, 31*(6), 816-821.
13. Blecha, I. (2004). *Filosofie*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.
14. Bowlby, B. (1980). *Attachment and loss: loss, sadness and depression (volume III)*. New York: Basic Books.
15. Brisch, K. H. (2011). *Poruchy vztahové vazby*. Praha: Portál.
16. Bronfenbrenner, U. (1972). *Influences on Human Development*. Hinsdale, Illinois: Dryden Press.
17. Brunclíková, B. (2018). V Podolí se narodila holčička, která vážila 322 gramů. Lékařům se ji podařilo zachránit. *Česká televize 24* [online]. [cit. 15-06-2018]. Dostupné z https://ct24.ceskatelevize.cz/veda/2496637-v-podoli-se-narodila-holcicka-ktera-vazila-322-gramu-lekarum-se-ji-podarilo-zachranit
18. Břicháček, V. (1999). Raný vztah matky s dítětem. *Psychologie dnes, 5*(1), 22-23.
19. Caputo, D. V., Goldstein, K. M. & Taub, H. B. (1981). Neonatal compromise and later psychological development: A 10-year longitudinal study. In S. L. Friedman & M. Sigman, *Preterm birth and psychological development*. New York: Academic Press.
20. Centers for Disease Control and Prevention (2017). Preterm Birth. *CDC.gov* [online]. [cit. 31-10-2017]. Dostupné z https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm
21. Colin, V. L. (1996). *Human attachment*. New York: McGraw-Hill.
22. Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M. & Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*(CD002771).
23. Čáp, J. (1996). *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV.
24. Čáp, J. (2007). Celkový způsob (styl) výchovy. In J. Čáp & J. Mareš, *Psychologie pro učitele* (s. 303-326). Praha: Portál.
25. Čáp, J., Čechová, V. & Boschek, P. (2000). *Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let*. Praha: IPPP.
26. Čáp, J. & Boschek, P. (1994). *Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině: příručka*. Bratislava, Brno: Psychodiagnostika, s.r.o.
27. Dammann, O., Walther, H., Allers, B., Schroder, M., Drescher, J., Lutz, D., Veelken, N. & Schulte, F. J. (1996). Development of a regional cohort of very-low-birthweight children at six years: cognitive abilities are associated with neurological disability and social background. *Developmental Medicine And Child Neurology, 38*(2), 97-108.

28. de Kieviet, J. F., Zoetebier, L., Oosterlaan, J., van Elburg, R. M. & Vermeulen, R. J. (2012). Brain development of very preterm and very low-birthweight children in childhood and adolescence: a meta-analysis. *Developmental Medicine And Child Neurology, 54*(4), 313-323.
29. Dokoupilová, M. (2009a). Kde se o moje miminko budou starat. In M. Dokoupilová, B. Fišárková & L. Novotná, L. *Narodilo se předčasně* (s. 37-40). Praha: Portál.
30. Dokoupilová, M. (2009b). Diagnózy. In M. Dokoupilová, B. Fišárková & L. Novotná, L. et al. *Narodilo se předčasně* (s. 95-115). Praha: Portál.
31. Dokoupilová, M., Fišárková, B., Novotná, L., Kopasová, E., Kaiserová, L. & Müller, L (2009). *Narodilo se předčasně*. Praha: Portál.
32. Domkářová, L. (2017). *Psychický vývoj dětí s nízkou porodní hmotností* (Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha). Dostupné z: https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/177730
33. Dort, J., Dortová, E. & Jehlička, P. (2013). *Neonatologie*. Praha: Karolinum.
34. Dort, J., Dortová, E., Frömlová, L., Knězová, J., Hemzáčková, K. & Láfová, K. (2015). *Co chtějí nejkřehčí miminka?* Plzeň: Creaprint.
35. Fawke, J. (2007). Neurological outcomes following preterm birth. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine, 12*(5), 374-382.
36. Ferrari, F., Gallo, C., Pugliese, M., Guidotti, I., Gavioli, S, Coccolini, E., Zagni, P., Della Casa, E., Rossi, C., Lugli, L., Todeschini, A., Ori, L. & Bertoncelli, N. (2012). Preterm birth and developmental problems in the preschool age. Part I: minor motor problems. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 25*(11), 2154-2159.
37. Filippa, M., Ferrari, F., Frassoldati, R., Panza, C., Kuhn, P., Balduzzi, S. & D'Amico, R. (2017). Systematic review of maternal voice interventions demonstrates increased stability in preterm infants. *Acta Paediatrica, 106*(8), 1220-1229.
38. Fonagy, P. & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál.
39. Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Moessinger, A., Borghini, A. & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics, 118*(1), 107-114.
40. Gatta, M., Miscioscia, M., Svanellini, L., Brianda, M. E., Guerra, G., Battistella, P. A. & Simonelli, A. (2017). Triadic interactions in families with preterm children: a comparative study with children born at term. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 13*, 2375-2388.
41. Gerner, E. M. (1999). Emotional interaction in a group of preterm infants at 3 and 6 months of corrected age. *Infant and Child Development, 8*(3), 117-128.
42. Gillernová, I. (2004). *Závěrečná zpráva o řešení dílčích úkolů – VZ MŠMT Jedinec a společnost v procesu transformace a globalizace*. Praha: Katedra psychologie FF UK.
43. Gillernová, I. (2005). Způsob výchovy v současné české rodině z pohledu dospívajících chlapců a dívek. In D. Heller, J. Procházková & I. Sobotková, *Psychologické dny 2004: Svět žen a svět mužů: polarita a vzájemné obohacování: sborník příspěvků z konference Psychologické dny, Olomouc 2004* (s. 1-14). Olomouc: Universita Palackého v Olomouci.
44. Gillernová, I. (2009). Společné činnosti dospělých a dětí a jejich edukační potenciál. [CD-ROM]. In L. Krejčová & V. Mertin, *Škola jako místo setkávání*. [Sv.] 2: sborník příspěvků z konference konané 20. dubna 2009 (s. 80-95). Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy.
45. Göthová, M. (2013). Postup u předčasného porodu s plodem na hranici viability (22.-25. týden) těhotenství. *Česká gynekologie*, *78*(6), 573-583.
46. Guajardo, N., Snyder, G. & Petersen, R. (2009). Relationships among parenting practices, parental stress, child behaviour, and children's social-cognitive development. *Infant and Child Development, 18*(1), 37–60.
47. Hallin, A.-L., Bengtsson, H., Frostell, A. S. & Stjernqvist, K. (2010). The effect of extremely preterm birth on attachment organization in late adolescence. *Child: care, health and development, 38*(2), 196-203.
48. Hanáková, J. (1998). *Způsob výchovy v rodinách žáků vojenské střední školy* (Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha). Dostupné z: http://digitool.is.cuni.cz/R/?func=dbin-jump-full&object_id=62952
49. Hašto, J. (2005). *Vzťahová väzba*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
50. Hemgren, E. & Persson, K. (2004). Quality of motor performance in preterm and full-term 3-year-old children. *Child: care, health and development, 30*(5), 515-527.
51. Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Braeken, J., Eliens, M. P. J., Vingerhoets, Ad J. J. M. & van Bakel Hedwig, J. A. (2015). Effectiveness of Hospital-Based Video Interaction Guidance on Parental Interactive Behavior, Bonding, and Stress After Preterm Birth: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(2), 416-429.
52. Holditch-Davis, D. & Thoman, E. B. (1988). The early social environment of premature and full term infants. *Early Human Development, 17*(2–3), 221–232.

