

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**PSYCHOLOGICKÁ PODPORA MATIEK PREDČASNE  
NARODENÝCH DETÍ NA NEONATOLOGICKÝCH  
ODDELENIACH**

**PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR MOTHERS OF PREMATURE INFANTS  
ON THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT**



**Magisterská diplomová práca**

Autor: Mgr. Bc. Barbora Kuzmická

Vedúci práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Olomouc

2019

## **Prehlásenie**

Miestoprísažne prehlasujem, že som magisterskú diplomovú prácu na tému „Psychologická podpora matiek predčasne narodených detí na neonatologických oddeleniach“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V Olomouci dňa 26.3.2019

Podpis .....

## **Pod'akovanie**

Chcela by som pod'akovať vedúcemu diplomovej práce PhDr. Markovi Kolaříkovi, Ph.D. za odborné vedenie, cenné rady a podporu pri vypracovaní tejto diplomovej práce. Osobitná vďaka patrí všetkým matkám a odborníčkam, ktoré mi poskytli rozhovor do diplomovej práce. V neposlednom rade ďakujem mojej rodine.

# Obsah

Úvod .....	7
TEORETICKÁ ČASŤ .....	8
1 Psychické prežívanie matiek počas tehotenstva a pôrodu .....	9
1.1 Psychické prežívanie ženy počas tehotenstva .....	9
1.2 Psychické prežívanie ženy počas pôrodu .....	12
2 Predčasný pôrod ako náročná životná situácia .....	14
2.1 Príčiny predčasného pôrodu .....	14
2.2 Dopady predčasného pôrodu na psychické prežívanie matky .....	15
2.3 Psychické zmeny a poruchy u žien po pôrode .....	20
2.3.1 Popôrodné blues .....	20
2.3.2 Popôrodná depresia .....	21
2.3.3 Popôrodná psychóza .....	22
2.3.4 Posttraumatická stresová porucha po pôrode .....	23
3 Novorodenec a nedonosený novorodenec .....	25
3.1 Klasifikácia novorodencov .....	25
3.2 Hodnotenie zdravotného stavu novorodenca, prvé ošetrenie a vyšetrenie novorodenca .....	28
3.2.1 Prvé ošetrenie novorodenca .....	28
3.2.2 Prvé vyšetrenie novorodenca .....	29
3.3 Nedonosený novorodenec .....	31
3.3.1 Zdravotné komplikácie nedonosených novorodencov .....	32
4 Systém starostlivosti o nedonoseného novorodenca a jeho matku .....	38
4.1 Systém neonatologickej starostlivosti na Slovensku .....	38
4.2 Systém neonatologickej starostlivosti v Českej republike .....	40
4.3 Podporné aktivity a organizácie pre matky predčasne narodených detí .....	41

4.3.1 Občianske združenie Malíčok .....	42
4.3.2 Služba včasnej intervencie .....	42
EMPIRICKÁ ČASŤ .....	44
5 Výskumný problém, ciele výskumu a výskumné otázky .....	45
5.1 Vymedzenie výskumného problému .....	45
5.2 Ciele výskumu a výskumné otázky .....	45
6. Metodologický rámec výskumu, výskumný súbor a získavanie dát .....	47
6.1 Metodologický rámec výskumu .....	47
6.2 Metódy získavania dát .....	47
6.3 Charakteristika výskumného súboru .....	48
6.4 Popis realizácie výskumu .....	48
6.5 Metódy spracovania a analýzy dát .....	49
6.6 Etické problémy .....	51
7 Analýza a interpretácia získaných dát .....	52
7.1 Analýza a interpretácia rozhovorov s matkami .....	52
7.2 Spoločné témy naprieč rozhovormi s matkami .....	91
7.3 Analýza a interpretácia rozhovorov s odborníkmi .....	102
7.4 Spoločné témy naprieč skúsenosťami matiek a skúsenosťami odborníkov ...	110
8 Vyhodnotenie výskumu vo vzťahu k výskumným otázkam .....	112
9 Diskusia .....	115
10 Závery .....	121
Súhrn .....	122
Zoznam použitých zdrojov a literatúry .....	125
ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE	
ABSTRACT OF THESIS	
Zoznam tabuliek	
PRÍLOHY	

## Úvod

Problematika predčasných pôrodov sa aktuálne stále viac dostáva do povedomia odbornej aj širokej verejnosti. Pohľad sa v mnohých prípadoch zameriava na nedonosené dieťa, na jeho zdravotný stav či prognózy do budúcnosti. Prežívanie matiek týchto detí však v mnohých prípadoch ostáva opomenuté.

V diplomovej práci s názvom Psychologická podpora matiek predčasne narodených detí na neonatologických oddeleniach sa na teoretickej aj praktickej úrovni venujeme problematike podpory matiek nedonosených detí. Stanovili sme si za cieľ zistiť, ako prežívajú matky nedonosených detí obdobie krátko po pôrode a s odstupom času, akcentovať náročnosť situácie, v ktorej sa matky z dôvodu predčasného pôrodu ocitli a overiť, aké možnosti psychologické podpory tieto matky majú počas hospitalizácie v nemocnici na Slovensku a zistiť, ako vplýva predčasné narodenie dieťaťa na fungovanie rodiny.

Diplomová práca je rozdelená na dve základné časti, na teoretickú a empirickú. Obsahom teoretickej časti je zhrnutie teoretických východísk práce. V prvej kapitole popisujeme psychické prežívanie matiek počas tehotenstva a pôrodu. Druhá kapitola je zameraná na predčasný pôrod a jeho dopady na psychiku ženy. V tretej kapitole sa venujeme klasifikácii novorodencov a nedonosených novorodencov, charakteristikám a zdravotným dopadom nedonoseného novorodenca. V štvrtej kapitole popisujeme systém neonatologickej starostlivosti v Českej republike a na Slovensku a uvádzame niektoré slovenské organizácie poskytujúce podporu matkám nedonosených detí. V empirickej časti práce uvádzame priebeh a vyhodnotenie výskumu. Náš výskum je kvalitatívneho charakteru, zvolili sme metódu pološtruktúrovaného rozhovoru s dvoma skupinami respondentov, v jednej skupine boli matky nedonosených detí, v druhej odborníci poskytujúci podporu matkám priamo v nemocniciach.

## **TEORETICKÁ ČASŤ**

# 1 Psychické prežívanie matiek počas tehotenstva a pôrodu

Psychika žien a ich prežívanie sa v priebehu tehotenstva mení. V tejto kapitole popíšeme, aké zmeny v prežívaní žien nastávajú počas tehotenstva, rozdelíme tehotenstvo na niekoľko etáp z hľadiska psychologického prežívania a popíšeme, ako ženy prežívajú pôrod a aké faktory prežívanie žien ovplyvňujú.

Tehotenstvo predstavuje stav organizmu ženy, ktorý začína oplodnením vajíčka a končí pôrodom. Trvá približne dvestoosemdesiat dní, teda desať lunárnych mesiacov (Rokyta, Marešová, & Turková, 2003).

Podľa Ratislavovej (2008) je tehotenstvo a pôrod významnou vývinovou krízou v živote ženy, kedy sa prebiehajúce zmeny týkajú somatickej, fyziologickej, endokrinatej, psychickej aj sociálnej oblasti. Tehotenstvo prináša žene množstvo zásadných zmien, s ktorými sa musí v jeho priebehu vyrovnávať. Preberá a zvyká si na novú životnú rolu – rolu matky, čo vplýva na zmenu modelov správania. To, akým spôsobom sa žena vyrovná s tehotenstvom ako jedným z najzávažnejších vývinových období jej života, významne závisí od jej osobnosti, veku, prístupu k tehotenstvu, pripravenosti prijať rolu matky a tiež jej socio-ekonomického statusu a prostredia, v ktorom žije.

Priebeh tehotenstva štandardne rozdeľujeme do troch trimestrov, napríklad podľa Vacka (2006) nasledovne:

- 1. trimester do 12. týždňa tehotenstva;
- 2. trimester do 28. týždňa tehotenstva (12. – 17. týždeň);
- 3. trimester od 28. týždňa tehotenstva do termínu pôrodu.

## 1.1 Psychické prežívanie ženy počas tehotenstva

Otehotnenie je pre ženu významnou životnou zmenou, hlavne v prípade prvého tehotenstva. Narodenie dieťaťa prináša pre ženu novú životnú rolu, rolu matky. Zároveň znamená dočasnú stratu alebo určité obmedzenie iných životných rolí, napríklad profesijnej. Rovnako však znamená stratu ekonomickej nezávislosti (Škodová, 2018).

V psychickom prežívaní tehotenstva Škodová (2018) popisuje niektoré medzníky, ktoré ohraničujú jednotlivé fázy prežívania tehotenstva a prijímania novej životnej role:



Fázy psychologického prežívania tehotenstva	Medzníky ohraničujúce jednotlivé fázy
1. fáza: Akceptácia	1. zistenie faktu tehotenstva
	2. vnímanie prvých pohybov plodu
2. fáza: Identifikácia	3. dosiahnutie hranice životaschopnosti plodu
3. fáza: „Stavanie hniezda“	4. nástup na materskú dovolenku
	5. pôrod

Tab. 1: Fázy psychologického prežívania tehotenstva (Škodová, 2018).

Počas tehotenstva je okrem samotného vývinu plodu dôležité tiež budovanie vzťahu budúcej matky k plodu. Z tohto hľadiska rozdeľuje Čepický (1992), podobne ako Škodová (2018), obdobie tehotenstva do troch etáp.

Prvé obdobie akceptácie je ohraničené zhruba na 1. trimester, resp. polovicu 2. trimestra. Začína samotným zistením ženy, že je tehotná. Toto zistenie a potvrdenie tehotenstva lekárom môže byť sprevádzané ambivalentnými pocitmi, strach, radosť, obavy či neistota sú v prežívaní žien na začiatku tehotenstva bežné. Zhodne s Čepickým (1992) a Škodovou (2018) uvádza Stadelman (2009), že počiatočné obdobie tehotenstva je obdobím hormonálnych zmien a nového začiatku. Úlohou ženy je akceptácia tehotenstva. Táto etapa sa končí chvíľou, keď budúca matka začne cítiť pohyby dieťaťa.

V prvých dvanástich týždňoch sa žena zameriava na sledovanie prvých príznakov tehotenstva. Prijíma skutočnosť, že po pôrode sa zmení celý spôsob života rodiny. U ženy sa tiež môžu objaviť pocity viny z toho, že sa musí vzdať života, ktorý pred tehotenstvom viedla, v prospech nového života (Ratislavová, 2008).

Druhá etapa – fáza identifikácie (od polovice 2. trimestra do polovice 3. trimestra) začína precítením pohybov plodu. V porovnaní s prvou fázou je druhá etapa stabilizačným, vyrovnanejším obdobím. Žena počas nej prijíma svoju novú životnú rolu – rolu matky. Musí sa naučiť rozlíšiť seba a dieťa a prijať realitu nového jedinca. Matka začína s plodom aktívne komunikovať, budovať vzťah. Otázky spojené s blížiacim sa pôrodom sprevádzajú ambivalentné pocity. Táto etapa končí v dobe, kedy je plod schopný prežitia aj mimo telo matky, čo je dôležitým medzníkom hlavne v prípade rizikových tehotenstiev (Čepický, 1992; Škodová, 2018).

Druhý trimester označuje Michelen (2006) ako „šťastné tri mesiace“, pretože nevoľnosti sprevádzajúce prvý trimester sa vytratili a žena môže precítiť svoju krásu,

prítlačivosť a zdravie. Vytvára sa puto medzi dieťaťom a matkou, tehotenstvo už nie je len výsledkom lekárskeho vyšetrenia, ale realitou, ktorú žena vníma a cíti, plne si uvedomuje prítomnosť svojho dieťaťa.

Podľa Pečenej (1999) sa ambivalentné pocity a pocity neistoty menia na pozitívne pocity spojené s očakávaním dieťaťa. Napriek tomu môžu byť ženy v tomto období náládové, precitlivené a podráždené.

V druhom trimestri sa tiež môže objaviť tzv. benígna tehotenská encefalopatia. Ratislavová (2008) uvádza, že asi u polovice tehotných žien sa vyskytnú jej príznaky, teda zníženie úrovne kognitívnych funkcií, poruchy pozornosti, pamäti, únava, nespavosť, zábudlivosť, dezorientácia, zmätenosť či problémy s učením. Tento stav je len zriedkakedy možné označiť za patologický, pretože vo väčšine prípadov prirodzene odznie po pôrode.

Tretia etapa je charakteristická správaním v zmysle „budovanie hniezda“. Časovo je ohraničená nástupom na materskú dovolenku a končiac pôrodom. Príprava na príchod dieťaťa je intenzívnejšia, zahŕňa prípravu výbavy, zariadenie domácnosti, upratovanie a pod. V prežívaní sa môže objavovať ambivalencia, kedy na jednej strane žena pociťuje strach z pôrodu, na strane druhej cíti nepohodlie spojené s vysokým štádiom tehotenstva (únava, bolesti chrbta, nespavosť atď.), čo vedie k túžbe mať pôrod čo najskôr za sebou. Pre emočne labilnejšie ženy či ženy s ťažkosťami pri predchádzajúcom tehotenstve alebo pôrode ide o kritické obdobie, tieto ženy potrebujú v poslednom štádiu zvýšenú podporu a emocionálnu oporu. Psychologická príprava na pôrod je vo finálnej fáze (Čepický, 1992; Pečená, 1999; Škodová, 2018).