53. Honzík, T. & Pařízek, A. (2015). Předčasně narozené děti. *Porodnice.cz* [online]. [cit. 02-01-2018]. Dostupné z http://www.porodnice.cz/dite-a-z/predcasne-narozene-deti
54. Hort, Vl., Hrdlička, M., Kocourková, J. Malá, E., Propper, L., Krejčířová, D., Koutek, J. & Nešpor, K. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
55. Hunt, J. V. (1981). Predicting intellectual disorders in childhood for preterm infants with birthweights below 1501 gm. In Friedman, S. L. & Sigman, M. *Preterm birth and psychological development*. New York: Academic Press.
56. Hutchison, L., Feder, M., Abar, B. & Winsler, A. (2016). Relations between Parenting Stress, Parenting Style, and Child Executive Functioning for Children with ADHD or Autism. *Journal of Child & Family Studies, 25*(12), 3644-3656.
57. Chirico, G., Cabano, R., Villa, G., Bigogno, A., Ardesi, M. & Dioni, E. (2017). Randomised study showed that recorded maternal voices reduced pain in preterm infants undergoing heel lance procedures in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatrica, 106*(10), 1564-1568.
58. Chlebounová, M. & Čermák, I. (2013). Utváření vztahu rodičů k předčasně narozeným dětem. *Československá psychologie, 57*(4), 307-316.
59. Chvílová-Weberová, M. (2013). Realita traumatu rodičů po předčasném porodu možný vliv na utváření vztahu mezi matkou a dítětem. *Neonatologické listy, 19*(1), 37-40.
60. Ionio, Ch., Riboni, E., Confalonieri, E., Dallatomasina, C., Mascheroni, E., Bonanomi, A., Natali Sora M. G., Falautano, M., Poloniato, A., Barera, G. & Comi, G. (2016). Paths of cognitive and language development in healthy preterm infants. *Infant Behavior & Development, 44*, 199-207.
61. Jahnová, H. (2009). Psychologická péče o děti raného věku. *Docplayer.cz* [online]. [cit. 01-01-2018]. Dostupné z http://docplayer.cz/45072959-Psychologicka-pece-o-deti-raneho-veku.html
62. Janáčková, L. & Kantor, L. (2015). *Maličké miminko*. Brno: Grifart.
63. Janáčková, L., Dort, J., Dortová, E., Frömlová, L., Knězová, J., Hemzáčková, K. & Láfová, K. (2016). *Máme doma miminko do dlaně*. Brno: Grifart.
64. Jaspers, K. (1996). *Úvod do filosofie*. Praha: Oikoymenh.
65. Johnson, S., Hollis, Ch., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D. & Marlow, N. (2010). New research: Psychiatric Disorders in Extremely Preterm Children: Longitudinal Finding at Age 11 Years in the EPICure Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(5), 453-463.
66. Kalmar, M. & Boronkai, J. (1989). *The Role of Parental Attitudes and the Quality of the Home Learning Environment in the Mental Development of Prematurely Born Children*. Paper presented at the Symposium on „Child and Different Structures and Interpersonal Relationships of Recent Family Types", Lahti.
67. Kašparová, M. (2015). Děti s perinatální zátěží – multidisciplinární péče jako základ sekundární a terciární prevence. *Docplayer.cz* [online]. [cit. 16-07-2018]. Dostupné z http://docplayer.cz/23343625-Deti-s-perinatalni-zatezi-multidisciplinarni-pece-jako-zaklad-sekundarni-a-terciarni-prevence.html
68. Kopasová, E. (2009). Muzikoterapie v péči o předčasně narozené dítě. In M. Dokoupilová, B. Fišárková & L. Novotná et al. *Narodilo se předčasně* (s. 243-245). Praha: Portál.
69. Korja, R., Latva, R. & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 91*(2), 164-173.
70. Korja, R., Maunu, J., Kirjavainen, J., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J. & Lehtonen, L. (2008). Mother–infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early Human Development, 84*(4), 257-267.
71. Kormos, C. E. (2013). Low birth weight and intelligence in adolescence and early adulthood: a meta-analysis. *Journal of Public Health*, *36*(2), 213-224.
72. Koucký, M. (2018). MUDr. Michal Koucký: Ve vyspělých zemích předčasně porodí 10 % žen. Ohrožených je ale víc. *HOSPITALin.cz* [online]. [cit. 16-06-2018]. Dostupné z http://hospitalin.cz/p/mudr-michal-koucky-ve-vyspelych-zemich-predcasne-porodi-10-zen-ohrozenych-je-ale-vic
73. Kulísek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie, 44*(5), 404-423.
74. Kynø, N. M., Ravn, I. H., Lindemann, R., Smeby, N. A., Torgersen, A. M. & Gundersen, T. (2013). Parents of preterm-born children; sources of stress and worry and experiences with an early intervention programme – a qualitative study. *BMC Nursing*, *12*(1), 28-48.
75. Landsem, I. P., Handegård, B. H., Ulvund, S. E., Kaaresen, P. I. & Rønning, J. A. (2015). Early intervention influences positively quality of life as reported by prematurely born children at age nine and their parents; a randomized clinical trial. *Health & Quality of Life Outcomes*, *13*(1), 1-11.
76. Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006a). Vývoj předčasně narozených dětí. In J. Langmeier & D. Krejčířová, *Vývojová psychologie* (s. 27-29). Praha: Grada.

77. Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006b). Vývojová psychologie a výchova. In J. Langmeier & D. Krejčířová, *Vývojová psychologie* (s. 261-270). Praha: Grada.
78. Lejeune, F. & Gentaz, E. (2013). Le toucher chez les enfants prématurés. *Enfance, 1*, 33-48.
79. Leonard, A. & Mayers, P. (2008). Parents' lived experience of providing kangaroo care to their preterm infants. *Health SA Gesondheid: Journal of Interdisciplinary Health Sciences, 13*(4), 16-28.
80. Löhr, T., von Gontard, A. & Roth, B. (2000). Perception of premature birth by fathers and mothers. *Archives of Women's Mental Health, 3*(2), 41-46.
81. Lundqvist, P., Hellström-Westas, L. & Hallström, I. (2014). Reorganizing Life: A Qualitative Study of Fathers' Lived Experience in the 3 Years Subsequent to the Very Preterm Birth of Their Child. *Journal of Pediatric Nursing, 29*(2), 124-131.
82. MacDorman, M. F., Mathews, T. J., Mohangoo, A. D. & Zeitlin, J. (2014). International Comparisons of Infant Mortality and Related Factors: United States and Europe, 2010. *National Vital Statistics Reports, 63*(5), 1-6.
83. Main, M. & Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized/disoriented attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings, *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (s. 161-182). Chicago and London: The University of Chicago Press.
84. Marková, D. (2006). Komplexní problematika dětí s perinatální zátěží. *Sanquis.cz* [online]. [cit. 16-07-2018]. Dostupné z http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art186
85. Marková, D., Weberová-Chvílová, M., Raušová, P., Knězů, E., Klement, P., Korsová, B., Příhodová, I., Koštálová, E., Kredba, V., Langer, J., Frühauf, P., Kytnarová, J., Koťátko, P., Šulc, J., Vepřeková, L., Uhlíková, P., Jánská, P., Vyhnálek, P., Zlatohlávková, B., Fleischnerová, A., Ptáček, R., Mirovská, D., Smolíková, L., Haškovcová, E., Mercelová, J., Kunzmanová, R. & Zeman, J. (2014). Péče o předčasně narozené dítě: kdy začíná a kdy končí? *Česko-slovenská pediatrie, 69*(1), 53-62.
86. Marlier, L., Gaugler, C., Astruc, D. & Messer, J. (2007). Mise au point: La sensibilité olfactive du nouveau-né prématuré. *Archives de pédiatrie, 14*(1), 45-53.
87. Maříková, Z. (1997). *Formování osobnosti dítěte v podmínkách současného českého venkova* (Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha). Dostupné z: http://digitool.is.cuni.cz/R/?func=dbin-jump-full&object_id=64734
88. Matějček, Z. (2011). *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál.
89. McFadyen, A. (1994). *Special Care Babies And Their Developing Relationships*. London: Routledge.
90. Medeiros, F. B. & Piccinini, C. A. (2015). Relação pai-bebê no contexto da prematuridade: gestação, internação do bebê e terceiro mês após a alta hospitalar. *Estudos de Psicologia (Campinas), 32*(3), 475-485.
91. Michalcová, J. (2010). *Současné možnosti prevence předčasného porodu* (Diplomová práce, Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí, Praha). Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/29537/DPTX_2008_1_11120_0_44970_0_65140.pdf?sequence=1
92. Michálková Grézlová, T., Marková, D., Ptáček, R. & Goetz, M. (2016). Psychiatrická problematika u předčasně narozených dětí. *Pediatrie pro praxi, 17*(6), 348-352.
93. Mikšík, O. (2007). *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Karolinum.
94. Möhr, P., Praško, J., Bareš, M., Seifertova, D., Herman, E. & Horáček, J. (2008). Psychické poruchy v graviditě a laktaci. In D. Seifertová, J. Horáček, C. Höschl (eds.). *Postupy v léčbě psychických poruch* (s. 484-497). Praha: Academia Medica Pragensis.
95. Moravcová, I. (1998). *Způsob výchovy adolescentních chlapců trvale žijících v prostředí venkova* (Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha). Dostupné z: http://digitool.is.cuni.cz/R/?func=dbin-jump-full&object_id=62994
96. Moravčík, B. (nedat.). Krizová intervence. *Akutne.cz* [online]. [cit. 31-12-2017]. Dostupné z http://www.akutne.cz/res/publikace/krizova-intervence-moravcik-b.pdf
97. Mulder, H., Pitchford, N. J., Hagger, M. S. & Marlow, N. (2009). Development of Executive Function and Attention in Preterm Children: A Systematic Review. *Developmental Neuropsychology, 34*(4), 393-421.
98. Müller, L. (2009). Mami, tati, neboj se! In M. Dokoupilová, B. Fišárková & L. Novotná et al. *Narodilo se předčasně*. Praha: Portál.
99. Neel, M. L. M., Stark, A. R. & Maitre, N. L. (2018). Parenting style impacts cognitive and behavioural outcomes of former preterm infants: A systematic review. *Child: Care, Health and Development*, *44*(4), 507-515.
100. Neri, E., Agostini, F., Perricone, G., Morales, M. R., Biasini, A., Monti, F. & Polizzi, C. (2017). Mother- and father-infant interactions at 3 months of corrected age: The effect of severity of preterm birth. *Infant Behavior & Development*, *49*, 97-103.