Psychické prežívanie tehotenstva, akceptáciu tehotenstva, prijímanie novej role matky, psychickú pohodu ženy, či postoj k dieťaťu ovplyvňujú rôzne faktory. Škodová (2018) medzi ne zaraďuje:

- plánovanosť (neplánovanosť) tehotenstva;
- vek ženy;
- psychickú pripravenosť ženy na materstvo a osobnostnú zrelosť;
- celkovú životnú situáciu (socioekonomické zabezpečenie, rodinná situácia atď.);
- reakciu partnera na tehotenstvo, stabilitu vzťahu;
- celkový zdravotný stav matky.

## 1.2 Psychické prežívanie ženy počas pôrodu

Pôrod môžeme považovať za samotný vrchol tehotenstva. Psychicky sa naň žena pripravuje počas celého tehotenstva. To, aký postoj k priebehu pôrodu zaujme, závisí na viacerých faktoroch a okolnostiach, podľa Ratislavovej (2008) napríklad na osobnosti ženy, na jej temperamente, fyzickom stave, jej schopnosti zvládať záťažové situácie a na sociokultúrnych faktoroch.

Faktory ovplyvňujúce prežívanie ženy počas pôrodu uvádza Škodová (2018) v nasledujúcej tabuľke:

<b>Faktory ovplyvňujúce individuálne prežívanie ženy počas pôrodu</b>
<b>Individuálne faktory:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• odolnosť voči záťaži (frustračná tolerancia)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• predchádzajúce skúsenosti s pôrodom</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• priebeh tehotenstva (rizikovosť)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• aktuálny zdravotný stav organizmu</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• osobnostné vlastnosti a osobnostná zrelosť</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• individuálny prah bolesti</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• vek</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• postoj k tehotenstvu (chcené/nechcené)</li></ul>
<b>Vonkajšie faktory, faktory prostredia:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• prístup zdravotníckeho personálu, spôsob komunikácie, podpora ženy</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• podmienky na pôrod, prostredie pôrodnej sály</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• absolvovanie prípravy na pôrod</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• prítomnosť podpornej osoby</li></ul>
<b>Faktory pôrodu:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• typ pôrodu (operačný, kliešťový, prirodzený...), komplikácie počas pôrodu</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• dĺžka pôrodu</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• intenzita a tlmenie bolesti počas pôrodu</li></ul>

Tab. 2: Faktory ovplyvňujúce individuálne prežívanie ženy počas pôrodu (Škodová, 2018).

Hoci je pôrod vo svojej podstate fyziologickým dejom, predstavuje pre ženu záťažovú situáciu vyžadujúcu maximálnu mobilizáciu všetkých fyzických a psychických síl. Záleží na možnostiach ženy, do akej miery je schopná danej situácii sa prispôbiť. Každá osobnosť má vlastné spôsoby a možnosti zvládania záťaže, ktoré môžu byť adaptívne či maladaptívne. Pokiaľ žena napriek náročnosti situácie spolupracuje s personálom a vníma pôrod ako prirodzený proces, hovoríme o adaptívnom

a kooperatívnom správaní. Pri adaptívnej reakcii ženy na pôrodnú záťaž je typické prežívanie určitej vedomej úzkosti, ale rovnako žena vníma pocit pozitívneho očakávania a dôvery v zvládnutie situácie (Ratislavová, 2008; Škodová, 2018).

U niektorých žien sa však počas pôrodu môže vyskytnúť neprimerané a neadekvátne správanie ako reakcia na veľmi náročnú situáciu. K maladaptívnym prejavom správania dochádza vtedy, pokiaľ žena nie je schopná zvládnuť situáciu pomocou fyzických a psychických mechanizmov a snaží sa brániť voči záťaži pomocou aktívnych obranných psychických mechanizmov. Tie slúžia k ochrane psychiky a pomáhajú žene vyrovnať sa s náročnosťou situácie. Medzi maladaptívne reakcie zaraďujú Ratislavová (2008) a Škodová (2018) zvýšené obavy či výrazný strach, zlostné správanie, hnev či hostilitu, ale tiež apatické správanie so stratou aktivity a bezmocnosť. Prekonanie a zvládnutie tejto krízovej situácie vedie k osobnostnému zretiu ženy, k vlastnému uspokojeniu, k nárastu sebadôvery a sebahodnotenia. Pokiaľ však žena vníma pôrod svojho dieťaťa ako nezvládnutý, negatívne pocity spojené so zážitkom z pôrodu môžu viesť k zmenám v sebaaponímaní.

## 2 Predčasný pôrod ako náročná životná situácia

Samotné tehotenstvo a príprava na príchod dieťaťa je obdobím dlhého čakania, ktoré má svoje etapy a zákonitosti. Budúci rodičia pripravujú zariadenie, oboznamujú sa so samotným pôrodom a tým, čo ich počas neho čaká. Plánujú príchod dieťaťa plní lásky, radosti a očakávania. Predčasný pôrod však plánovanie a očakávanie príchodu dieťaťa nekompromisne skomplikuje a skrúti. Rodičia odrazu nemajú toľko času, ako počítali, musia sa akútne vyrovnáť so situáciou, že sa predčasne stali rodičmi a tiež s náročnosťou situácie, v súvislosti s ohrozením života či zdravia ich predčasne narodeného dieťaťa. V tejto kapitole popíšeme príčiny, ktoré môžu viesť k predčasnému narodeniu dieťaťa, dopady predčasného pôrodu na psychické prežívanie ženy a uvedieme, aké psychické zmeny a poruchy sa môžu u žien po pôrode vyskytnúť.

Podľa WHO (2018) je za predčasný pôrod možné označiť každý pôrod pred ukončeným 37. týždňom tehotenstva.

### 2.1 Príčiny predčasného pôrodu

Sú známe viaceré faktory či príčiny, ktoré jednoznačne zvyšujú riziko predčasného pôrodu, Môžeme ich rozdeliť na priame a nepriame. Podľa Hájeka et al. (2004) či Pařízka (2008) medzi priame faktory ovplyvňujúce predčasný pôrod patria:

- vek matky,
- infekcie matky,
- poruchy placenty,
- imunologické príčiny,
- nedostatočnosť uzáverového aparátu krčka maternice,
- anatomické abnormality maternice,
- zdravotné príčiny matky (vážne ochorenia matky),
- abnormality plodu,
- trauma a chirurgické zákroky,
- viacpočetné tehotenstvo.

Medzi nepriame faktory vplývajúce na predčasný pôrod uvedení autori zaraďujú napríklad predčasný pôrod v anamnéze matky, sociálne a ekonomické faktory, profesijné

riziká, užívanie návykových látok, vplyv prostredia (kvalita ovzdušia, vody a pod.) (Hájek et al., 2004; Pařízek, 2008).

## 2.2 Dopady predčasného pôrodu na psychické prežívanie matky

Ako sme už uviedli, samotné tehotenstvo a tiež fyziologický pôrod v termíne výrazne vplývajú na psychické prežívanie ženy. Pôrod je charakterizovaný ako záťažová situácia, na ktorú sa žena počas obdobia tehotenstva pripravuje. Čo ak však príde pôrod nečakane a predčasne? Zasiachne ženu nepripravenú a samotné prežívanie ženy je ovplyvnené neistotou a strachom o zdravie jej nedonoseného dieťaťa.

Rodina počas svojej existencie prechádza rôznymi situáciami a životnými skúškami. Kríza v rodine môže mať rozličné podoby, vnáša do života rodiny smútok, stres či obavy. To, akým spôsobom rodina krízovú situáciu prekoná, závisí od zdravotného stavu novorodenca, od osobnostných charakteristík jednotlivých členov rodiny, od ich aspirácií, výchovných postojov, od vzťahov v rodine či od podpory blízkeho okolia (Horváthová, osobný rozhovor, 2012).

Predčasný pôrod a narodenie nezrelého dieťaťa nepochybne patrí medzi stresové a náročné životné situácie. Nedonosenosť a predčasný pôrod má podľa Straňáka (2009) svoj priebeh, komplikácie aj prognózu. Samotná nedonosenosť je veľmi zložitým problémom, ktorý nezasahuje len matku a dieťa, ale tiež členov širšej rodiny, príbuzných, lekárov aj laickú verejnosť. Pre dieťa a jeho rodičov je celoživotnou témou.

Sobotková, Jungwirthová a Gabrielová (2002) uvádzajú, že u rodičov predčasne narodených detí sa objavujú špecifické problémy. Zaradujú medzi ne nasledovné:

- u ženy, ktorá porodila predčasne, nedochádza k fyziologickému procesu zmien prebiehajúcich v tehotenstve, žena je nečakane konfrontovaná s rolou matky, na ktorú ešte nie je pripravená;
- rodičia môžu mať problém sklbiť predstavy o svojom zdravom dieťati s nedonoseným dieťaťom ležiacim v inkubátore;
- u matiek sa môže vyskytnúť pocit viny, pociťujú zodpovednosť, že neboli schopné dieťa donosiť;
- matka môže v dôsledku dlhého času v nemocnici prežívať pocit izolácie, bezmocnosti, odtrhnutia od okolitého sveta;

- od otcov sa očakáva podpora, avšak sami môžu predčasné narodenie svojho dieťaťa prežívať individuálne a intenzívne, v mnohých prípadoch nemajú priestor na prežitie a vyjadrenie svojich pocitov a obáv.

Pri predčasnom pôrode sa vyskytuje vyššie riziko úzkostného prežívania u matky a tiež emocionálne náročnejšieho priebehu pôrodu. Pokiaľ dôjde k predčasnému pôrodu nečakane, bez predchádzajúcich komplikácií počas tehotenstva, môže mať žena problém psychicky prijať a akceptovať fakt, že porodila predčasne (Škodová, 2018).

Löhr, von Gontard a Roth (2000) zhodne so Škodovou (2018) uvádzajú, že predčasný pôrod a hlavne obdobie tesne po ňom, je veľmi ťažkou situáciou, kedy môže dôjsť k traumatizácii matky. Toto obdobie je charakteristické v prežívaní traumatizujúcej krízy. Matka stráca pocit kontroly nad situáciou, pocit bezmocnosti môže viesť až k strate viery v budúcnosť seba a svojho dieťaťa.

Peychl (2005) zdôrazňuje, že náročnosť situácie sa nekončí s ukončením hospitalizácie. Práve naopak, starostlivosť o nedonosené dieťa je náročná. Vyžaduje si mnohé zručnosti, ktoré si rodičia dieťaťa musia nutne osvojiť ešte pred prepustením dieťaťa z nemocnice, aby následne situáciu v domácom prostredí zvládli.

Na stres, ktorý prežívajú rodičia počas hospitalizácie dieťaťa a po prepustení do domácej starostlivosti sa vo svojej štúdií zamerala Lauová s Morseovou (2003), ktoré uvádzajú, že matky predčasne narodených detí prežívajú oproti matkám detí narodených v termíne, výrazne väčší stres, či už po pôrode, alebo v prvom týždni po prepustení z nemocnice. Po 16 týždňoch sa však hladiny stresu medzi skupinami matiek vyrovnali. Okrem stresu, autorky u matiek popísali výraznú náchylnosť na výskyt depresie v prvých týždňoch po pôrode. U otcov sa podľa autoriek vyskytovala hlavne úzkosť a stres, pričom v porovnaní s otcami detí narodených v termíne zistili, že u skupiny otcov predčasne narodených detí, bola hladina stresu v prvých týždňoch po pôrode vyššia, než u otcov detí narodených v termíne. Pri meraní v 16. týždni po pôrode sa však tieto hodnoty zmenili. Otcovia nedonosených detí vykazovali nižšie hladiny stresu než otcovia detí narodených v termíne.

Na základe výsledkov viacerých výskumov je jasné, že rodičia (nie len matky) po predčasnom pôrode prežívajú množstvo predovšetkým negatívnych emócií. Najviac výskumov sa zameriava na matky, rovnako sú však predčasným pôrodom zasiahnutí otcovia a v neposlednom rade aj ďalší členovia rodiny (súrodenci, starí rodičia a pod.).

Matky tesne po predčasnóm pôrode prežívajú podľa Löhra et al. (2000) šok, za ktorým nasleduje smútenie. U otcov sa naproti matkám vyskytuje ambivalentnosť v prežívaní, pociťujú radosť, že sa stali otcami, ale tiež neistotu a strach o život manželky/partnerky a dieťaťa.

Podľa von Gontarda, Schwartea, Kribsa a Rotha (1999) sa v prežívaní matiek vyskytuje hlavne veľká miera stresu a pocity viny. Fraleyová (1986) popisuje u matiek prežívanie bezmocnosti, frustrácie, pocitu prázdnoty, viny, strachu zo smrti dieťaťa, strachu zo zdravotného postihnutia dieťaťa a obáv z budúcnosti, ale tiež pociťovanie nádeje a šťastia.

Môžeme teda zhrnúť, že medzi najčastejšie popisované pocity prežívané u matiek predčasne narodených detí patria stres, frustrácia, strach, bezmocnosť, pocit prázdnoty.

Samotné reakcie rodičov na predčasný pôrod sa výrazne odlišujú, jednak v intenzite a tiež dĺžke trvania. Individuálna odlišnosť reakcií je ovplyvnená viacerými faktormi, medzi ktoré Paulík (2017) zaraďuje:

- subjektívne hodnotenie situácie predčasného pôrodu;
- individuálne osobnostné charakteristiky, ktoré pôsobia na hodnotenie záťaže (zaraďujeme sem napríklad odolnosť voči záťaži, intelekt a pod.);
- spôsob vyrovnávania sa so záťažovými situáciami (obranné reakcie, copingové stratégie);
- prítomnosť, resp. neprítomnosť nepriaznivých životných udalostí a malých denných nepríjemností;
- skúsenosť jednotlivca so stresom;
- sociálna podpora (dostupnosť pomoci v okolí);
- sociálny status.