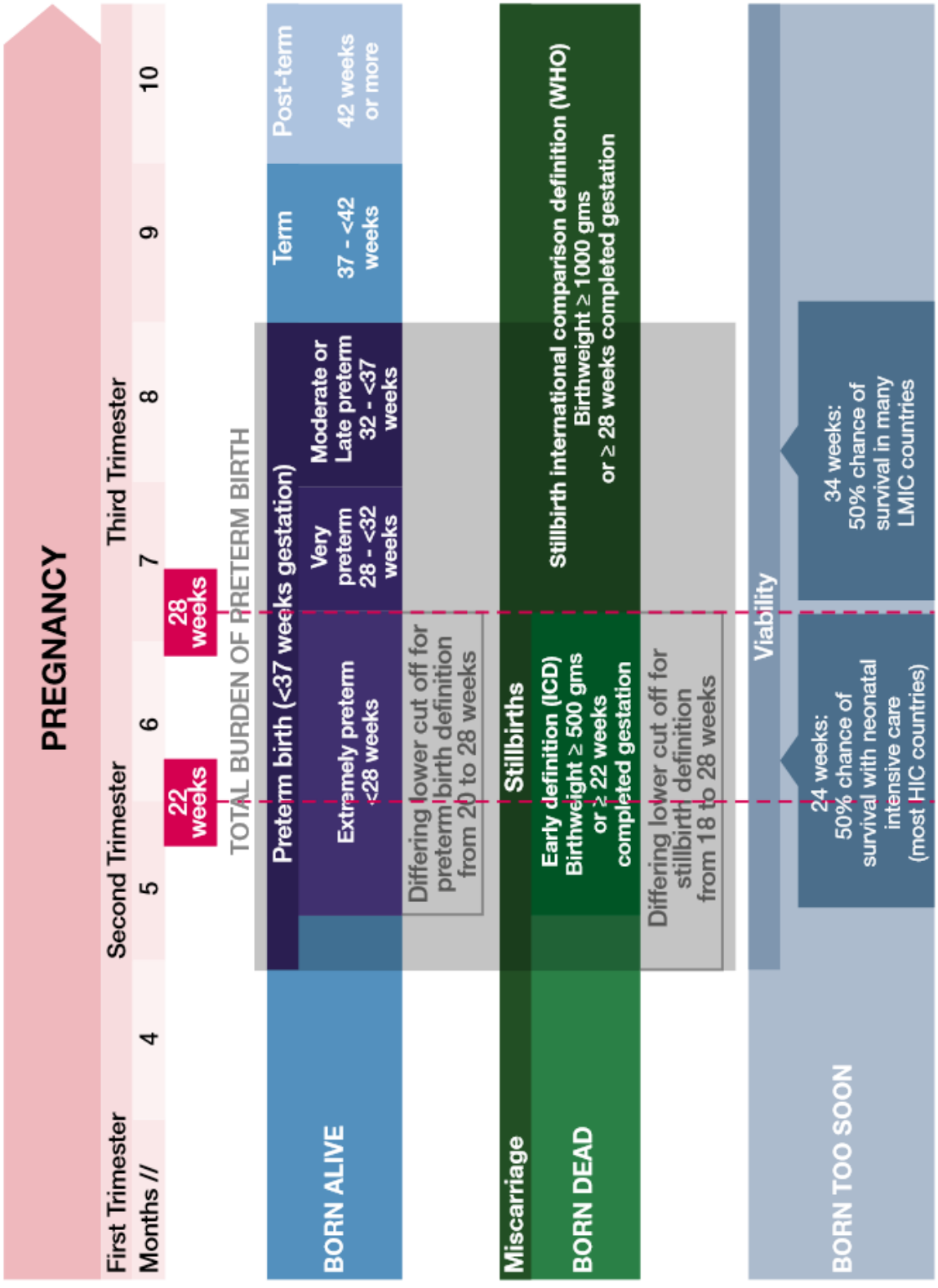
101. Neri, E., Agostini, F., Salvatori, P., Monti, F. & Biasini, A. (2015). Mother-preterm infant interactions at 3 months of corrected age: influence of maternal depression, anxiety and neonatal birth weight. *Frontiers in Psychology, 6*, 1-12
102. Nevolová, M. & Foltová, K. (2015). *Dotýkání dovoleno*. Praha: Grada.
103. Nicolaou, M., Rosewell, R., Marlow, N. & Glazebrook, C. (2009). Mothers' experiences of interacting with their premature infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*(2), 182-194.
104. Novotná, L. (2009). Jsem tu o něco dřív. In M. Dokoupilová, B. Fišárková & L. Novotná et al. *Narodilo se předčasně* (s. 11-52). Praha: Portál.
105. Ozbek, A., Miral, S., Eminagaoglu, N. & Ozkan, H. (2005). Development and behavior of non-handicapped preterm children from a developing country. *Pediatrics International, 47*(5), 532-540.
106. Papoušek, M. (2004). Intuitivní rodičovství. In J. Dittrichová, M. Papoušek & K. Paul et al. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče* (s. 77-100). Praha: Grada.
107. Pařízek, A. & Honzík, T. (2015). Korigovaný věk. *Porodnice.cz* [online]. [cit. 12-11-2017]. Dostupné z http://www.porodnice.cz/clanky/korigovany-vek
108. Pavlíková, M. (2011). Novorozenecká a perinatální úmrtnost – jsme skutečně nejlepší? *Biostatička.cz* [online]. [cit. 02-01-2018]. Dostupné z http://www.biostatisticka.cz/novorozenecka-a-perinatalni-umrtnost-jsme-skutecne-nejlepsi/
109. Pelikán, J. (1997). *Výchova pro život*. Praha: ISV.
110. Pihrtová, L. (2006). Děti se zrakovým postižením. In P. Říčan & D. Krejčířová et al. *Dětská klinická psychologie* (s. 129-139). Praha: Grada.
111. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
112. Průcha, J., Walterová, E. & Mareš, J. (2008). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
113. Pugliese, M., Rossi, C., Guidotti, I., Gallo, C., Della Casa, E:, Bertoncelli, N., Coccolini, E. & Ferrari, F. (2013). Preterm birth and developmental problems in infancy and preschool age Part II: cognitive, neuropsychological and behavioural outcomes. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine, 26*(16), 1653-1657.
114. Radimská, M. (2002). *Primární vazba a problematika jejího výzkumu* (Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha). Dostupné z: http://digitool.is.cuni.cz/R/?func=dbin-jump-full&object_id=54258
115. Rautava, P., Sillanpää, M., Lehtonen, L. & Helenius, H. (2003). Effect of Newborn Hospitalization on Family and Child Behavior: A 12-Year Follow-up Study. *Pediatrics, 111*(2), 277-283.
116. Ravn, I. H., Smith, L., Smeby, N. A., Kynoe, N. M., Sandvik, L., Bunch, E. H. & Lindemann, R. (2012). Effects of early mother–infant intervention on outcomes in mothers and moderately and late preterm infants at age 1 year: A randomized controlled trial. *Infant Behavior & Development, 35*(1), 36-47.
117. Reid, T. (2000). Maternal identity in preterm birth. *Journal of Child Health Care, 4*(1), 23-29.
118. Reynolds, V., Meldrum, S., Simmer, K., Vijayasekaran, S. & French, N. (2014). Dysphonia in Very Preterm Children: A Review of the Evidence. *Neonatology, 106*(1), 69-73.
119. Ritter, B. C., Perrig, W., Steinlin, M. & Everts, R. (2014). Cognitive and behavioral aspects of executive functions in children born very preterm. *Child Neuropsychology, 20*(2), 129-144.
120. Rogers, C. E., Lenze, S. N. & Luby, J. L. (2013). Late preterm birth, maternal depression, and risk of preschool psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *52*(3), 309-318.
121. Sajjadian, N., Mohammadzadeh, M., Alizadeh Taheri, P. & Shariat, M. (2017). Full length article: Positive effects of low intensity recorded maternal voice on physiologic reactions in premature infants. *Infant Behavior & Development, 46*, 59-66.
122. SEDA: An Interactive Guide (2018). *Bcg.com* [online]. [cit. 15-06-2018]. Dostupné z https://www.bcg.com/publications/interactives/seda-2018-guide.aspx
123. Shah, P. E., Robbins, N., Coelho, R. B. & Poehlmann, J. (2013). The paradox of prematurity: The behavioral vulnerability of late preterm infants and the cognitive susceptibility of very preterm infants at 36 months post-term. *Infant Behavior and Development*, *36*(1), 50–62.
124. Schieve, L. A., Tian, L. H., Rankin, K., Kogan, M. D., Yeargin-Allsopp, M., Visser, S. & Rosenberg, D. (2016). Population impact of preterm birth and low birth weight on developmental disabilities in US children. *Annals of Epidemiology, 26*(4), 267-274.
125. Schmücker, G., Brisch, K. H., Köhntop, B., Betzler, S., Österie, M., Pohlandt, F., Pokorny, D., Laucht, M., Kächele, H. & Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infant's neurobiological risk on mother–infant interactions. *Infant Mental Health Journal, 26*(5), 423-441.
126. Sigman, M., Cohen, S. E. & Forsythe, A. (1981). The relation of early infant measures to later development. In S. L. Friedman & M. Sigman, *Preterm birth and psychological development*. New York: Academic Press.
127. Sobotková, D. (1997). *Speciální péče pro vaše novorozené děťátko*. Praha: Triton.