Niektorí rodičia len plačú, iní neplačú vôbec. Niektorí chcú presedieť celý čas pri inkubátore, iní sa na svoje predčasne narodené dieťa v inkubátore nedokážu pozrieť. Celá táto škála emócií je prirodzená a patrí k procesu vyrovnávania sa so situáciou, v ktorej sa rodičia predčasne narodených detí ocitli (Antalíková, 2010).

Antalíková (2010) ďalej uvádza, že už samotný hroziaci predčasný pôrod je stresujúcim faktorom pre matku, otca aj širšiu rodinu. Matky v mnohých prípadoch žialia nad nenaplnenou tehotnosťou, majú pocity nepripravenosti na starostlivosť o novorodenca,



prežívajú žiaľ a strach o život a zdravie dieťaťa ohrozeného predčasným pôrodom. U otcov sa môžu vyskytovať pocity bezmocnosti spôsobené faktom, že nemôžu ochrániť svoju rodinu a nevedia ako pomôcť. Po zármutku nastupuje fáza hnevu a hľadanie vinníka. Psychickú kondíciu matiek ohrozených predčasným pôrodom zhoršuje nutnosť „pripútania“ na lôžku a výrazné obmedzenie každodenných aktivít. Autorka tiež uvádza niektoré citové reakcie, ktoré sa u rodičov predčasne narodených detí objavujú.

### **Šok:**

V prvých dňoch po pôrode rodičia (hlavne matky) nie sú schopní realitu pochopiť, ani počúvať fakty od lekárov. Mnohí rodičia sa ich v tejto fáze ani nesnažia chápať či vnímať. Prognózy dieťaťa sú veľmi neisté a lekári mnohé otázky nechcú či nemôžu zodpovedať. Rodičia chcú utiecť od dieťaťa, z nemocnice, od rodiny aj priateľov, od zdravotníckeho personálu. Majú pocit, že ničomu nerozumejú a nemôžu nijak pomôcť. Niektoré matky sa uzatvárajú do seba, otcovia sa napríklad utiekajú k pracovným povinnostiam (Antalíková, 2010).

Štembera (2004) popisuje, že u matiek novorodencov so zdravotnými problémami sa môže vyskytnúť kríza, ktorá je podobná šoku, teda trvajúca 8 až 11 hodín. Tým sa však kritická situácia nekončí, kritické sú aj nasledujúce 3 až 4 dni po pôrode. Müller (2009) spája predčasné narodenie dieťaťa so zmätkom, neistotou, improvizáciou, na ktorú rodičia nie sú pripravení. Pohybujú sa na hranici medzi životom a smrťou, postupne nastáva šok a dezorientácia.

### **Odmietanie a hnev:**

Rodič odmieta vážnosť zdravotného stavu svojho nedonoseného dieťaťa, nechce či nedokáže ju prijať. Môže tiež pociťovať hnev na všetkých a všetko navôkol, na zdravotnícky personál či na samotné dieťa, na svojho partnera (Antalíková, 2010).

### **Úzkosť a strach:**

Je pochopiteľné, keď matka pociťuje strach o svoje dieťa, o jeho zdravie. Podľa výskumu Löhra et al. (2000) prežívajú matky strach zo smrti svojho dieťaťa predovšetkým prvé 3 týždne po pôrode. V tomto období ešte natoľko nevnímajú strach z dôsledkov na zdravie a budúci život (strach zo zdravotného postihnutia dieťaťa). Ten sa zvyšuje postupne, približne okolo 7. týždňa po pôrode, kdežto strach zo smrti dieťaťa sa znižuje.

### **Smútok:**

Do popredia prežívania sa dostáva smútok, žiaľ, depresívne pocity, zúfalstvo. Tiež sa môžu vyskytnúť obavy z budúcnosti a z reakcií okolia. Táto etapa môže ustupovať a opakovane sa vracat' (Škodová, 2018).

### **Nádej a vyjednávanie:**

Nádej sprevádza rodičov počas celej situácie. U niektorých je najsilnejším pocitom a veria v to, že spolu so svojim dieťaťom všetko zvládnu. U iných prichádza až po odznení najakútnejšej krízovej situácie. Vyjednávanie je akýmsi útekem z reality. Rodičia sa snažia vyjednávať s vyššou silou, keď majú pocit, že nemajú ako inak pomôcť. Hľadajú tzv. magické riešenia či príčinu stavu dieťaťa v poverách (Antalíková, 2010).

### **Akceptácia:**

Je finálnym štádiom prekonávania žiaľu. Rodičia emocionálne prijímajú situáciu. Nasleduje účelné jednanie, reorganizácia, kedy prispôsobujú chod rodiny a života danej situácii, prehodnocujú situáciu, začínajú hľadať vpred s nádejou, že svojmu dieťaťu dokážu pomôcť a nové prekážky zvládnu (Antalíková, 2010, Škodová 2018).

To, akým spôsobom sa rodina vyrovná s predčasným narodením svojho dieťaťa a jeho dôsledkami, súvisí tiež s rezilienciou. Habalová (2010) uvádza, že zdrojmi reziliencie rozumieme určité predpoklady na vytvorenie vhodných podmienok zvládania záťaže. Autorka ich v súvislosti s rodinami s deťmi s určitým zdravotným znevýhodnením rozdeľuje na vnútorné a vonkajšie. Vnútorné zdroje vychádzajú priamo z rodinného prostredia, komunikácie členov a z rodinnej dynamiky. Je zásadné, akým spôsobom rodina pristupuje k riešeniu vzniknutých ťažkostí. Medzi vnútorné zdroje reziliencie zaraďuje:

- funkčnú komunikáciu,
- flexibilitu rodinného systému,
- rozdelenie úloh a povinností,
- spoločné trávenie času a rodinné rituály,
- rodinné hodnoty a spiritualitu,
- súdržnosť rodiny,
- otvorenosť rodiny,
- životnú perspektívu.

Medzi vonkajšie zdroje reziliencie Habalová (2010) zaraďuje spoločenské a kultúrne zdroje, konkrétne:

- dostupnosť kvalitnej odbornej pomoci,
- činnosť tretieho sektora,
- vzťahy mimo rodiny,
- sociálnu starostlivosť,
- pozitívny kultúrny obrat a postoje spoločnosti k problematike.

Ako sme uviedli, predčasné narodenie dieťaťa je veľkou záťažou nie len pre matku, ale aj pre otca dieťaťa. Neistota, ktorú táto situácia prináša, spôsobuje hromadenie stresu. Otec prežíva strach nie len o život dieťaťa, ale aj o svoju manželku/partnerku. Môže sa cítiť nepripravený, vynárajú sa neistoty v oblasti výchovy, finančného zabezpečenia rodiny, či zo straty priority u svojej manželky (Orišková, 2010).

## **2.3 Psychické zmeny a poruchy u žien po pôrode**

Po pôrode dochádza v tele ženy k mnohým zmenám. Do veľkej miery sú zmeny ovplyvnené búrlivou hormonálnou reakciou. Klesá hladina progesterónu a estrogénu, zvyšuje sa tvorba prolaktínu, dochádza k zmenám v štítnej žľaze a nadobličkách. Okrem telesných a hormonálnych zmien dochádza tiež k zmenám v psychike ženy. V emocionálnej rovine dochádza k zmenám nálady, od popôrodnej euforickej nálady v prvý popôrodný deň, k úzkostiam a obavám. Prechodná emocionálna labilita je prirodzenou reakciou organizmu na výrazné telesné a hormonálne zmeny. Úzkosti môžu tiež súvisieť s nárokmi novej roly matky, žena sa môže cítiť neisto, či všetky nové úlohy zvládne. Okrem fyziologických psychických zmien sa však u žien po pôrode môžu rozvinúť tiež psychické poruchy (Škodová, 2018).

### **2.3.1 Popôrodné blues**

Pojem popôrodné blues označuje prechodnú sub-depresívnu epizódu po pôrode, ktorá je charakteristická najmä emocionálnou labilitou a negatívnymi pocitmi. Začína medzi 3. až 6. dňom po pôrode. Vyskytuje sa pomerne často a hlavne u prvorodičiek, percentuálny výskyt je 50 až 80% šestonedielok. Zvyčajne trvá týždeň až 14 dní (Škodová, 2018).

Podľa Líbalovej a Čepického (2009) samotnému popôrodnému blues v mnohých prípadoch predchádza krátkodobý vzostup nálady prvý deň po pôrode, následne však dochádza ku kolísaniu nálady. Krátko po pôrode sa môžu u ženy objaviť známky zníženia úrovne poznávacích funkcií, ktoré môžu byť doznievajúcimi signálmi benígnej tehotenskej encefalopatie.

Podľa Líbalovej a Čepického (2009) aj podľa Škodovej (2018), medzi psychické príznaky popôrodného blues patria: labilita nálad, podráždenosť, plačlivosť, úzkostné prežívanie, poruchy koncentrácie, prežívanie neistoty a obáv, únava, pocity neschopnosti, osamelosti, znížená sebadôvera a sebaúcta, či rozčarovanie zo zmeny vzhl'adu po pôrode. Medzi somatické príznaky podľa spomínaných autorov patria napríklad bolesti chrbta, zubov, hlavy, poruchy spánku, znížená chuť do jedla, môžu sa objaviť búšenie srdca či dysfágia.

Príčiny vzniku popôrodného blues zatiaľ nie sú známe. Praško (2002) predpokladá, že je možná určitá spojitosť medzi výkyvmi nálad po pôrode a prudkým poklesom hormónov progesterónu a estrogénu. Ratislavová (2008) uvádza, že sa vyskytuje hlavne u žien prvorodičiek a tiež u žien, ktoré nemajú oporu v manželovi/partnerovi. Tiež podľa nej môže byť ovplyvnené neplánovanosťou tehotenstva či výskytom neuroticizmu, úzkostí alebo depresie v priebehu tehotenstva.

Popôrodné blues je považované za fyziologický stav, preto cieleňá špecifická terapia nie je odporúčaná, zvyčajne táto sub-depresívna epizóda sama odznie. Žena ju lepšie prekoná, keď má dostatok sociálnej opory, najmä emocionálnu a praktickú zložku, tiež je vhodné dopriať žene dostatok odpočinku. Vhodná je ďalej profylaxia v podobe predpôrodnej prípravy, kde je prítomný aj manžel či partner tehotnej ženy. Je dôležité, aby žena mala dostatok informácií o problematike popôrodného blues. Pokiaľ po dvoch týždňoch od pôrodu príznaky neodznievajú, rastie riziko rozvoja depresívneho stavu, preto je dôležité vyhľadať odbornú pomoc (Ratislavová, 2008; Škodová, 2018).

### **2.3.2 Popôrodná depresia**

Podľa Praška, Bulikovej a Sigmundovej (2012) postihuje dlhotrvajúce zhoršenie nálady rôzneho stupňa a trvania 10 až 15% žien po pôrode. Zvyčajne sa popôrodná depresia objavuje približne 2 týždne po pôrode, môže sa však prejaviť aj po pol roku.

Medzi faktory, ktoré vznik popôrodnej depresie podmieňujú alebo riziko jej vzniku môžu zvyšovať, môžeme zaradiť rôzne psychosociálne, zdravotné či sociodemografické faktory. Výrazným rizikovým faktorom je psychiatrické ochorenie v osobnej alebo rodinnej anamnéze, výskyt úzkostných a depresívnych prejavov počas tehotenstva a výraznejšie psychosociálne stresory, ako nedostačujúca sociálna opora partnera a širšieho okolia, partnerské či finančné problémy. Okrem genetickej predispozície, osobnej a rodinnej anamnestickéj záťaže a kumulácie psychosociálnych faktorov, majú v etiopatogenéze popôrodnej depresie významný vplyv aj hormonálne zmeny po pôrode (hlavne u žien s predispozíciou pre rozvoj tohto ochorenia) (Škodová, 2018).

Prejavy popôrodnej depresie môžeme rozdeliť do troch oblastí, a to emocionálnej, kognitívnej a behaviorálnej. Medzi hlavné príznaky zaraďujeme nadmernú únavu a vyčerpanie, podráždenosť, pokles nálady, anhedóniu (stratu schopnosti tešiť sa z bežných vecí), stratu záujmov, pocity neistoty a strachu, záchvaty plaču, zníženú schopnosť koncentrácie, niekedy sa môžu vyskytnúť tiež fóbické príznaky (Nicolson, 2001; Praško, Buliková, Sigmundová, 2012; Škodová, 2018).

Popôrodná depresia je podľa Praška (2002) a Škodovej (2018) závažným ochorením, ktoré zhoršuje kvalitu života matky a v prípadoch silnej depresie ovplyvňuje jej schopnosť starať sa o dieťa. V najzávažnejších prípadoch sa môžu vyskytnúť suicidálne myšlienky. V prípadoch miernej depresie alebo ako pomocná liečba pri ťažkej depresii sa využíva psychoterapia, pri ťažkej depresii je nutná liečba psychofarmakami z okruhu antidepresív.

### **2.3.3 Popôrodná psychóza**

Popôrodná či puerperálna psychóza je jedným z najzávažnejších psychiatrických ochorení po pôrode. Výskyt je pomerne zriedkavý, uvádza sa percentuálny výskyt u 0,1 až 0,2% rodičiek. Pri tomto ochorení matka stráca kontakt s realitou, nedokáže konať racionálne a nemá náhľad na svoje ochorenie. Medzi charakteristický prejav psychotického ochorenia patrí výskyt bludov a halucinácií (Škodová, 2018).

Popôrodná psychóza, v minulosti známa ako laktačná psychóza, v súčasnej dobe nie je uznávaná ako samostatná klinická jednotka. Je považovaná za relaps alebo prvý atak „bežnej“ psychózy (Weiss, 2010).