128. Sobotková, D. (2008). Mentální a motorický vývoj dětí s velmi nízkou porodní hmotností narozených v letech 2004 a 2005 v ÚPMD v Praze. *Cmps.ecn.cz* [online]. [cit. 02-01-2018]. Dostupné z: https://cmps.ecn.cz/pd/2008/pdf/sobotkova.pdf
129. Sobotková, D., Dittrichová, J., Burián, O., Buriánová, H., Horváthová, D., Kolmanová, Z., Svátková, H. & Václavíková, P. (2009). *Narodilo se s problémy a co bude dál?* Praha: Triton.
130. Sobotková, D. & Dittrichová, J. (2013). Psychická pohoda matky jako primární preventivní péče o vývoj dítěte. In D. Heller, J. Kotrlová & I. Sobotková (Eds.). *Sborník z konference XXX. Psychologické dny* (s. 18-30). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci ve spolupráci s Českomoravskou psychologickou společností.
131. Sobotková, D., Dittrichová, J. & Mandys, F (1996). Comparison of maternal perceptions of preterm and fullterm infants. *Early development & parenting, 5*(2), 73-79.
132. Sobotková, D., Dittrichová, J., Mandys, F., Paul, K. & Procházková, E. (2004). Některé problémy ve vývoji a chování nedonošených dětí raného věku a problematika jejich rodičů. In J. Dittrichová, M. Papoušek & K. Paul et al. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče* (s. 139-155). Praha: Grada.
133. Sobotková, D., Dittrichová, J. & Procházková, E. (2015). Rizikový novorozenec a jeho rodiče. In L. Takács, D. Sobotková & L. Šulová et al. *Psychologie v perinatální péči* (s. 117-139). Praha: Grada.
134. Společnost pro ranou péči (2017). *Co je Raná péče* [cit. 2017-08-09]. Dostupné z: http://www.ranapece.cz/
135. Stipdonk, L. W., Franken, M.-Ch. J. P. & Weisglas-Kuperus, N. (2016). Auditory brainstem maturation in normal-hearing infants born preterm: a meta-analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology, 58*(10), 1009-1015.
136. Straňák, Z. (2002). Aktuální problémy péče o novorozence extrémně nízké porodní hmotnosti. *Neonatologie.cz* [online]. [cit. 02-01-2018]. Dostupné z www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/aktualni_problemy.doc
137. Straňák, Z. (2015). Problematika ambulantního dlouhodobého sledování vysoce rizikových novorozenců. *Docplayer.cz* [online]. [cit. 16-07-2018]. Dostupné z http://docplayer.cz/9640319-Problematika-ambulantniho-dlouhodobeho-sledovani-vysoce-rizikovych-novorozencu.html
138. Štembera, Z. (2004). *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf.
139. Šturma, J. (2005). Velké dobrodružství lidského zrání a rozvoje. *Evalabusova.cz* [online]. [cit. 02-01-2018]. Dostupné z http://www.evalabusova.cz/rozhovory/sturma_jaroslav.php
140. Šulová, L. (2010). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
141. Taylor, H. G., Espy, K. A. & Anderson, P. J. (2009). Mathematics deficiencies in children with very low birth weight or very preterm birth. *Developmental Disabilities Research Reviews, 15*(1), 52-59.
142. Takács, L. (2013). *Souvislost psychosociálních faktorů perinatální péče s pacientskou spokojeností, průběhem porodu a zahájením kojení* (Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha). Dostupné z: https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/120975
143. Thorová, K. (2015a). Rizikový novorozenec. In K. Thorová, *Vývojová psychologie* (s. 348-355). Praha: Portál.
144. Thorová, K. (2015b). Deprivace a privace, fyzický kontakt, výzkumy Harry Harlowa. In K. Thorová, *Vývojová psychologie* (s. 151-166). Praha: Portál.
145. Thorová, K. (2015c). Vliv rodičovských faktorů na vývoj člověka. In K. Thorová, *Vývojová psychologie* (s. 186-194). Praha: Portál.
146. Thorová, K. (2015d). Připoutání matky k dítěti, teorie Mary Ainsworthové. In K. Thorová, *Vývojová psychologie* (s. 170-176). Praha: Portál.
147. Tideman, E., Nilsson, A., Smith,G. & Stjernqvist, K. (2002). Longitudinal follow-up of children born preterm: The mother-child relationship in a 19-year perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 20*(1), 43-56.
148. Tkaczyk, J. (2017). Nedonošené dítě. *Sancedetem.cz* [online]. [cit. 04-11-2017]. Dostupné z http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevyhodnenim/nedonosene-dite-zdravotni-komplikace-a-jejich-lecba/nedonosene-dite.shtml
149. Tomková, H. *Způsob výchovy adolescentních chlapců ve velkoměstě a některé charakteristiky jejich osobnosti* (Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha). Dostupné z: http://digitool.is.cuni.cz/R/?func=dbin-jump-full&object_id=69078
150. Treyvaud, K., Anderson, V. A., Lee, K. J., Woodward, L. J., Newnham, C., Inder, T. E., Doyle, L. W. & Anderson P. J. (2010). Parental Mental Health and Early Socialemotional Development of Children Born Very Preterm. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*(7), 768-777.
151. Treyvaud, K., Doyle, L. W., Lee, K. J., Ure, A., Inder, T. E., Hunt, R. W. & Anderson, P. J. (2016). Parenting behavior at 2 years predicts school-age performance at 7 years in very preterm children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(7), 814-821.
152. ÚZIS ČR (2017). Rodička a novorozenec 2014-2015. *Uzis.cz* [online]. [cit. 24-10-2017]. Dostupné z http://uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2014-2015
153. Vacuška, M., Vacušková, M. & Dreiseitlová, A. (2003). Rizikový novorozenec propuštěný do domácího prostředí pohledem dětského neurologa. *Pediatrie pro praxi, 4*(3), 145-147.

154. Vavrda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
155. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
156. Vágnerová, M. (2014). Krize. In M. Vágnerová, *Současná psychopatologie pro pomáhající profese* (s. 53). Praha: Portál.
157. Vygotskij, L. S. (2004). Pedagogické souvislosti: Vztah vývoje a učení, školní vyučování, zóna nejbližšího vývoje. In L. S. Vygotskij, *Psychologie myšlení a řeči* (s. 71-108). Praha: Portál.
158. Vymlátilová, E. (2006). Neslyšící dítě v klinické praxi. In P. Říčan & D. Krejčířová et al. *Dětská klinická psychologie* (s. 107-116). Praha: Grada.
159. Yang, S., Platt. R. W. & Kramer, M. S. (2010). Variation in child cognitive ability by week of gestation among healthy term births. *American Journal of Epidemiology*, *171*(4), 399-406.
160. Yazdani, N., Shahkarami, L., Shandiz, J. H., Vakili, V., Ostadimoghaddam, H., Yekta, A. A. & Hoseini-Yazdi, H. (2017). Ocular changes in premature infants. *Reviews in Clinical Medicine, 4*(3), 87-96.
161. Zlatohlávková, B. (2011). Viabilita plodu a novorozence. *Aktuální gynekologie a porodnictví*, *3*, 47-51.
162. Wallace, I. F. & McCarton, C. M. (1985). *Cognitive outcome in VLBW, LBW and fullterm children*. Paper presented at the SRCD meeting, Toronto.
163. Wang, F., Cox M. J., Mills-Koonce, R. & Snyder, P. (2015). Parental Behaviors and Beliefs, Child Temperament, and Attachment Disorganization. *Family Relations*, *64*(2), 191-204.
164. Wedlichová, I. (1997). *Způsob výchovy v rodině a oblíbenost žáka ve škole* (Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha). Dostupné z: http://digitool.is.cuni.cz/R/?func=dbin-jump-full&object_id=55158
165. WikiSkripta (2015). Periventrikulární leukomalacie. *Wikiskripta.eu* [online]. [cit. 04-11-2017]. Dostupné z http://www.wikiskripta.eu/w/Periventrikul%C3%A1rn%C3%AD_leukomalacie
166. World Health Organization (2012). *Born Too Soon*. Washington, DC: WHO.
167. Wyllie, J., Bruinenberg, J., Roehr, Ch. Ch., Rüdiger, M., Trevisanuto, D. & Urlesberger, B. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. *Cprguidelines.eu* [online]. [cit. 02-01-2018]. Dostupné z https://cprguidelines.eu/sites/573c777f5e61585a053d7ba5/content_entry573c77e35e61585a053d7baf/573c78085e61585a053d7bcb/files/S0300-9572_15_00341-X_main.pdf
168. Xu, Y., Farver, J., Zhang, Z., Zeng, Q., Yu, L. & Cai, B. (2005). Mainland Chinese parenting styles and parent-child interaction. *International Journal of Behavioural Development, 29*(6), 524–531.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 *Přehled definic pro předčasný porod a k těhotenství vztažené výsledky*



Source: Adapted from Blencowe et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications
World Bank income groupings: HIC=High-Income Countries LMIC=Low and Middle Income available from http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups

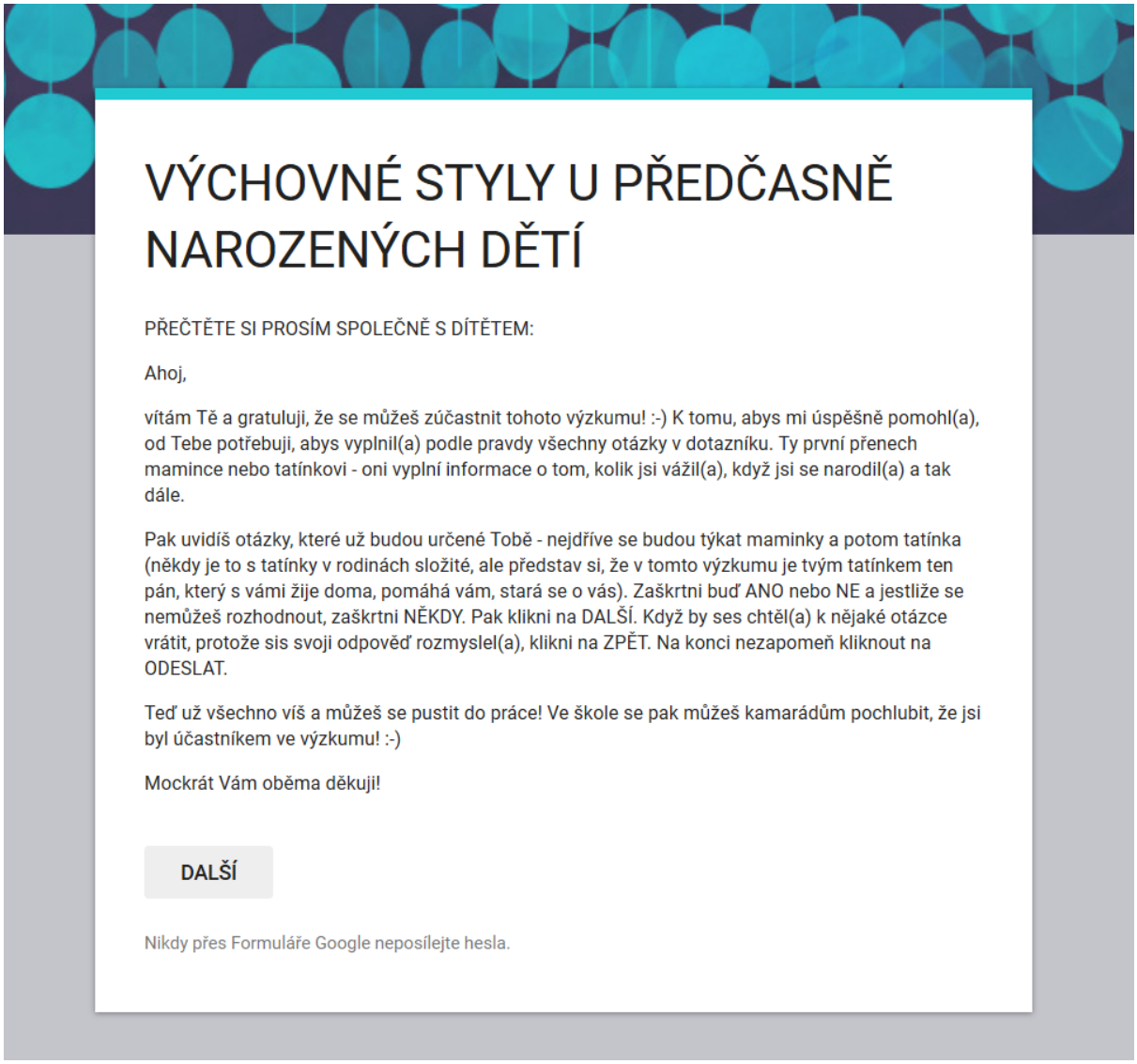
převzato z: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf, s. 18

Příloha č. 2 *Komponenty výchovného stylu* (převzato z Čáp, 2007, s. 322-324)

EMOČNÍ VZTAH	
Kladný emoční vztah (kladný komponent)	Emoční projevy: Rodiče projevují radost a dobrou náladu ve styku s dítětem nebo při rozhovoru o něm. Neostýchají se projevit, že mají dítě rádi a že jim na něm záleží. Pochválí dítě za dobrý výkon a dobré chování, nepovažují dobrou známku za samozřejmost. Projevují dítěti uznání a důvěru. Společné činnosti: Dítě a rodiče je vykonávají zpravidla v dobré náladě a pohodě. To se týká nejen her, zábavy a odpočinku, ale také domácích prací, učení a zájmových činností. Porozumění rodičů pro dítě: Rodiče jsou ochotni povídat si s dítětem, vyslechnout jeho zážitky, radosti i starosti, nevyjadřují se v tom smyslu, že jde o věci malicherné, nedůležité, obtěžující. Jsou ochotni vyslechnout bez rozčilování i sdělení o nepříjemných problémech. Přitom projevují porozumění, citové spoluprožívání, ochotu pomoci. Týká se to situací běžných i závažnějších.
Záporný emoční vztah (záporný komponent)	V extrémních případě rodiče projevují nenávist k dítěti ve styku s ním nebo v rozporu s jinými lidmi, včetně učitele nebo psychologa. Rodiče dítěti opětovně vyčítají, jak mnoho pro ně učinili a obětovali: peníze, péči, úzkost v nemoci, vlastní kariéru, zdraví, štěstí. Rodiče „neměli na dítě čas“. Nechávali je vyrůstat u babičky nebo jiné pěstounky, ať již pro pracovní povinnosti, služební pobyt v zahraničí, nebo pro osobní starosti rodičů, zábavu aj. Někteří rodiče se marně snaží kompenzovat to množstvím dárků, přehnanými projevy lásky nebo zvýšenou volností pro dítě. Minimum společných činností rodičů s dítětem. Pokud se společné činnosti konají, vznikají v nich časté konflikty, rodiče dítě nutí, a to se vzpírá, snaží se vyhnout společné činnosti s rodiči. Jednostranné zdůrazňování nedostatků dítěte. Rodiče často dítěti připomínají jeho chyby a nedostatky, ať již skutečné, nebo domnělé. Často, popřípadě ponižujícím způsobem, trestají. Vyhrožují. Jen výjimečně pochválí dítě. Rodiče často srovnávají dítě s jiným, dávají mu za příklad sourozence, bratrance, dítě ze sousedství. Jinému ze sourozenců projevují více náklonnosti, péče, volnosti. Lhostejnost rodičů k dítěti, jeho problémům, ale i jeho úspěchům. Dítě má dojem, že se o ně rodiče „nezajímají“, že chtějí „mít od něho pokoj“. Také v rozhovoru s učitelem, psychologem, sociálním pracovníkem se rodiče vyjadřují o dítěti chladně, s lhostejností. Rodiče ironizují dítě nebo se mu přímo posmívají. Předpovídají mu neúspěch ve vzdělání, v osobních vztazích aj.

VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ	
Silné výchovné řízení (vysoký komponent požadavků a nízký komponent volnosti)	Dítě má strach z rodičů, z jejich křiku a trestů. Tresty, ať již tělesné, nebo psychické, jsou přísné, v krajních případech moou přecházet i do týrání dítěte. Dítě se chová bázlivě, zakřiknutě, bojí se doma říci o špatné známce apod. Rodiče v rozhovoru s učitelem nebo psychologem zdůrazňují, že dítěti poručí, přísně je potrestají, že „dítě musí poslechnout“. Otec odmítá vyšetření dítěte psychologem se zdůvodněním: „Kluka dokážu srovnat sám“. Přehnaná kontrola dítěte, např. otec vyslýchá dítě, kde bylo, nevěří mu, prohlíží obsah kapes. Nucení dítěte k plnění povinností bez ohledu na podmínky – nucení k maximálnímu výkonu ve škole nebo i ve sportu či jiné zájmové činnosti bez ohledu na schopnosti dítěte, na jeho odpočinek, spánek, nezbytnou komunikaci s vrstevníky. Rozhodování za dítě bez ohledu na jeho motivy a názory. Ignorování toho, co se dětem toho věku běžně dopřává a povoluje. Udržování dítěte v nesamostatnosti a nezralosti – ve styku s vrstevníky, v oblékání, využívání volného času, volbě školy nebo učebního oboru apod. Mladistvý přešel k odporu proti autoritě rodičů nebo proti všem autoritám. Provokuje nápadným účesem, oblečením, chováním, agresivním chováním, příklonem k extremistickým hnutím aj.
Střední výchovné řízení (střední komponent volnosti bez vysokého komponentu požadavků)	V rodině se kladou přiměřené požadavky. Jejich plnění se kontroluje taktní formou, bez urážení dítěte. Dítě převzalo roli odpovědného člena rodiny, který má své úkoly a povinnosti, považuje jejich plnění za samozřejmost. Běžně se nevyskytují uvedené projevy řízení ani silného, ani slabého, ani rozporného.
Slabé výchovné řízení (nízký komponent požadavků a vysoký komponent volnosti)	Požadavky na dítě se nekladou nebo jsou nízké – v kázni, plnění školních povinností, domácích pracích aj. Chybí kontrola plnění požadavků nebo je nedostatečná. „Dítě si dělá, co chce“, rodiče mu nejvýše domluví, spokojí se se slibem nebo výmluvou, dále nekontrolují plnění slibu. Rodiče podléhají požadavkům dítěte, např. podepíší omluvný list, přestože dítě nebylo nemocné. Rodiče vytvářejí dítěti „skleníkové podmínky“, odstraňují za ně překážky. Když je dítě ve škole neúspěšné, rodiče intervenují u učitelů, omlouvají dítě, snaží se odstranit jeho nepříjemnosti. Rodiče zahrnují dítě množstvím dárků a peněz.
Rozporné výchovné řízení	V rodinné výchově jsou znaky silného i slabého řízení. Rozpor v řízení téhož z rodičů: dlouho se nestará o chování a výkony dítěte, ponechává mu volnost – teprve při stížnosti ze školy nebo odjinud začne křičet, vyhrožovat, přísně trestat. Rozpor mezi otcem a matkou ve výchovném řízení: jeden z rodičů je velmi přísný, druhý naopak povolný, chrání dítě, omlouvá je, popřípadě se snaží i zatajovat špatné známky a přestupky dítěte před přísnějším rodičem.

Příloha č. 3 *Použitá metoda: průvodní dopis k výzkumné metodě*



VÝCHOVNÉ STYLY U PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

PŘEČTĚTE SI PROSÍM SPOLEČNĚ S DÍTĚTEM:

Ahoj,

vítám Tě a gratuluji, že se můžeš zúčastnit tohoto výzkumu! :-) K tomu, abys mi úspěšně pomohl(a), od Tebe potřebuji, abys vyplnil(a) podle pravdy všechny otázky v dotazníku. Ty první přenech mamince nebo tatínkovi - oni vyplní informace o tom, kolik jsi vážil(a), když jsi se narodil(a) a tak dále.

Pak uvidíš otázky, které už budou určené Tobě - nejdříve se budou týkat maminky a potom tatínka (někdy je to s tatínky v rodinách složité, ale představ si, že v tomto výzkumu je tvým tatínkem ten pán, který s vámi žije doma, pomáhá vám, stará se o vás). Zaškrtni buď ANO nebo NE a jestliže se nemůžeš rozhodnout, zaškrtni NĚKDY. Pak klikni na DALŠÍ. Když by ses chtěl(a) k nějaké otázce vrátit, protože sis svoji odpověď rozmyslel(a), klikni na ZPĚT. Na konci nezapomeň kliknout na ODESLAT.