Podľa Ratislavovej (2008) vzniká zvyčajne počas prvého týždňa, až 15 dní po pôrode. Pokiaľ sa po pôrode rozvinie psychotická reakcia, jedná sa zvyčajne o akútne

prejavy s búrlivým priebehom (mánia, schizoafektívna psychóza). U matky v šestonedelí je badať atypické prejavy správania.

Môžeme rozlíšiť viaceré formy popôrodnej psychózy. Amentná forma je charakteristická búrlivým začiatkom a priebehom. Typická je výrazná dezorientácia pacientky, jej zmätenosť. Sú prítomné sluchové, zrakové halucinácie a paranoidita. Manická forma sa vyznačuje psychickou nadnesenosťou, euforickosťou a extatickými pocitmi šťastia v začiatkoch ochorenia, ktoré následne prechádzajú do akútnej zmätenosti a výskytu halucinácií a bludov. Obe tieto formy popôrodnej psychózy majú pri dostatočnej liečbe relatívne dobrú prognózu. Horšiu prognózu majú endogénne depresívne a schizofrenické formy psychózy, ktorých začiatok je veľmi pozvoľný a pomalý, postupne sa objavujú pocity neistoty a bezmocnosti, neschopnosť starať sa o dieťa, plačlivosť, nespavosť, paranoidita, apatia, ďalej sa pridružujú halucinácie a bludy (Škodová, 2018; Mohr, 2015).

Škodová (2018) tiež uvádza príčiny vzniku popôrodnej psychózy. Rizikovým faktorom pre vznik tohto ochorenia je najmä psychiatrické ochorenie v osobnej alebo rodinnej anamnéze. Rizikom je ďalej náročný, komplikovaný pôrod, operačný pôrod, či patologický priebeh tehotenstva.

Liečba popôrodnej psychózy si vyžaduje psychiatrickú intervenciu. Nevyhnutná býva hospitalizácia pacientky. Pri akútnych príznakoch psychózy sú podávané psychofarmaká z okruhu antipsychotík. Zástava laktácie je nutná len v prípade, že lieky prestupujú do materského mlieka a hrozí intoxikácia dojčaťa. Dôležitou súčasťou liečby je tiež psychoterapia, spolupráca s rodinou a psychosociálna podpora (Ratislavová, 2008; Škodová, 2018).

### **2.3.4 Posttraumatická stresová porucha po pôrode**

Posttraumatická stresová porucha (PTSP) je psychické ochorenie patriace do okruhu úzkostných porúch. Vyskytuje sa približne u 1 až 3% populácie, u ľudí, ktorí prežili mimoriadne traumatizujúce udalosti alebo situácie krátkeho či dlhého trvania, výnimočne nebezpečného či katastrofického charakteru (Praško, Hájek, & Preiss, 2002). Podľa Mohra (2015), vzniká PTSP ako oneskorená alebo protrahovaná reakcia na traumatický či stresujúci zážitok.

Podľa výskumu Pierrhumberta et al. (2003, ako cituje Karatzias, Chouliara, Maxton, Freer, & Power, 2007) vykazovalo 67% matiek predčasne narodených detí reakcie spojené s PTSP. Škodová (2018) uvádza, že asi 1 až 2% žien postihuje PTSP v súvislosti s pôrodom, pokiaľ ho žena subjektívne prežívala ako traumatizujúci. Výskyt posttraumatických prejavov, avšak bez splnenia diagnostických kritérií pre PTSP, je však vyšší.

Levine a Fredericková (2002) a Vizinová s Preissom (1999) uvádzajú niektoré charakteristické symptómy pre prejavy post-traumy po pôrode, napríklad vtieravé a neodbytné pocity opakovaného prežívania traumatickej udalosti, flashbacky, čiže spätné záblesky. Matky v mnohých prípadoch traumaticky prežívajú pôrod svojho dieťaťa napríklad v rozhovoroch s ostatnými ženami, či na internetových fórach, kde sa bez možnosti adekvátnej spätnej väzby retraumatizujú. Traumatické spomienky sa prejavujú v nočných morách. Ďalším charakteristickým prejavom je častý plač a plač sprevádzajúci zverovanie sa s pôrodným zážitkom. Škodová (2018) uvádza aj ďalšie symptómy PTSP, a to pocity veľmi výrazného hnevu, viny, strachu či úzkosti pri spomienke na pôrod, odmietanie ďalšieho tehotenstva, neschopnosť o pôrode hovoriť, problémy so sústredením, sklon k neprimeraným reakciám, zvýšená úľaková reakcia, izolácia od okolia, problémy v sociálnej interakcii, vyhýbanie sa miestam a spomienkam viazaným k traumatickej situácii. PTSP vyžaduje odbornú liečbu, ktorá zahŕňa predovšetkým psychoterapiu a farmakoterapiu.

### **3 Novorodenec a nedonosený novorodenec**

Prenatálne, perinatálne a novorodenecké obdobie môžeme považovať za najbúrlivejšie obdobie ľudského života. V pomerne krátkom časovom úseku dochádza k množstvu zmien, ktoré môžu byť rizikovými pre matku a hlavne pre samotné dieťa. Medzi tieto zmeny či faktory Dluholucký (2001) zaraďuje intenzívny rast, vývin, zrenie celého organizmu v maternici matky, pôrod, popôrodnú adaptáciu a včasný postnatálny život. V tejto kapitole uvádzame základné neonatologické pojmy, klasifikáciu novorodencov a nedonosených detí a tiež stručne popisujeme niektoré zdravotné komplikácie a dôsledky, ktoré so sebou predčasný pôrod prináša.

Výskyt morbidity a mortality v perinatálnom období vedie k potrebe identifikovať exogénne aj endogénne faktory ohrozujúce tehotenstvo, matku a plod. Faktory vplyvajúce na matku a plod tvoria rôznorodý komplex. Zaraďujeme sem sociálne, ekonomické, kultúrne a geograficko-etnické vplyvy, ktoré sa prenášajú do genetických, metabolických a fyziologických faktorov rodičov a plodu. Samotný pôrod je ovplyvnený celým radom biologických, medicínsko-technických a individuálnych vplyvov, ktoré majú dosah na včasný život novorodenca a tiež celý následný život narodeného dieťaťa. Z dôvodu nutnosti monitorovania stavu a úrovne zdravotnej starostlivosti boli prijaté presne určené definície a pojmy (Dluholucký, 2001).

Perinatálne obdobie môžeme podľa Dluholuckého (2001) rozdeliť na širšie perinatálne obdobie, ktoré začína 12. týždňom tehotenstva a končí 28. dňom po narodení dieťaťa. Užšie perinatálne obdobie zahŕňa obdobie, v ktorom má plod hmotnosť 500 g, gestačný vek 20 týždňov až po 28. deň po narodení. Naproti tomu podľa definície WHO (2006) začína perinatálne obdobie v 22 ukončených týždňoch tehotenstva (154 dní) a končí 7 ukončených dní po pôrode.

#### **3.1 Klasifikácia novorodencov**

Novorodencov môžeme bezprostredne po pôrode diferencovať do rôznych skupín z hľadiska viacerých delení. Klasifikácia novorodencov do určitých skupín podľa určitých kritérií môže mať veľkú výpovednú hodnotu pri určení novej morbidity a mortality.



Všeobecne môžeme novorodencov klasifikovať z troch základných hľadísk, a to podľa pôrodnej hmotnosti, podľa gestačného veku a podľa pôrodnej hmotnosti vo vzťahu ku gestačnému veku.

Klasifikácia novorodencov z hľadiska gestačného veku podľa Matásovej (2012):

- nedonosený novorodenec – dieťa narodené skôr ako po ukončení 37. týždni tehotenstva (259 dní a menej);
  - extrémne nezrelé dieťa – narodené skôr ako v 28. gestačnom týždni;
  - ľahko nezrelé dieťa – narodené v 35. – 36. týždni tehotenstva;
- donosený novorodenec – dieťa narodené od prvého dňa 38. týždňa do posledného dňa 42. týždňa od poslednej menštruácie (260 – 294 dní);
- prenosný novorodenec – dieťa narodené v 43. týždni, t. j. neskôr ako po 294 dňoch.

WHO (2018) uvádza, že za nedonosené dieťa je považované každé dieťa narodené pred ukončeným 37. týždňom tehotenstva. Uvádza tiež podkategórie nedonosených detí vo vzťahu ku gestačnému veku:

- extrémne nezrelý novorodenec (extremely preterm) - narodený pred započatím 28. týždňa tehotenstva;
- veľmi nezrelý novorodenec (very preterm) - narodený medzi 28. a 32. týždňom tehotenstva;
- stredne až ľahko nezrelý novorodenec (moderate to late preterm) – narodený medzi 32. a 37. týždňom tehotenstva.

Klasifikácia novorodencov z hľadiska pôrodnej hmotnosti ako uvádza Dort (2004):

- novorodenci obrovskí (makrosomia) – pôrodná hmotnosť 4500 g a viac;
- novorodenci s normálnou pôrodnou hmotnosťou – 2500 g – 4500 g;
- novorodenci s nízkou pôrodnou hmotnosťou – pôrodná hmotnosť pod 2500 g;
- novorodenci s veľmi nízkou pôrodnou hmotnosťou – pôrodná hmotnosť pod 1500 g;
- novorodenci s extrémne nízkou pôrodnou hmotnosťou – pôrodná hmotnosť pod 1000 g.

Pri klasifikácii novorodencov podľa pôrodnej hmotnosti vo vzťahu ku gestačnému veku je potrebné uviesť percentilovú tabuľku alebo graf, ktoré sú určené pre populáciu jednej rasy žijúcej v určitom prostredí. V Slovenskej republike sa používajú tabuľky podľa Kučeru, ktoré stanovujú zvlášť pre chlapcov a zvlášť pre dievčatá rozmedzie hmotností dané 5. a 95. percentilom, zodpovedajúce určitému týždňu tehotenstva (tab. 3.) (Maťašová, 2012).

Pôrodná hmotnosť chlapcov (g)			Pôrodná hmotnosť dievčat (g)		
Dokončený týždeň tehotenstva	5%	95%	Dokončený týždeň tehotenstva	5%	95%
24	489,56	871,33	24	439,91	828,47
25	592,71	1014,04	25	506,22	953,36
26	674,68	1172,14	26	582,53	1097,08
27	748,01	1346,44	27	670,35	1262,46
28	823,20	1537,06	28	736,88	1455,17
29	908,63	1743,48	29	820,88	1664,95
30	1010,61	1964,47	30	925,42	1889,06
31	1133,36	2198,15	31	1052,05	2124,34
32	1279,01	2441,96	32	1200,82	2367,26
33	1447,61	2692,67	33	1370,25	2613,86
34	1637,11	2946,37	34	1557,34	2859,79
35	1843,41	3198,47	35	1757,61	3100,31
36	2060,27	3443,73	36	1965,01	3330,25
37	2279,42	3676,21	37	2172,01	3544,07
38	2490,45	3889,31	38	2369,56	3735,81
39	2680,91	4075,76	39	2547,08	3899,11
40	2836,24	4227,61	40	2692,49	4027,21
41	2939,79	4336,23	41	2792,19	4112,96
42	2972,84	4392,32	42	2831,06	4148,78
43	2914,57	4385,92	43	2792,46	4126,72

Tab. 3: Percentily pôrodnej hmotnosti (Kučera et al., 1999).

Podľa Maťašovej (2012) na základe pôrodnej hmotnosti vo vzťahu ku gestačnému veku novorodencov delíme:

- eutrofický novorodenec – hmotnosť v rozmedzí 5. a 95. percentilu pre daný gestačný vek;
- hypotrofický novorodenec – pôrodná hmotnosť je nižšia ako hodnota 5. percentilu pre daný gestačný vek a pohlavie, dieťa je malé na svoj vek (small for date);
  - symetrická hypotrofia – zasiahnutý rast vo všetkých rozmeroch (hmotnosť, dĺžka, obvod hlavy atď.);

- asymetrická hypotrofia – znížená je najmä pôrodná hmotnosť, dĺžka a rast hlavičky nebývajú ovplyvnené;
- hypertrofický novorodenec – pôrodná hmotnosť presahuje hodnotu 95. percentilu pre daný gestačný vek a pohlavie.

Z dôvodu stále sa znižujúcej pôrodnej hmotnosti novorodencov, pod ktorou je možné prežitie dieťaťa, bola zostavená nasledujúca klasifikácia predčasne narodených novorodencov. Podľa Matášovej (2012) môžeme predčasne narodených novorodencov rozdeliť nasledovne:

- novorodenec s nízkou pôrodnou hmotnosťou (low birth weight, LBW infant) – hmotnosť menej ako 2500 g;
- novorodenec s veľmi nízkou pôrodnou hmotnosťou (very long birth weight, VLBW infant) – hmotnosť menej ako 1500 g;
- novorodenec s extrémne nízkou pôrodnou hmotnosťou (extremely low birth weight, ELBW infant) – hmotnosť menej ako 1000 g.

Roztočil et al. (2008) uvádza k tejto klasifikácii tiež štvrtú skupinu predčasne narodených novorodencov, a to:

- novorodenec s neuveriteľne nízkou pôrodnou hmotnosťou (incredible low birth weight, ILBW infant) – hmotnosť 499 g a menej.

## **3.2 Hodnotenie zdravotného stavu novorodenca, prvé ošetrenie a vyšetrenie novorodenca**

Bezprostredne po pôrode nasledujú dôležité úkony, ktoré súvisia s prvým ošetrením a prvým vyšetrením novorodenca.

### **3.2.1 Prvé ošetrenie novorodenca**

Ihneď po pôrode je potrebné novorodenca ošetriť. Proces sa začína osušením dieťaťa predhriatymi osuškami či plienkami. Pokiaľ to zdravotný stav dieťaťa aj matky umožňuje, novorodenec je po prerušení pupočníka priložený na hrudník matky. Tým je zabezpečený prvý bezprostredný kontakt novorodenca s matkou a tiež prvé prisatie k prsníku, čo je dôležité pre včasný nástup laktácie u matky a úspešné dojčenie (Matášová, 2012).

Následne je novorodenec uložený na vyhrievané lôžko, očistený od zvyškov krvi a iných nečistôt. Kúpanie novorodenca ihneď po pôrode nie je odporúčané z dôvodu nepriaznivého vplyvu na popôrodnú adaptáciu. Súčasťou prvého ošetrenia je podviazanie pupočníka, ktorý sa po podviazaní pravidelne kontroluje z dôvodu včasného odhalenia krvácania (Maťašová, 2012).

Súčasťou procesu prvého ošetrenia je tiež označenie novorodenca, ktoré slúži na jeho identifikáciu. Cieľom je zamedziť zámene novorodenca počas hospitalizácie až do prepustenia do domácej starostlivosti. Postup pri označovaní novorodenca upravuje odborné usmernenie, na SR je to usmernenie MZ SR z roku 2009.

Každý novorodenec je ihneď po narodení označený dvoma z troch nasledujúcich spôsobov:

- pripevnením číselného štítku s číslom na zápästie novorodenca (rovnaký ako číselný štítok s číslom matky);
- pripevnením identifikačného náramku na druhé zápästie novorodenca (rovnaký ako identifikačný náramok matky);
- napísaním priezviska a mena novorodenca a čísla identického s číslom na číselnom štítku alebo identifikačnom náramku, na stehno, chrbát alebo hrudník novorodenca (Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o označovaní novorodencov, 2009).

Medzi ďalšie úkony procesu prvého ošetrenia novorodenca patrí dezinfekcia spojivkového vaku, profylaxia hemoragickej choroby novorodenca podaním vitamínu K a stanovenie antropometrických údajov, teda hmotnosti, dĺžky dieťaťa, obvodu hlavičky a hrudníka. Následne je dieťa oblečené a zabalené tak, aby bolo schopné udržať svoju telesnú teplotu. Požiadavky na vytvorenie optimálnych teplotných podmienok sa líšia v závislosti na gestačnom veku a pôrodnej hmotnosti novorodenca (Maťašová, 2012; Zbojan, 2001).

### **3.2.2 Prvé vyšetrenie novorodenca**

Prvé vyšetrenie je potrebné pre odhalenie možných zdravotných abnormalít, ktoré môžu ohroziť život novorodenca. Hodnotí sa priebeh bezprostrednej popôrodnej adaptácie. Zisťuje sa prítomnosť vrodených vývinových chýb alebo prejavov iných ochorení vyžadujúcich neodkladnú liečbu. Prvé vyšetrenie prebieha ihneď po pôrode a kombinuje sa

s prvým ošetrením. Podrobné vyšetrenie novorodenca je potrebné vykonať do 24 hodín po narodení (Maťašová, 2012; Zibolen, 2001).

Pre zistenie bezprostrednej popôrodnej adaptácie novorodenca sa využíva tzv. Apgarovej skóre. Pozostáva z hodnotenia piatich ukazovateľov – akcie srdca, dýchania, svalového tonusu, farby kože a reflexnej odpovede dieťaťa na podráždenie. Hodnotenie prebieha v 1., 5. a 10. minúte po narodení, resp. prvé hodnotenie by malo začínať v 55. sekunde po narodení, ale pokiaľ má dieťa zreteľné problémy, nemá sa s pomocou čakať celú minútu (Fendrychová et al., 2009).

Popisovaný znak	0 bodov	1 bod	2 body
Akcia srdca	neprítomná	< 100/min	≥ 100/min
Dýchanie	neprítomné	slabé, nepravidelné	pravidelné, plač
Svalový tonus	atónia	hypotónia	aktívne pohyby
Farba kože	biela, cyanóza	akrálna cyanóza	ružová
Reflexná odpoveď	neprítomná	grimasa	kašeľ, plač

Tab. 4: Apgarovej skóre (Maťašová, 2012).

Každý z uvedených parametrov je hodnotený 0, 1 alebo 2 bodmi. V prípade, že v desiatej minúte života dosahuje hodnota Apgarovej skóre menej ako 7 bodov, pokračuje sa v hodnoteniach v 5-minútových intervaloch do veku 20 minút alebo tak dlho, kým dve po sebe nasledujúce hodnotenia nedosiahnu minimálny počet 7 bodov (Maťašová, 2012).

Nebola zistená korelácia medzi nízkymi hodnotami Apgarovej skóre v prvej minúte a neskorším nepriaznivým psychomotorickým vývinom. Ak dosahuje Apgarovej skóre v piatej minúte hodnotu 0 až 3 body, zvyšuje sa riziko vzniku detskej mozgovej obrny o 0,3 až 1%. Limitom hodnotenia ukazovateľov Apgarovej skóre je vysoká miera subjektivity v opisovaní niektorých hodnotených parametrov (Maťašová, 2012).

V rámci prvého vyšetrenia novorodenca sa podľa Maťašovej (2012) a Zibolena (2001), okrem Apgarovej skóre sledujú viaceré oblasti. Keďže novorodenec nie je schopný spolupracovať, je potrebné vyšetrenie prispôbiť správaniu dieťaťa. Je vhodné začať menej invazívnymi výkonmi a postupy, ktoré sú pre dieťa rušivé, nechať na záver. Prvé vyšetrenie obsahuje tieto výkony aj s odporúčanou postupnosťou:

- celkový vzhľad – stav vedomia, poloha tela, pokožka, spontánna aktivita;
- oblasť hlavy a krku – tvár, nos, ústa a uši;
- hrudník, srdce a pľúca;

- brucho;
- chrbát;
- oblasť vonkajších genitálií a rekta;
- končatiny;
- orientačné neurologické vyšetrenie;
- vyšetrenie očí.

### **3.3 Nedonosený novorodenec**

Ako vyplýva z uvedených klasifikácií v časti 3.1 Klasifikácia novorodencov, za nedonoseného novorodenca je považované dieťa narodené pred dokončeným 37. týždňom tehotenstva. Jeho pôrodná hmotnosť je zvyčajne pod hranicou 2500 g. Na pomenovanie nedonoseného novorodenca sa tiež používajú pojmy nezrelý novorodenec či predčasne narodené dieťa.

Nezrelý novorodenec má svoje charakteristické znaky. Podľa Velemínskeho (1993) a podľa Elstnerovej (2001) sú znaky nedonosených detí nasledovné:

- majú nedostatočne vyvinuté dýchacie, tráviace a vylučovacie funkcie a termoreguláciu;
- koža ťažko nezrelých novorodencov je červená, priesvitná, želatinózna, chýba maz a lanugo je riedke; u ľahšie nezrelých novorodencov má koža tmavo ružovú farbu, je menej priesvitná (presvitajú len veľké cievy), je bohato pokrytá mazom a lanugo je v rôznom rozsahu hlavne na ramenách, chrbte a krku;
- koža nedonosených detí je veľmi citlivá na dezinfekčné prostriedky aj mechanické poškodenia, môže sa cez ňu ľahko dostať infekcia do tela;
- prsné bradavky u ťažko nedonosených detí môžu úplne chýbať alebo sú len ľahko naznačené, u ľahšie nezrelých detí je bradavka vytvorená, niekedy je prítomná aj časť dvorca;
- sliznice sú veľmi náchylné na poranenia;
- ušnice sú mäkké, u ťažko nedonosených novorodencov môžu byť neúplne vyvinuté;
- genitáliá u chlapcov sú často charakteristické nezostúpenými semenníkmi;

- pre genitálie u dievčat je typické, že veľké lonové pysky neprekrývajú malé;
- ryhovanie pokožky na dlaniach a chodidlách u ťažko nezrelých novorodencov prakticky chýba (prítomné bývajú len hlavné brázdy), u ľahko nedonosených je ryhovanie viac viditeľné, avšak brázdy sú plytké;
- nechty nedosahujú na končeky prstov.

### 3.3.1 Zdravotné komplikácie nedonosených novorodencov

Predčasný pôrod so sebou nesie mnohé riziká pre matku aj pre dieťa. Popôrodná adaptácia nezrelých novorodencov je náročná a komplikuje ju hlavne nedostatočná zrelosť dôležitých životných funkcií. V tejto časti uvádzame najčastejšie sa vyskytujúce zdravotné komplikácie nedonosených detí.

#### Poškodenie centrálného nervového systému

Peychl (2005) a Macko (2001) uvádzajú, že najzávažnejším dôsledkom predčasného pôrodu je vyššie riziko dlhodobého poškodenia mozgu. Mozog novorodenca (obzvlášť nedonoseného) je v období pôrodu stále v procese vývinu, preto sú jednotlivé štruktúry centrálnej nervovej sústavy citlivé na poranenie.

Vnútrolebečné krvácanie (intrakraniálna hemorágia) vzniká porušením celistvosti cievnych štruktúr. U novorodencov s pôrodnou hmotnosťou menšou ako 1500 g je výskyt od 20 do 50%. Následkom vnútrolebečného krvácania môže vzniknúť posthemoragický hydrocefalus (zvýšené množstvo mozgomiešneho moku) (Krcho, 2001).

Podľa Macka (2001) sa vyskytuje asi u 20 až 30% detí s pôrodnou hmotnosťou pod 1500 g a až u 60% detí s pôrodnou hmotnosťou nižšou ako 1000 g. V 60% prípadov vzniká do 24 hodín od pôrodu, 85% prípadov vzniká do 48 hodín a takmer 97% do konca prvého týždňa života. Po prvom týždni života je vznik vnútrolebečného krvácania vzácny.

Demová, Bystrická a Kralovič (2010) uvádzajú, že rozsah krvácania je rôzny a udáva sa v stupňoch podľa rozsahu:

- stupeň 1 – izolované krvácanie len na malej ploche komôr;
- stupeň 2 – krvácanie vo väčšom rozsahu, lokalizované len v komorách;
- stupeň 3 – komory vyplnené krvou;
- stupeň 4 – krvácanie zasahujúce do mozgového tkaniva okolo komôr.

Títo autori ďalej uvádzajú, že stupne 1 a 2 sa vyskytujú najčastejšie a zvyčajne nespôsobujú žiadne ďalšie komplikácie. Stupne 3 a 4 sú závažné a ich následkom môže byť trvalé poškodenie mozgu (Demová, Bystrická, Kralovič, 2010).

Medzi ďalšie komplikácie v systéme centrálného nervového systému u nedonosených novorodencov zaraďujú Demová, Bystrická a Kralovič (2010) periventrikulárnu leukomaláciu. Je to ochorenie mozgu, pri ktorom sa v mozgovom tkanive vytvárajú dutiny (cysty) vyplnené tekutinou. Príčinou vzniku je zmena krvného prietoku v oblastiach okolo mozgových komôr, či infekcia plodu v prenatalnom období. U detí s periventrikulárnou leukomaláciou je v prognóze zvýšené riziko narušenia funkcií súvisiacich s pohybom.

### Dýchanie

Medzi základné a najčastejšie sa vyskytujúce ochorenia respiračného systému u predčasne narodených detí patrí syndróm dychovej tiesne (RDS). Postihuje deti narodené skôr ako v 35. gestačnom týždni, jeho incidencia je nepriamoúmerná gestačnému veku a pôrodnej hmotnosti. Údaje z roku 2006 ukazujú, že až 91% detí narodených v 23. až 25. gestačnom týždni malo toto ochorenie, ďalej bola incidencia 88% u detí narodených v 26. až 27. týždni, 74% v 28. až 29. týždni a 52% u detí narodených v 30. až 31. týždni. Syndróm dychovej tiesne je príčinou 20% úmrtí novorodencov (Maťašová, 2012).

Toto ochorenie je spôsobené nedostatočnou tvorbou surfaktantu, čo je látka vystielajúca pľúcne vaky, ktorá zabraňuje ich splasnutiu pri výdychu. Tvorí sa začína v druhej polovici tehotenstva, pričom väčšina detí narodených pred 35. týždňom tehotenstva nemá dostatočné množstvo tejto látky na to, aby mohla dýchať bez ťažkostí. Na rozvoj tohto ochorenia sú citlivejší chlapci či deti matiek s cukrovkou. Naopak, dlhší odtok plodovej vody môže podporovať dozrievanie pľúc a zvyšovať tak tvorbu surfaktantu (zvýšené je však riziko infekcií). Základom liečby RDS je zabezpečenie primeranej dávky kyslíka, odstránenie kysličníka uhličitého z tela dieťaťa a udržanie otvorených pľúcnych väčkov. Ľahká a stredná forma RDS môže byť vyliečená bez komplikácií, ťažké formy tohto ochorenia môžu mať dlhodobé následky, napríklad chronické ochorenia alebo úmrtie dieťaťa (Demová, Bystrická, Kralovič, 2010).

### Poruchy krvotvorby

U predčasne narodených detí je veľmi častou komplikáciou anémia, teda málokrvnosť či nedostatočný počet červených krviniek v krvnom obeh. Vyšetrenie



anémie je možné rozborom krvi. Dieťa s anémiou môže mať apnoe, zvýšenú unaviteľnosť, zvýšený počet pulzov, je spavejšie, robí prestávky v pití a pod. (Demová, Bystrická, Kralovič, 2010).