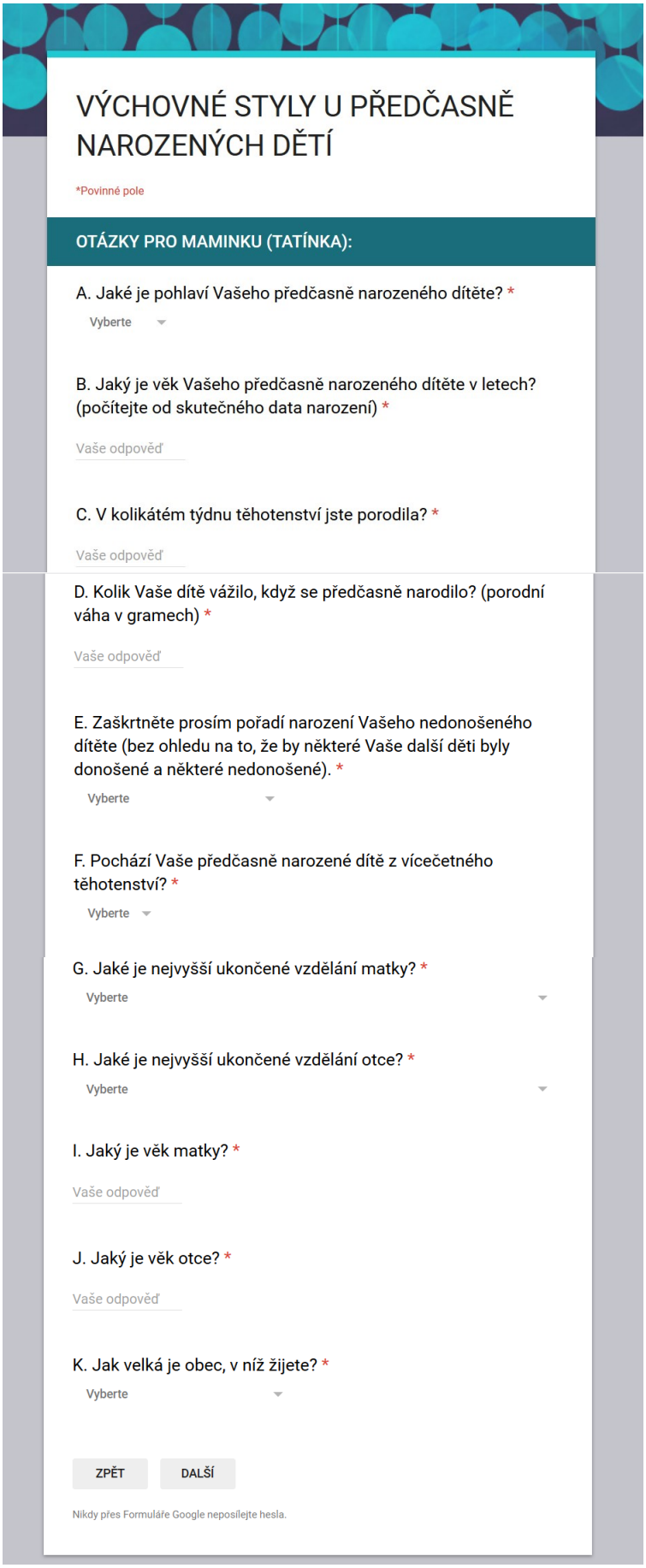
Teď už všechno víš a můžeš se pustit do práce! Ve škole se pak můžeš kamarádům pochlubit, že jsi byl účastníkem ve výzkumu! :-)

Mockrát Vám oběma děkuji!

DALŠÍ

Nikdy přes Formuláře Google neposílejte hesla.

Příloha č. 4 *Použitá metoda: otázky pro maminku (tatínka)*



VÝCHOVNÉ STYLY U PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

*Povinné pole

OTÁZKY PRO MAMINKU (TATÍNKA):

A. Jaké je pohlaví Vašeho předčasně narozeného dítěte? *
Vyberte

B. Jaký je věk Vašeho předčasně narozeného dítěte v letech? (počítejte od skutečného data narození) *
Vaše odpověď

C. V kolikátém týdnu těhotenství jste porodila? *
Vaše odpověď

D. Kolik Vaše dítě vážilo, když se předčasně narodilo? (porodní váha v gramech) *
Vaše odpověď

E. Zaškrtněte prosím pořadí narození Vašeho nedonošeného dítěte (bez ohledu na to, že by některé Vaše další děti byly donošené a některé nedonošené). *
Vyberte

F. Pochází Vaše předčasně narozené dítě z vícečetného těhotenství? *
Vyberte

G. Jaké je nejvyšší ukončené vzdělání matky? *
Vyberte

H. Jaké je nejvyšší ukončené vzdělání otce? *
Vyberte

I. Jaký je věk matky? *
Vaše odpověď

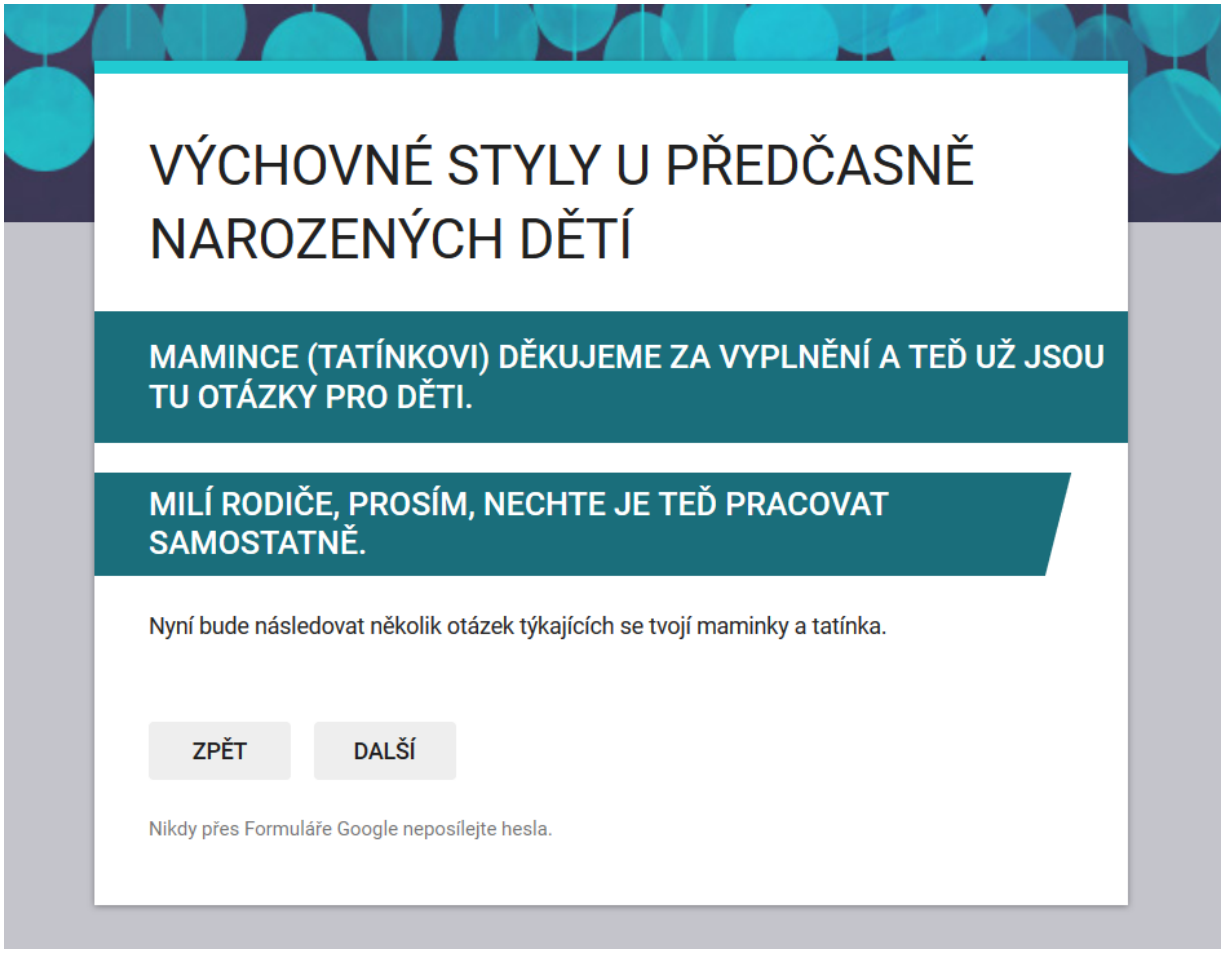
J. Jaký je věk otce? *
Vaše odpověď

K. Jak velká je obec, v níž žijete? *
Vyberte

ZPĚT DALŠÍ

Nikdy přes Formuláře Google neposílejte hesla.

Příloha č. 5 *Použitá metoda: instrukce*



Příloha č. 6 *Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let*

Dotazník stylů výchovy v rodině pro děti od 8 do 12let

Příjmení: ..... **Jméno:** ..... **Datum narození:** .....
Dnešní datum: .....

Chtěli bychom se něco dovědět o Tobě a o Tvém nejbližším okolí. Součástí tohoto okolí jsou také rodiče. Odpověz na následující otázky, napiš buď ANO nebo NE. Jestliže se nemůžeš rozhodnout, napiš NĚKDY.