### Poruchy zažívania

Medzi najčastejšie poruchy tráviaceho traktu u nedonosených novorodencov zaraďujeme nekrotizujúcu enterokolitídiu. Je to závažné ochorenie čriev, ktoré sa najviac vyskytuje u novorodencov s pôrodnou hmotnosťou pod 1500 g. Príčinou vzniku je infekcia a nedostatočné prekrvenie stien čreva. Ochorenie sa prejavuje nafúknutím bruška, slabým trávením mlieka (strava ostáva nestrávená v brušku), nie je prítomná stolica alebo sú stolice časté a krvavo sfarbené, objavujú sa príznaky infekcie spojené s ťažkosťami v dýchaní, zvýšením telesnej teploty, zmenou v správaní dieťaťa, zmenou farby. Liečba spočíva v prerušení kŕmenia, v zavedení sondy do žalúdka a odsávaním vzduchu a nestrávenej potravy, v podávaní výživy v infúznej forme a podávaní antibiotickej liečby (Peychl, 2005; Demová, Bystrická, Kralovič, 2010).

### Dlhodobé dopady predčasného pôrodu na zdravotný stav dieťaťa

U predčasne narodených detí v dôsledku zdravotných komplikácií bezprostredne po pôrode môžu vznikajú ochorenia s dlhodobými dopadmi na život dieťaťa. Väčšia časť neurologických ochorení dojčiat je spojená s predčasným narodením. Čím skôr sa dieťa narodí, tým menšia je šanca, že prežije a väčšia je pravdepodobnosť, že bude mať zdravotné postihnutie (Štillová, Zibolen, 2010).

Sledovaniu vývinu predčasne narodených detí sa venovalo viacero odborníkov. V USA v rámci jedného výskumu sledovali odborníci dlhodobý vývin 200 predčasne narodených detí od narodenia do 6. roku života. 40% nedonosených detí malo počas tohto dlhoročného sledovania rôzne ťažkosti. V prvom roku života malo 5% detí závažné zdravotné postihnutie (slepota, závažné mentálne postihnutie, ťažká forma detskej mozgovej obrny), 12% detí malo miernejšie zdravotné problémy. V 6. roku života sa zistili mierne poruchy u ďalších 28% sledovaných detí (poruchy učenia, poruchy správania, koordinačné pohybové problémy, hraničné pásmo inteligencie či ľahké mentálne postihnutie). Pri dlhodobom sledovaní 60% najmenších nedonosených detí nemalo žiadne zdravotné problémy (Štillová, Zibolen, 2010).

Podobné výsledky uvádzajú Shieve et al. (2016) vo svojej štúdií, v ktorej spracovali dáta viac ako 74 000 detí vo veku 3 až 17 rokov zozbieraných NSCH (National Survey of Children's Health). Podľa tejto štúdie má predčasný pôrod značný vplyv na vznik neurovývinových ochorení detí (najväčšia súvislosť bola preukázaná so vznikom detskej mozgovej obrny, ale tiež intelektových deficitov, porúch autistického spektra, porúch správania a pozornosti či porúch učenia).

Ďalej Štillová a Zibolen (2010) uvádzajú, že extrémne nezrelí novorodenci, s pôrodnou hmotnosťou nižšou ako 1000 g v minulosti prežívali len zriedkavo. V súčasnosti vďaka pokroku v medicíne majú viac ako 70% šancu na prežitie, avšak naďalej ostávajú najrizikovejšou skupinou. Až 30% z nich má v 1. roku života vážne zdravotné problémy. Osobitou skupinou sú novorodenci s pôrodnou hmotnosťou viac ako 1500 g, ktorí po narodení nemajú vážnejšie zdravotné komplikácie, vyžadujú len určitý čas pobytu v nemocnici pre dozretie organizmu. V porovnaní s donosenými novorodencami pri dlhodobom sledovaní sa neukazujú v ich osobnom ani sociálnom vývine či školskej úspešnosti významné rozdiely.

Medzi najčastejšie sa vyskytujúce dlhodobé ochorenia u detí s predčasným narodením v anamnéze zaraďujeme detskú mozgovú obrnu (DMO), mentálne postihnutie/retardáciu (MP/MR), hydrocefalus, poruchy sluchu či poruchy zraku.

Detská mozgová obrna (DMO) je neurologické ochorenie, ktoré má viaceré formy a postihuje človeka v rôznom rozsahu. Ovplyvňuje celkovú koordinačnú a pohybovú funkciu organizmu. Charakteristickým príznakom DMO je porucha hybnosti v dôsledku narušeného svalového napätia, alebo v dôsledku narušenej svalovo-nervovej koordinácie. Okrem poruchy hybnosti môže byť pridružená porucha mentálnych schopností, porucha správania, zmyslové postihnutie, porucha komunikačných schopností či epilepsia (Zoban, 2005; Renona-Rehabilitation, 2019).

Hydrocefalus, nazývaný tiež vodnatieľka mozgu, je u nedonosených detí najčastejšie zapríčinený upchatím odvodných kanálikov mozgovomiešneho moku po závažnom krvácaní do mozgových komôr. V prípade potvrdenia diagnózy hydrocefalus, je potrebná punkcia alebo drenážna operácia, ktorá zabezpečí odtok prebytku moku (Štillová, Zibolen, 2010).

Poruchy sluchu sú u nedonosených detí niekoľkonásobne vyššie, podľa Štillovej a Zibolena (2010) sa vyskytujú u 2 až 10% detí s pôrodnou hmotnosťou menej ako 1500 g.

Môže byť zapríčinená poruchou prevodu zvuku (zo stredného ucha do vnútorného ucha), častejšie vyskytujúca sa je však centrálna porucha sluchu, ktorá je zapríčinená poškodením sluchového nervu v dôsledku nedostatku kyslíka, vrodenej infekcie, zápalu mozgových blán alebo podania niektorých liekov.

Medzi najčastejšie komplikácie v oblasti zraku a videnia, vyskytujúce sa u predčasne narodených detí, zaraďujeme retinopatiu nedonosených (ROP). Toto ochorenie je spôsobené poruchou vývinu ciev sietnice. Predstavuje hlavnú príčinu slepoty v detskom veku v rozvojových aj rozvinutých krajinách. Incidencia u extrémne nezrelých novorodencov je pomerne vysoká a je nepriamoúmerná gestačnému veku. U detí narodených v 23. týždni tehotenstva je výskyt v 44 až 62%, v 24. týždni tehotenstva býva postihnutých 35 až 48% detí. V 25. týždni tehotenstva je výskyt ROP popísaný v 24 až 32% a u detí narodených v 26. týždni tehotenstva sa vyskytuje v 13 až 19% prípadov. Z prípadov, v ktorých sa vyvinie závažná forma ROP, má 14,5% trvalú poruchu zraku (Maťašová, 2012).

Retinopatia nedonosených má 5 stupňov, pričom s rastúcim stupňom ochorenia sa zhoršuje prognóza videnia. Gerinec (2005) a Štillová a Zibolen (2010) popisujú stupne retinopatie nasledovne:

I. stupeň – veľmi mierna porucha rastu ciev v sietnici, stav sietnice sa zväčša postupne zlepšuje, prognóza videnia je veľmi dobrá.

II. stupeň – mierna porucha rastu ciev v sietnici, v tomto štádiu sa zvykne ochorenie vo väčšine prípadov zastaviť. Dôsledkom môžu byť refrakčné chyby videnia (krátkozrakosť, ďalekozrakosť), strabizmus (škúľavosť) či amblyopia (tupozrakosť).

III. stupeň – v tomto štádiu už je pre liečbu potrebný operačný zákrok. Cievny bujnejší, rastú aj mimo sietnice. Hrozí riziko odlúčenia sietnice, ktoré trvá po celý život.

IV. stupeň – objavuje sa čiastočné odlúčenie sietnice, ktoré môže mať za následok zúženie zorného poľa. Zmeny na sietnici sú ireverzibilné a je nutný operačný zákrok k záchrane čo najväčšej plochy sietnice a zachovaniu videnia. Pokiaľ nie je zasiahnutá žltá škvrna, funkčné videnie môže byť na dobrej úrovni.

V. stupeň – úplne odlúčenie sietnice, úplná slepota. Liečba nie je možná.

Tieto a mnohé ďalšie zdravotné komplikácie môžu byť dôsledkom predčasného narodenia dieťaťa. Zdravotné ťažkosti novorodenca sťažujú vytvorenie puta medzi matkou

a dieťaťom, matka je v dôsledku strachu o svoje dieťa v permanentnom strese, čo sa odráža na jej prežívaní aj správaní.

V súčasnej dobe vidíme snahy v zdravotníctve o čo najpriateľskejší prístup k pôrodu, k rodičke a jej dieťaťu. Tieto snahy sa odrážajú v zavádzaní mnohých nových prístupov podporujúcich psychickú pohodu matky a tvorbu puta medzi ňou a jej dieťaťom. V prípade predčasných pôrodov žiaľ s ohľadom na zdravotný stav nezrelého novorodenca nie je možné tieto postupy aplikovať v takej miere, ako v bežných pôrodniciach.

## **4 Systém starostlivosti o nedonoseného novorodenca a jeho matku**

Systém zdravotnej starostlivosti o novorodenca je zabezpečený zdravotníckym sektorom. V tejto kapitole si priblížime, čo všetko tento systém zahŕňa, aké sú jeho súčasti a špecifiká s ohľadom na nedonoseného novorodenca, porovnáme systémy starostlivosti na Slovensku a v Českej republike a načrtujeme, aké je postavenie a podpora matky nedonoseného dieťaťa v procese starostlivosti o nedonosené dieťa. Ďalej uvedieme niektoré organizácie, ktoré združujú rodiny nedonosených detí a ktoré poskytujú podporu v každodennom živote.

Podľa Preambuly Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia (Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, 2006) je neonatológia medicínsky odbor, ktorý zásadným spôsobom ovplyvňuje kvalitu života novej generácie s vysokou spoločenskou, sociálnou a ekonomickou návratnosťou.

Neonatológia je medicínsky odbor, ktorý sa špecializuje na starostlivosť o novorodencov. Zameriava sa na popôrodnú adaptáciu fyziologických novorodencov, komplikácie spojené s pôrodom, na riešenie vrodených vývinových chýb dieťaťa, či starostlivosť o extrémne nezrelých novorodencov na hranici životaschopnosti (Tománková, 2006).

Podľa České neonatologickej spoločnosti (2019) je neonatológia certifikovaným odborom základného odboru pediatrie. Jej obsahom je komplexná starostlivosť o všetkých novorodencov narodených za hranicou životaschopnosti do 28. dňa života alebo do prepustenia do domácej starostlivosti. Neonatologická starostlivosť je zaradená do celku perinatologickej starostlivosti, ktorá prepája odbor pôrodníctva a odbor neonatológie. Cieľom perinatologickej starostlivosti je zabezpečiť kontinuitu starostlivosti o tehotnú ženu, plod a novorodenca.

### **4.1 Systém neonatologickej starostlivosti na Slovensku**

Systém neonatologickej starostlivosti na Slovensku upravuje Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia, ktorú vydalo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v roku 2006. Podľa tejto koncepcie má starostlivosť v neonatológii „*preventívny*

*a liečebný charakter. Je diferencovaná podľa závažnosti zdravotného stavu a perinatálneho rizika dieťaťa a centralizovaná podľa najvyššej úrovne a rozsahu činnosti neonatologických pracovísk.“ (Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia, 2006, str. 3).*

Neonatologická starostlivosť sa podľa spomínanej koncepcie realizuje nasledovne:

- a) na pôrodnej sále,
- b) na neonatologických pracoviskách,
- c) na špecializovaných pediatrických pracoviskách (v prípadoch vyžadujúcich špecifickú diagnostiku či liečbu),
- d) v ambulanciách pre deti s perinatálnou patológiou a rizikom,
- e) počas transportu novorodenca,
- f) mimo hospitalizácie (formou poradenskej služby) (Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia, 2006).

Štruktúra jednotlivých neonatologických pracovísk je daná princípmi centralizácie a diferenciacie neonatologickej starostlivosti podľa závažnosti odchýlok zdravotného stavu novorodenca. Súčasťou tejto štruktúry podľa Konceptie zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia (2006) sú:

- Úsek fyziologických novorodencov (ÚFN) – úroveň I,
- Jednotka intenzívnej starostlivosti o novorodencov (JISN) - úroveň II,
- Jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov (JRSN) – úroveň III,
- Jednotka vysokošpecializovanej starostlivosti o novorodencov (JVSN) – úroveň III+,
- Neonatologický transportný systém.

Neonatologická starostlivosť je realizovaná prostredníctvom siete neonatologických pracovísk, rozdelená do 4 stupňov podľa úrovne neonatologickej starostlivosti. Patria sem nasledovné pracoviská:

- Neonatologické pracoviská so štandardnou starostlivosťou – poskytujú bazálnu starostlivosť na úseku fyziologických novorodencov;
- Neonatologické pracoviská s intenzívnou starostlivosťou – samostatné novorodenecké oddelenia s úsekom fyziologických novorodencov a jednotkou intenzívnej starostlivosti o novorodencov;

- Neonatologické pracoviská s resuscitačnou starostlivosťou – samostatné novorodenecké oddelenia s úsekom fyziologických novorodencov, jednotkou intenzívnej starostlivosti o novorodencov a jednotkami resuscitačnej starostlivosti o novorodencov;
- Neonatologická časť perinatologických centier (Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia, 2006).

*„Perinatologické centrá zabezpečujú štandardnú, intenzívnu, resuscitačnú a vysokošpecializovanú neonatologickú starostlivosť. Na základe rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky sú zriadené v nemocniciach Bratislava, Nové Zámky, Banská Bystrica, Martin, Košice a Prešov. Ich súčasťou je 24 hodinová transportná služba. Sú najvyšším konzultačným a liečebným centrom v rámci neonatológie vo svojom spádovom území.“* (Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia, 2006, str. 11).