0. Maminka často vaří večeři	
1. Maminka si se mnou často hraje nebo povídá	
2. Maminka mě často hubuje	
3. Maminka mě pořád kontroluje	
4. Když chci jít ven nebo na návštěvu, maminka mě vždy pustí	
5. S maminkou jsme dobří kamarádi	
6. Maminka mi často říká, abych ji nezdržoval(a)	
7. Maminku musím vždy HNED poslechnout	
8. Když se na něco vymlouvám, maminka mi to věří	
9. Maminka má radost, když se mi něco povede	
10. Maminka říká, že bratr, sestra, nebo jiné dítě je lepší než já	
11. Maminka mi pořád něco poroučí a zakazuje	
12. Když mě táta chce potrestat, maminka mě chrání	
13. S maminkou je legrace, často se spolu zasmějeme	
14. Maminka si stěžuje, že je se mnou moc práce a starostí	
15. Maminka je moc přísná	
16. Můžu chodit domů v kolik hodin chci. Mamince je to jedno	
17. Maminka mi ráda pomůže, když sám (sama) něco neumím	
18. Maminka si o mně myslí, že jsem zlobivé dítě	
19. Maminka mě často trestá.	
20. Když se mi nechce do školy a vymluvím se, že mě něco bolí, maminka mi to uvěří	
21. Rád(a) s maminkou něco dělám společně (vařím, uklízím,...)	
22. Často na mně maminka vidí něco špatného	
23. Maminka mi zakazuje běhat venku jako běhají ostatní děti	
24. Často odmítnu jíst oběd nebo večeři. Maminka mi pak dá něco jiného	
25. Maminka mne s sebou ráda bere na nákup, na návštěvu, k nějaké práci	
26. Maminka na mne často křičí a rozčiluje se	
27. Maminka chce, abych měl(a) pořád jen dobré známky	
28. Maminka mi často dává dárky nebo peníze	

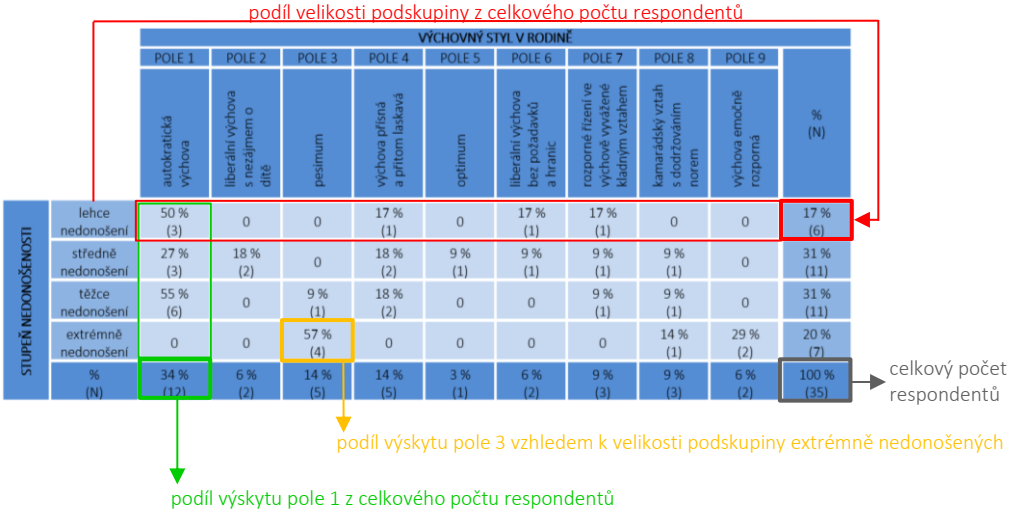
Pokračuj na druhé straně

0. Táta často vaří večeři	
1. Táta si se mnou často hraje nebo povídá	
2. Táta mě často hubuje	
3. Táta mě pořád kontroluje	
4. Když chci jít ven nebo na návštěvu, táta mě vždy pustí	
5. S tátou jsme dobří kamarádi	
6. Táta mi často říká, abych ho nezdržoval(a)	
7. Tátu musím vždy HNED poslechnout	
8. Když se na něco vymlouvám, táta mi to věří	
9. Táta má radost, když se mi něco povede	
10. Táta říká, že bratr, sestra, nebo jiné dítě je lepší než já	
11. Táta mi pořád něco poroučí a zakazuje	
12. Když mě maminka chce potrestat, táta mě chrání	
13. S tátou je veselo, často se spolu zasmějeme	
14. Táta si stěžuje, že je se mnou moc práce a starostí	
15. Táta je moc přísný	
16. Můžu chodit domů v kolik hodin chci. Tátovi je to jedno	
17. Táta mi rád pomůže, když sám (sama) něco neumím	
18. Táta si o mně myslí, že jsem zlobivé dítě	
19. Táta mě často trestá.	
20. Když se mi nechce do školy a vymluvím se, že mě něco bolí, táta mi to uvěří	
21. Rád(a) s tátou něco dělám společně (pracuji, něco opravuji...)	
22. Často na mně táta vidí něco špatného	
23. Táta mi zakazuje běhat venku jako běhají ostatní děti	
24. Často odmítnu jíst oběd nebo večeři. Táta dovolí, abych dostal(a) něco jiného	
25. Táta mne s sebou rád bere na nákup, na návštěvu, k nějaké práci	
26. Táta na mne často křičí a rozčiluje se	
27. Táta chce, abych měl(a) pořád jen dobré známky	
28. Táta mi často dává dárky nebo peníze	

Případně doplňující poznámky:

Příloha č. 7 *Kontingenční tabulky použité k analýze výzkumných výsledků*

Vysvětlivky:



Tab. č. 7 *Výchovný styl v rodině s předčasně narozeným dítětem*

		VÝCHOVNÝ STYL V RODINĚ									
		POLE 1	POLE 2	POLE 3	POLE 4	POLE 5	POLE 6	POLE 7	POLE 8	POLE 9	
		autokratická výchova	liberální výchova s nezájmem o dítě	pesimum	výchova přísná a přitom laskavá	optimum	liberální výchova bez požadavků a hranic	rozporné řízení ve výchově vyvážené kladným vztahem	kamarádský vztah s dodržováním norem	výchova emočně rozporná	% (N)
STUPEŇ NEDONOŠENOSTI	lehce nedonošení	50 % (3)	0	0	17 % (1)	0	17 % (1)	17 % (1)	0	0	17 % (6)
	středně nedonošení	27 % (3)	18 % (2)	0	18 % (2)	9 % (1)	9 % (1)	9 % (1)	9 % (1)	0	31 % (11)
	těžce nedonošení	55 % (6)	0	9 % (1)	18 % (2)	0	0	9 % (1)	9 % (1)	0	31 % (11)
	extrémně nedonošení	0	0	57 % (4)	0	0	0	0	14 % (1)	29 % (2)	20 % (7)
	% (N)	34 % (12)	6 % (2)	14 % (5)	14 % (5)	3 % (1)	6 % (2)	9 % (3)	9 % (3)	6 % (2)	100 % (35)
POHLAVÍ DÍTĚTE	chlapci	41 % (9)	5 % (1)	18 % (4)	9 % (2)	0	5 % (1)	9 % (2)	9 % (2)	5 % (1)	63 % (22)
	dívky	23 % (3)	8 % (1)	8 % (1)	23 % (3)	8 % (1)	8 % (1)	8 % (1)	8 % (1)	8 % (1)	37 % (13)
	% (N)	34 % (12)	6 % (2)	14 % (5)	14 % (5)	3 % (1)	6 % (2)	9 % (3)	9 % (3)	6 % (2)	100 % (35)
VĚK DÍTĚ	8 let	9 % 1)	0	18 % (2)	18 % (2)	9 % (1)	9 % (1)	18 % (2)	9 % (1)	9 % (1)	31 % (11)
	9 let	33 % (2)	0	17 % (1)	33 % (2)	0	17 % (1)	0	0	0	17 % (6)
	10 let	57 % (4)	14 % (1)	0	0	0	0	14 % (1)	14 % (1)	0	20 % (7)
	11 let	75 % (3)	0	0	0	0	0	0	25 % (1)	0	11 % (4)
	12 let	29 % (2)	14 % (1)	29 % (2)	14 % (1)	0	0	0	0	14 % (1)	20 % (7)
	% (N)	34 % (12)	6 % (2)	14 % (5)	14 % (5)	3 % (1)	6 % (2)	9 % (3)	9 % (3)	6 % (2)	100 % (35)