## 4.2 Systém neonatologickej starostlivosti v Českej republike

Pre porovnanie stručne uvádzame popis systému neonatologickej starostlivosti v Českej republike.

Česká neonatologická spoločnosť (2019) uvádza, že v Českej republike existuje trojstupňová starostlivosť o novorodenca:

- 1. stupeň zahŕňa mestské pôrodnice s novorodeneckými oddeleniami, ktoré zabezpečujú starostlivosť o zdravých donosených novorodencov, novorodencov ľahko nezrelých, ktorí sa narodili po 35. týždni tehotenstva, pokiaľ ich popôrodná adaptácia prebieha bez komplikácií;
- 2. stupeň zahŕňa perinatologické centrá intermediárnej starostlivosti (PCIMP), ktoré zabezpečujú starostlivosť o deti narodené po 32. týždni tehotenstva, prípadne v nižšom týždni, pokiaľ je ich popôrodný zdravotný stav dobrý;
- 3. a najvyšší stupeň starostlivosti o novorodenca zabezpečujú perinatologické centrá intenzívnej starostlivosti (PCIP).

Dokoupilová (2009) uvádza, že do perinatologického centra intenzívnej starostlivosti sa prevažne dostanú tie budúce rodičky, ktorých tehotenstvo bolo rizikové či inak problémové. Zabezpečujú starostlivosť o všetkých novorodencov, so všetkými stupňami

nedonosenosti. V Českej republike je zriadených 12 perinatologických centier intenzívnej starostlivosti, v Brne, v Českých Budějoviciach, Hradci Králové, Moste, Olomouci, Ostrave, Plzni, 3 centrá sú v Prahe a ďalšie v Ústí nad Labem a Zlíne.

### **4.3 Podporné aktivity a organizácie pre matky predčasne narodených detí**

Perinatologické centrá v Českej republike i na Slovensku, poskytujú vysoko profesionálnu zdravotnú starostlivosť o deti s perinatálnym rizikom. Samotný predčasný pôrod je, ako sme už uviedli v predchádzajúcich kapitolách, veľkou psychickou záťažou pre matku. Mnohé zákroky, ktoré novorodenec musí podstúpiť, neustále monitorovanie jeho životných funkcií, iné zdravotné komplikácie či celé prostredie nemocnice môžu veľmi negatívne vplyvať na psychický stav matky. Priamo v perinatologických centrách na Slovensku zvyčajne nie je zamestnaný psychológ, ktorý by sprevádzal matky prežívaním pôrodu a popôrodnými udalosťami. Matky preto v mnohých prípadoch vyhľadávajú iné organizácie, kde nájdu informácie o problematike predčasne narodených detí a tiež psychosociálnu podporu, či už odborníkov alebo iných matiek, ktoré prežili podobnú situáciu.

Rozhovor s vrchnou sestrou na Oddelení patologických novorodencov Novorodeneckej kliniky M. Rusnáka SZU a UNB, Mgr. Ľubicou Kaiserovou (osobný rozhovor 19. februára 2019) nám objasnil, akým spôsobom pristupuje personál k podpore matiek nedonosených detí. V prípade, že zdravotné sestry vnímajú, že matky veľmi náročne prežívajú súvislosti s predčasným narodením ich dieťaťa, oslovia psychologičku, ktorá pôsobí pre celú nemocnicu. Žiaľ, podľa skúseností vrchnej sestry je táto psychologička veľmi vyťažená a nemôže pružne reagovať na potreby oddelenia, keďže má objednaných iných klientov. Mnohokrát na ňu čakajú celé dni. Preto psychologickú podporu supluje práve vrchná sestra, ktorá je sama matkou predčasne narodeného dieťaťa a spoluzakladateľkou občianskeho združenia Malíčiek.

Pani Kaiserová sa vyjadrila, že vníma potrebu psychologickej podpory pre matky, aj keď oni samé ju nevnímajú a len veľmi ťažko prijímajú. Aktuálne má snahu s kolegami vytvoriť návrh na vytvorenie pracovného miesta pre psychológa, ktorý by bol k dispozícii



pre Gynekologicko-pôrodnické oddelenie, aj pre Novorodenecké oddelenie a Oddelenie patologických novorodencov (Ľ. Kaiserová, osobný rozhovor 19. februára 2019).

#### **4.3.1 Občianske združenie Malíček**

Malíček je občianske združenie pôsobiace na Slovensku, ktoré vzniklo v roku 2011 z iniciatívy rodičov predčasne narodených detí. Snaží sa byť mostom medzi rodinami a odbornou verejnosťou, aby prispeli k zlepšeniu starostlivosti o nedonosené deti a ich rodiny. Snažia pôsobiť osvetovo v problematike predčasných pôrodov, starostlivosti o predčasne narodené deti a v problematike komplexnej starostlivosti o rodiny. Medzi ciele tejto organizácie patria:

- podpora rodín s predčasne narodenými deťmi, poskytovanie informácií, poradenstva a rôznych foriem podpory rodinám v náročnej životnej situácii;
- poskytovať rodičom platformu pre zdieľanie skúseností, najnovších odborných poznatkov a informácií;
- sprostredkovať rodičom predčasne narodených detí kontakty na osoby a inštitúcie pôsobiace v tejto oblasti;
- organizovať stretnutia rodičov, príbuzných, širokej verejnosti a odborníkov na problematiku predčasne narodených detí;
- spolupracovať s odborníkmi z oblasti neonatológie, psychológie, detskej neurológie, pediatrie a pod. (Malíček, 2019).

#### **4.3.2 Služba včasnej intervencie**

Služba včasnej intervencie je podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, sociálnou službou na podporu rodiny s deťmi. Podľa §33 tohto zákona je služba včasnej intervencie poskytovaná dieťaťu do siedmych rokov jeho veku, ak je jeho vývin ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia, a rodine tohto dieťaťa. Služba môže byť poskytovaná ambulantnou aj terénnou formou v prirodzenom prostredí dieťaťa.

Na Slovensku je služba pod rezortom práce, sociálnych vecí a rodiny poskytovaná od 1. januára 2014. Od tohto roku sa postupne rozširuje sieť poskytovateľov tejto služby, či už verejných alebo neverejných (napr. neziskové organizácie). Okrem samostatne fungujúcich poskytovateľov tejto služby, vznikla tiež sieť neverejných poskytovateľov – Centrá včasnej intervencie, ktoré majú svoje pobočky v každom kraji okrem Nitrianskeho. V týchto centrách sa kladie dôraz na multidisciplinárnosť tímu poradcov na jednom mieste

(úzka spolupráca odborníkov – sociálny pracovník, psychológ, špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, fyzioterapeut a pod.). Kľúčové je tiež poskytovanie služby včasnej intervencie primárne v terénnej forme, priamo v rodine (Cangár, Krupa, Matej, Tichá, & Záhorcová, 2016).

Klientmi centier včasnej intervencie sú deti od narodenia do siedmych rokov veku, u ktorých je riziko oneskorenia či ohrozenia vývinu v dôsledku predčasného narodenia, v dôsledku vážneho zdravotného stavu či zdravotného postihnutia. V mnohých prípadoch deti v tak ranom veku ešte nemajú stanovenú presnú lekársku diagnózu, aj v takom prípade je možné poskytovať túto službu, keď pediater, neurológ či iní špecialista zhodnotí riziko oneskorenia vývinu dieťaťa. Samotná služba nie je zameraná iba na podporu vývinu dieťaťa, ale na podporu rodinného systému ako celku (E. Tichá, osobný rozhovor 23. januára 2019).

Centrum včasnej intervencie Bratislava, n. o. vďaka spolupráci s občianskym združením Malíčok, má možnosť poskytovať podporu matkám predčasne narodených detí priamo v perinatologickom centre Novorodeneckej kliniky M. Rusnáka SZU a UNB, podobné snahy majú tiež Centrá včasnej intervencie v Prešove, Košiciach a Banskej Bystrici. Táto podpora je realizovaná formou skupinových stretnutí pre matky nedonosených detí (E. Tichá, osobný rozhovor 23. januára 2019).

## **EMPIRICKÁ ČASŤ**

## 5 Výskumný problém, ciele výskumu a výskumné otázky

Prvá kapitola výskumnej časti je zameraná na popis výskumného problému, na ciele diplomovej práce a výskumné otázky. Voľba výskumného problému vychádzala z vlastného záujmu o danú problematiku.

### 5.1 Vymedzenie výskumného problému

Diplomová práca je zameraná na psychologickú podporu matiek predčasne narodených detí. Tému práce sme zvolili na základe praktických skúseností s matkami detí s rizikovým vývinom, z ktorých mnohé zažili komplikovaný pôrod a následne prežívali strach o život svojho dieťaťa. Len málo z týchto matiek pomenúva, že mala možnosť obrátiť sa v nemocnici na psychológa alebo iného pomáhajúceho pracovníka.

Problematika psychologickej podpory matiek v nemocniciach je určite veľmi aktuálna, keďže hranica prežitia nedonosených detí sa znižuje a predčasný pôrod, ako je uvedené v prechádzajúcich kapitolách našej práce, je traumatizujúcou a náročnou udalosťou a zaslúži si pozornosť odbornej verejnosti.

V našej práci sme sa zamerali na pohľad matiek, ktoré prežili predčasný pôrod svojho dieťaťa. Rovnako sme oslovili odborníkov, ktorí pracujú s matkami nedonosených detí a zisťovali sme, aká je ich skúsenosť s touto problematikou. Zamerali sme sa na zmapovanie prežívania matiek, na vplyv predčasného pôrodu na rodinu, na psychologickú pomoc matkám v nemocniciach a na faktory ovplyvňujúce proces vyrovnania sa s predčasným pôrodom.

### 5.2 Ciele výskumu a výskumné otázky

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť, *aké emócie prežívajú matky predčasne narodených detí po pôrode a s odstupom času*. Cieľom našej práce bolo tiež *akcentovať náročnosť životnej situácie*, v ktorej sa ocitli matky predčasne narodených detí a ich rodiny a *overiť, aké možnosti psychologickej podpory tieto matky majú počas hospitalizácie v nemocnici*. Ďalším cieľom našej práce bolo zistiť, *ako vplýva predčasné narodenie dieťaťa na rodinu ako celok*.

Na základe popísaných cieľov výskumu sme stanovili nasledujúce výskumné otázky:

V.O.1: *Čo prežívajú matky predčasne narodených detí tesne po pôrode?*

V.O.2: *Čo prežívajú matky predčasne narodených detí pred prepustením dieťaťa do domácej starostlivosti?*

V.O.3: *Aké sú možnosti psychologickej podpory matiek predčasne narodených detí priamo v nemocniciach?*

V.O.4: *Ako ovplyvňuje predčasný pôrod život rodiny, chod domácnosti a prežívanie členov rodiny?*

V.O.5: *Aké sú faktory vplyvajúce na prijatie a spracovanie situácie predčasného pôrodu u matiek?*

## **6. Metodologický rámec výskumu, výskumný súbor a získavanie dát**

V tejto kapitole popíšeme metodológiu výskumu, výskumný súbor a kritéria, podľa ktorých sme ho zvolili a realizáciu výskumu.

### **6.1 Metodologický rámec výskumu**

Vzhľadom na citlivú povahu problematiky sme pre spracovanie výskumu zvolili kvalitatívny prístup. Podľa Miovského (2006) je kvalitatívny prístup určitým rámcom, ktorý využíva pre potreby výskumného šetrenia kvalitatívne metódy. V niektorých definíciách býva kvalitatívny prístup stavaný do protikladu s kvantitatívnym, pričom ako hlavný rozdiel sa uvádza nepoužívanie štatistických metód.

Miovský (2006) ďalej uvádza základné charakteristiky kvalitatívneho prístupu, medzi ktoré zaraďuje jedinečnosť, neopakovateľnosť, procesualnosť, dynamiku, kontextuálnosť a reflexivitu.

Šuráňová (2013) popisuje, že pri kvalitatívnom prístupe je dôležité dbať na fakt, že sa jedná o stretnutie dvoch strán. Výskumníka, ktorý má o tému záujem a respondenta so svojou jedinečnou skúsenosťou. Skúsenosť matiek nedonosených detí je hlavným predmetom našej práce, preto sme zhodnotili, že kvalitatívny prístup je vhodný pre uchopenie nami skúmaného fenoménu.

### **6.2 Metódy získavania dát**

Pre potreby nášho výskumu sme ako hlavnú metódu zberu dát zvolili *metódu pološtruktúrovaného rozhovoru*. Pri tomto type rozhovoru sa držíme vopred pripravenej štruktúry. Je dôležité prebrať jednotlivé témy rozhovoru, avšak výskumník môže v prípade, že to uzná za vhodné, poradiť otázok a ich formuláciu meniť tak, aby naviazal na jazyk respondenta. To umožňuje, aby bol priebeh rozhovoru uvoľnený a nenásilný. Respondent má priestor formulovať vlastné postoje a rozširovať rozhovor o témy, ktoré sú preňho dôležité. Medzi ďalšie výhody zaraďujeme možnosť výskumníka klásť neplánované doplňujúce otázky, ktoré mu môžu pomôcť prehĺbiť výskum a lepšie porozumieť situácií, ktorú respondent prežíva (Miovský, 2006).

Metódu rozhovoru sme doplnili o metódu pozorovania. Pozorovali sme momentálny stav respondentov a neverbálne prejavy, vďaka ktorým sme mohli lepšie pochopiť prežívanie a vnútorný svet respondentov. Sledovali sme nie len vizuálne prejavy, ale tiež sluchové a pocity (Hendl, 2005).

### **6.3 Charakteristika výskumného súboru**

Pre potreby nášho výskumu sme zvolili dve skupiny respondentov. Prvou skupinou boli matky predčasne narodených detí, druhou odborníci poskytujúci podporu matkám nedonosených detí v nemocniciach. Zvolili sme metódu zámerného výberu, vzhľadom na citlivosť problematiky.