Pokračování tab. č. 7

		POLE 1	POLE 2	POLE 3	POLE 4	POLE 5	POLE 6	POLE 7	POLE 8	POLE 9	% (N)
		autokratická výchova	liberální výchova s nezájmem o dítě	pesimum	výchova přísná a přitom laskavá	optimum	liberální výchova bez požadavků a hranic	rozporné řízení ve výchově vyvážené kladným vztahem	kamarádský vztah s dodržováním norem	výchova emočně rozporná	
POŘADÍ NAROZENÍ	první v pořadí	46 % (6)	8 % (1)	15 % (2)	15 % (2)	0	0	8 % (1)	8 % (1)	0	37 % (13)
	druzí v pořadí	19 % (3)	0	19 % (3)	19 % (3)	6 % (1)	13 % (2)	6 % (1)	13 % (2)	6 % (1)	46 % (16)
	třetí v pořadí	50 % (3)	17 % (1)	0	0	0	0	17 % (1)	0	17 % (1)	17 % (6)
	% (N)	34 % (12)	6 % (2)	14 % (5)	14 % 5)	3 % (1)	6 % (2)	9 % (3)	9 % (3)	6 % (2)	100 % (35)
ČETNOST TĚHOTENSTVÍ	jednočetné	30 % (9)	3 % (1)	17 % (5)	17 % (5)	3 % (1)	7 % (2)	10 % (3)	10 % (3)	3 % (1)	86 % (30)
	dvojčata	60 % (3)	20 % (1)	0	0	0	0	0	0	20 % (1)	14 % (5)
	% (N)	34 % (12)	6 % (2)	14 % (5)	14 % (5)	3 % (1)	6 % (2)	9 % (3)	9 % (3)	6 % (2)	100 % (35)
POHLAVÍ RODIČŮ	matka	43 % (15)	6 % (2)	0	9 % (3)	9 % (3)	3 % (1)	0	14 % (5)	17 % (6)	100 % (35)
	otec	34 % (12)	11 % (4)	0	20 % (7)	11 % (4)	0	0	6 % (2)	17 % (6)	100 % (35)
VZDĚLÁNÍ MATKY	SŠ bez maturity	50 % (4)	13 % (1)	0	0	13 % (1)	0	0	0	25 % (2)	23 % (8)
	SŠ s maturitou	41 % (7)	6 % (1)	0	12 % (2)	12 % (2)	6 % (1)	0	6 % (1)	18 % (3)	49 % (17)
	VOŠ nebo VŠ	40 % (4)	0	0	10 % (1)	0	0	0	40 % (4)	10 % (1)	29 % (10)
VZDĚLÁNÍ OTCE	SŠ bez maturity	33 % (2)	33 % (2)	0	17 % (1)	0	0	0	0	17 % (1)	17 % (6)
	SŠ s maturitou	57 % (8)	0	0	21 % (3)	7 % (1)	0	0	0	14 % (2)	40 % (14)
	VOŠ nebo VŠ	13 % (2)	13 % (2)	0	20 % (3)	20 % (3)	0	0	13 % (2)	20 % (3)	43 % (15)
VELIKOST OBCE	malá	29 % (4)	0	7 % (1)	14 % (2)	7 % (1)	7 % (1)	21 % (3)	0	14 % (2)	40 % (14)
	střední	38 % (3)	13 % (1)	25 % (2)	13 % (1)	0	0	0	13 % (1)	0	23 % (8)
	velká	38 % (5)	8 % (1)	15 % (2)	15 % (2)	0	8 % (1)	0	15 % (2)	0	37 % (13)
	% (N)	34 % (12)	6 % (2)	14 % (5)	14 % (5)	3 % (1)	6 % (2)	9 % (3)	9 % (3)	6 % (2)	100 % (35)

Tab. č. 8 *Emoční vztah v rodině s předčasně narozeným dítětem*

		EMOČNÍ VZTAH V RODINĚ				
		extrémně kladný	kladný	záporný	záporně kladný	% (N)
STUPEŇ NEDONOŠENOSTI	lehce nedonošení	17 % (1)	33 % (2)	50 % (3)	0	17 % (6)
	středně nedonošení	18 % (2)	36 % (4)	45 % (5)	0	31 % (11)
	těžce nedonošení	18 % (2)	18 % (2)	64 % (7)	0	31 % (11)
	extrémně nedonošení	14 % (1)	0	57 % (4)	29 % (2)	20 % (7)
	% (N)	17 % (6)	23 % (8)	54 % (19)	6 % (2)	100 % (35)
POHLAVÍ DÍTĚTE	chlapci	14 % (3)	18 % (4)	64 % (14)	5 % (1)	63 % (22)
	dívky	23 % (3)	31 % (4)	38 % (5)	8 % (1)	37 % (13)
	% (N)	17 % (6)	23 % (8)	54 % (19)	6 % (2)	100 % (35)
VĚK DÍTĚTE	8 let	18 % (2)	45 % (5)	27 % (3)	9 % (1)	31 % (11)
	9 let	17 % (1)	33 % (2)	50 % (3)	0	17 % (6)
	10 let	14 % (1)	14 % (1)	71 % (5)	0	20 % (7)
	11 let	25 % (1)	0	75 % (3)	0	11 % (4)
	12 let	14 % (1)	0	71 % (5)	14 % (1)	20 % (7)
	% (N)	17 % (6)	23 % (8)	54 % (19)	6 % (2)	100 % (35)
POŘADÍ NAROZENÍ	první v pořadí	23 % (3)	8 % (1)	69 % (9)	0	37 % (13)
	druzí v pořadí	19 % (3)	38 % (6)	38 % (6)	6 % (1)	46 % (16)
	třetí v pořadí	0	17 % (1)	67 % (4)	17 % (1)	17 % (6)
	% (N)	17 % (6)	23 % (8)	54 % (19)	6 % (2)	100 % (35)
ČETNOST TĚHOTENSTVÍ	jednočetné	20 % (6)	27 % (8)	50 % (15)	3 % (1)	86 % (30)
	dvojčata	0	0	80 % (4)	20 % (1)	14 % (5)
	% (N)	17 % (6)	23 % (8)	54 % (19)	6 % (2)	100 % (35)
POHLAVÍ RODIČŮ	matka	20 % (7)	14 % (5)	17 % (6)	49 % (17)	100 % (35)
	otec	26 % (9)	14 % (5)	17 % (6)	43 % (15)	100 % (35)
VZDĚLÁNÍ MATKY	SŠ bez maturity	0	13 % (1)	25 % (2)	63 % (5)	23 % (8)
	SŠ s maturitou	12 % (2)	24 % (4)	18 % (3)	47 % (8)	49 % (17)
	VOŠ nebo VŠ	50 % (5)	0	10 % (1)	40 % (4)	29 % (10)

Pokračování tab. č. 8

		extrémně kladný	kladný	záporný	záporně kladný	% (N)
VZDĚLÁNÍ OTCE	SŠ bez maturity	17 % (1)	0	17 % (1)	67 % (4)	17 % (6)
	SŠ s maturitou	21 % (3)	7 % (1)	14 % (2)	57 % (8)	40 % (14)
	VOŠ nebo VŠ	38 % (5)	31 % (4)	23 % (3)	23 % (3)	43 % (13)
VELIKOST OBCE	malá	7 % (1)	43 % (6)	36 % (5)	14 % (2)	40 % (14)
	střední	13 % (1)	13 % (1)	75 % (6)	0	23 % (8)
	velká	31 % (4)	8 % (1)	62 % (8)	0	37 % (13)
	% (N)	17 % (6)	23 % (8)	54 % (19)	6 % (2)	100 % (35)

Tab. č. 9 *Výchovné řízení v rodině s předčasně narozeným dítětem*

		VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ V RODINĚ				
		silné	střední	slabé	rozporné	% (N)
STUPEŇ NEDONOŠENOSTI	lehce nedonošení	67 % (4)	0	17 % (1)	17 % (1)	17 % (6)
	středně nedonošení	45 % (5)	9 % (1)	36 % (4)	9 % (1)	31 % (11)
	těžce nedonošení	64 % (7)	9 % (1)	9 % (1)	18 % (2)	31 % (11)
	extrémně nedonošení	0	14 % (1)	14 % (1)	71 % (5)	20 % (7)
	% (N)	46 % (16)	9 % (3)	20 % (7)	26 % (9)	100 % (35)
POHLAVÍ DÍTĚTE	chlapci	45 % (10)	5 % (1)	18 % (4)	32 % (7)	63 % (22)
	dívky	46 % (6)	15 % (2)	23 % (3)	15 % (2)	37 % (13)
	% (N)	46 % (16)	9 % (3)	20 % (7)	26 % (9)	100 % (35)
VĚK DĚTÍ	8 let	18 % (2)	18 % (2)	18 % (2)	45 % (5)	31 % (11)
	9 let	67 % (4)	0	17 % (1)	17 % (1)	17 % (6)
	10 let	57 % (4)	0	29 % (2)	14 % (1)	20 % (7)
	11 let	75 % (3)	0	25 % (1)	0	11 % (4)
	12 let	43 % (3)	14 % (1)	14 % (1)	29 % (2)	20 % (7)
	% (N)	46 % (16)	9 % (3)	20 % (7)	26 % (9)	100 % (35)
POŘADÍ NAROZENÍ	první v pořadí	54 % (7)	8 % (1)	15 % (2)	23 % (3)	37 % (13)
	druzí v pořadí	38 % (6)	13 % (2)	25 % (4)	25 % (4)	46 % (16)
	třetí v pořadí	50 % (3)	0	17 % (1)	33 % (2)	17 % (6)
	% (N)	46 % (16)	9 % (3)	20 % (7)	26 % (9)	100 % (35)
ČETNOST TĚHOTENSTVÍ	jednočetné	43 % (13)	7 % (2)	20 % (6)	30 % (9)	86 % (30)
	dvojčata	60 % (3)	20 % (1)	20 % (1)	0	14 % (5)
	% (N)	46 % (16)	9 % (3)	20 % (7)	26 % (9)	100 % (35)
POHLAVÍ RODIČŮ	matka	49 % (17)	23 % (8)	29 % (10)	0	100 % (35)
	otec	54 % (19)	20 % (7)	23 % (8)	3 % (1)	100 % (35)
VZDĚLÁNÍ MATKY	SŠ bez maturity	38 % (3)	38 % (3)	25 % (2)	0	23 % (8)
	SŠ s maturitou	59 % (10)	18 % (3)	24 % (4)	0	49 % (17)
	VOŠ nebo VŠ	40 % (4)	20 % (2)	40 % (4)	0	29 % (10)

Pokračování tab. č. 9

		silné	střední	slabé	rozporné	% (N)
VZDĚLÁNÍ OTCE	SŠ bez maturity	50 % (3)	0	50 % (3)	0	17 % (6)
	SŠ s maturitou	79 % (11)	14 % (2)	0	7 % (1)	40 % (14)
	VOŠ nebo VŠ	33 % (5)	33 % (5)	33 % (5)	0	43 % (15)
VELIKOST OBCE	malá	43 % (6)	14 % (2)	7 % (1)	36 % (5)	40 % (14)
	střední	50 % (4)	0	25 % (2)	25 % (2)	23 % (8)
	velká	46 % (6)	8 % (1)	31 % (4)	15 % (2)	37 % (13)
	% (N)	46 % (16)	9 % (3)	20 % (7)	26 % (9)	100 % (35)