Stanovili sme dve kritériá výberu respondentov – matiek. Prvým kritériom bolo, aby to boli matky nedonosených detí, teda detí narodených pred 37. týždňom tehotenstva. Ako druhé kritérium sme zvolili vek dieťaťa do 5 rokov. Na základe prvého kritéria sa nám podarilo získať 12 respondentov. Uplatnením druhého kritéria výberu sme zúžili počet respondentov na 10.

Pre skupinu respondentov – odborníkov sme zvolili kritérium výberu, aby poskytovali podporu matkám priamo v nemocnici. Pôvodne pri prvotnom oslovení odborníkov sme mali stanovené kritérium, aby vzdelaním boli psychológovia. Pri oslovení odborníkov sa však ukázalo, že podporné činnosti pre matky robia aj iní odborníci pomáhajúcich profesií, preto sme toto kritérium výberu pozmenili na pracovníkov v pomáhajúcich profesiách. Uplatnením týchto kritérií výberu sa nám podarilo získať 4 respondentov.

### **6.4 Popis realizácie výskumu**

Výskum sme realizovali na Slovensku. Samotnú realizáciu výskumu sme rozdelili do niekoľkých etáp. Pred samotným začatím prác súvisiacich s výskumom sme si našťudovali príslušnú odbornú literatúru, výskumy a publikácie venujúce sa problematike psychologickej podpory matiek predčasne narodených detí. Na základe vlastných skúseností s problematikou a získanými odbornými informáciami sme v septembri 2018 stanovili výskumný problém.

V priebehu októbra a novembra 2018 sme formulovali cieľ výskumu a výskumné otázky. Zároveň sme formulovali základné kritériá výberu výskumného súboru. Následne sme kontaktovali príslušné organizácie a inštitúcie, konkrétne perinatologické centrá na Slovensku, Centrá včasnej intervencie a Malíček. Na základe informácií, ktoré nám poskytli, sme zvolili metódu zámerného výberu respondentov a začali sme formulovať otázky pre obe skupiny respondentov – matky a odborníčky. Bolo potrebné vytvoriť dve predlohy rozhovorov. V rámci oboch predlôh sme najprv zostavili okruhy otázok, následne jednotlivé otázky. Predlohy otázok pre matky aj pre odborníkov sú uvedené v prílohách (Príloha 1, Príloha 2). Otázky sme formulovali tak, aby sme dokázali hlbšie pochopiť problematiku z viacerých uhlov pohľadu.

V priebehu januára 2019 sme realizovali jednotlivé rozhovory, paralelne sme rozhovory aj transkriptovali zo zvukového záznamu do textovej podoby. Ukážku prepisu rozhovoru s matkou aj odborníkom uvádzame v prílohách (Príloha 3, Príloha 4). Zber dát sme ukončili druhý februárový týždeň. Následne sme začali dáta analyzovať a vyhodnocovať. Pôvodne sme zvolili ako metódu analýzy dát metódu vytvárania trsov, avšak pri analyzovaní rozhovorov s matkami sme pristúpili ku zmene metódy na interpretatívnu fenomenologickú analýzu. Rozhovory odborníkov sme analyzovali pomocou metódy vytvárania trsov.

## **6.5 Metódy spracovania a analýzy dát**

Za metódu spracovania dát získaných rozhovormi s matkami sme zvolili interpretatívnu fenomenologickú analýzu (IPA). Šuráňová (2013) uvádza, že IPA je vhodnou metódou pre získanie vhľadu do skúseností iných osôb alebo celých skupín. Táto metóda je charakteristická hľadaním jedinečnej skúsenosti človeka a toho, akým spôsobom je táto skúsenosť prežívaná. Výskumník fenomenologicky skúma skúsenosť konkrétneho človeka z jeho vlastnej perspektívy a zároveň si uvedomuje svoju vlastnú rolu a pohľad na problematiku (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Podľa Smitha (2004) je metóda IPA postavená na troch základných pilieroch – fenomenológii, hermeneutike a idiografickom prístupe. Spája prvotné skúmanie skúsenosti jednotlivca a následný pohľad výskumníka. Najčastejšie používanou metódou zberu dát v IPA je pološtruktúrovaný rozhovor. Pri analýze v IPA je možné zvoliť si z dvoch postupov. Prvým je použiť témy, ktoré vzišli z prvej analýzy k orientácii v ďalších



prípadoch. Druhým je možnosť analyzovať každý nasledovný prípad samostatne vrátane identifikácie tém (Fade, 2004). Napriek tomu, že v súčasnosti sa uprednostňuje druhý spôsob, pri našej práci sme zvolili prvý spôsob, z dôvodu časovej náročnosti druhého spôsobu a podobnosti tém, ku ktorým sa respondenti vyjadrovali. Samostatne sme zanalyzovali 3 rozhovory, v ktorých sme identifikovali podobné témy. Následne sme tieto témy aplikovali pri analýze ostatných rozhovorov.

Analýzu sme realizovali podľa odporúčaného postupu podľa Smitha, Flowersa a Larkina (2009). Na začiatku procesu analýzy sme realizovali reflexiu vlastnej skúsenosti výskumníka so skúmanou problematikou. Potom sme prešli na etapu čítania a opakovaného čítania prvého rozhovoru. Spísali sme počiatočné poznámky a komentáre, ktoré nám umožnili zachytiť všetko, čo je v texte významné a zaujímavé. Rozvíjali sme vznikajúce témy z našich poznámok, čím sme sa snažili redukovať objem dát a našich poznámok. Predchádzajúce poznámky sme pretavili do výstižných tém, ktorými sme sa snažili zachytiť esenciálnu kvalitu respondentovej skúsenosti. Následne sme hľadali súvislosti naprieč témami, čím sa nám podarilo zmapovať vzájomné prepojenie tém a vylúčiť niektoré z tém.

Tieto fázy sme realizovali pri prvých 3 rozhovoroch. Pri ostatných sme realizovali čítanie a spísanie komentárov a poznámok, ktoré sme následne priradili k už popísaným témam z predchádzajúcich rozhovorov, nevytvárali sme nové témy. Na záver sme hľadali spoločné prepojenia medzi jednotlivými rozhovormi.

Rozhovory s odborníkmi sme analyzovali pomocou metódy vytvárania trsov. Podľa Miovskeho (2006) táto metóda slúži k zoskupeniu a konceptualizácii určitých výrokov do skupín podľa určitej charakteristiky, napr. rozlíšenia určitých javov, miesta atď. Tieto skupiny či trsy by mali vzniknúť na základe určitých podobností. Vznikajú tak všeobecnejšie, induktívne sformované kategórie.

## **6.6 Etické problémy**

Vzhľadom na citlivú povahu problematiky, na ktorú sme sa vo výskume zameriavali, bolo potrebné ošetriť viaceré etické problémy, ktoré mohli vystať.

### **Mlčanlivosť a anonymita**

Respondentky boli pred začatím rozhovoru informované o zásadách mlčanlivosti. Respondentkám sme zaručili, že žiadne osobné a identifikačné údaje nebudú zverejnené. Z toho dôvodu sme neuvádzali mená respondentiek a členov rodiny ani názov nemocníc, v ktorých rodili a následne boli hospitalizované ich deti.

### **Zoznámenie s výskumom**

Pri prvej komunikácii s respondentkami a aj následne pred začiatkom rozhovoru sme respondentky oboznámili s našim výskumom. Popísali sme im priebeh rozhovoru a témy, ktorým sa budeme venovať.

### **Dobrovoľnosť**

Účasť na rozhovoroch bola dobrovoľná. Respondentky boli oboznámené s možnosťou kedykoľvek v priebehu výskumu ukončiť našu spoluprácu, keď by to tak uznali za vhodné. Mali možnosť nevyjadriť sa k otázkam, ku ktorým sa vyjadriť nechceli.

## 7 Analýza a interpretácia získaných dát

V rámci tejto kapitoly uvádzame analýzu rozhovorov s matkami podľa metódy IPA a s odborníkmi podľa metódy vytvárania trsov.

### 7.1 Analýza a interpretácia rozhovorov s matkami

Respondentky – matky sme označili písmenom M (matka) a číslom od 1 do 10.

#### ROZHOVOR S RESPONDENTKOU M1

Respondentka M1 porodila svoje dieťa v 29. týždni tehotenstva. Bolo to jej prvé tehotenstvo aj pôrod. Tehotenstvo bolo plánované a vytúžené. K počatiu prišlo pomocou metódy asistovanej reprodukcie. Bolo rizikové, v dôsledku počatia za pomoci asistovanej reprodukcie a z dôvodu dvojplodového tehotenstva. Jej skúsenosť s predčasným pôrodom ilustruje nasledujúcich 6 tém.

##### 1. Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia

Respondentka M1 popísala svoje tehotenstvo takto: *„Celých 26 týždňov tehotenstva to bolo bezproblémové dvojplodové tehotenstvo, kým v 26. týždni tehotenstva nezistili retardáciu druhého plodu, ktorý následne v 27. týždni tehotenstva umrel na zlyhanie srdca. Druhý plod vydržal len do 29+5 týždňa tehotenstva, kedy bolo tehotenstvo ukončené akútnou sekciou z dôvodu utopenia plodu v plodovej vode a následne bolo dieťa dlho oživované, čo sa úspešne podarilo, avšak s vážnymi dôsledkami. Malý má ťažké poškodenie mozgu.“*

Vo výpovedi vnímame isté „odpojenie“ od emócií, matka len štruktúrovane popísala, ako tehotenstvo prebiehalo.

Respondentka má za sebou veľmi náročnú skúsenosť, kedy po vytúženom otehotnení došlo k úmrtiu jedného z detí ešte počas tehotenstva a druhé dieťa muselo byť hneď po pôrode oživované. Respondentka v spomienkach uviedla, že chybou zdravotnej sestry bol ohrozený život druhého dieťaťa: *„Chybou zdravotnej sestry na oddelení rizikovej gravidity, ktorá ma dala neskoro na monitor, umrelo moje dieťa v pôrodnom boxe a následne som bola urgentne prevezená na pôrodnú sálu, kde mi z tela vybrali dve mŕtve*

detičky. Jedno bolo mŕtve už dva týždne tehotenstva a druhé sa našťastie podarilo po dlhom čase oživiť, čo však má negatívne zdravotné dôsledky.“

Stav dieťaťa po pôrode bol vážny. „Lekári mu dávali maximálne 24 hodín života.“

## 2. Starostlivosť o dieťa

Matky majú zvyčajne pred prepustením z nemocnice za úlohu naučiť sa základné kroky a úkony starostlivosti o svoje dieťa. V prípade predčasného pôrodu je však táto úloha matiek ovplyvnená zdravotným stavom dieťaťa. Matky sa postupne učia, ako dieťa nakŕmiť, prebaľiť, polohovať v inkubátore a pod. Veľká časť starostlivosti o nedonoseného novorodenca je ponechaná na zdravotných sestrah, čo v matke môže vzbudzovať pocit, že nevie ako sa o svoje dieťa postarať.

Respondentka M1 spomínala na starostlivosť o svoje dieťa v nemocnici takto:

*„Drobca som mala možnosť navštevovať kedykoľvek počas dňa. Chodila som za ním 2x denne, kedy som mu priniesla odsaté materské mlieko, mala som možnosť prebaľovať ho, klokankovať, polohovať v inkubátore, učiť sa kŕmiť, kŕmiť ho cez nosovú sondu, neskôr pomocou fľaše a cumľa. Prvé dni mi dieťa vyberali z inkubátora zdravotné sestry, neskôr som bola zaučená, ako dieťaťko bezpečne vyberať z inkubátora a ako ho tam opätovne vrátiť.“*

Tu už matka hovorila o svojom dieťati s emóciami, pomenovala ho Drobec či dieťaťko. Vnímam, že práve počas starostlivosti o svoje dieťa matka prebúdzajú svoje inštinkty a má priestor budovať vzťah k svojmu dieťaťu. Veľmi tomu pomáha aj klokankovanie, ktoré okrem mnohých zdravotných benefitov pre samotné dieťa má veľký význam aj pre matku.

*„Prvýkrát mi bol malý vyložený z inkubátora na klokankovanie až siedmy deň po pôrode. Bol to ten najkrajší pocit na svete. Klokankovala som každú možnú chvíľu a to aj po prepustení z nemocnice do domáceho prostredia. Dalo by sa povedať, že sa „klokankujeme“ dodnes, túlime a „mojkáme“ sa, ako aj drobca nosíme v ergonomickom nosiči.“*

Po prepustení z nemocnice do domáceho prostredia môže byť starostlivosť náročná, v závislosti na tom, ako je na tom dieťa po zdravotnej stránke. Spravidla nedonosené deti musia prijímať viacero medikamentov, rovnako je v mnohých prípadoch potrebné

rehabilitovať či navštevovať rôznych odborníkov. Respondentka M1 spomína na toto obdobie nasledovne:

*„Dni po prepustení boli krásne a zároveň náročné. Museli sme si nájsť „spoločnú reč“ a nastaviť sa na režim. Nespali sme cez deň a ani v noci. Tým, že sa narodil drobček ťažko postihnutý sme okrem klasických povinností novorodičov, museli absolvovať aj návštevy odborných ambulancií ako aj rehabilitačného centra, kde sme chodili cvičiť Vojtu. Cvičili sme aj doma 4x denne. Mali sme veľmi náročný program.“*

### **3. Prežívanie matky**

Respondentka M1 popísala, že obdobie pôrodu a hospitalizácie bolo pre ňu *„najkrajšie a zároveň najhoršie obdobie života.“* V prvých dňoch po pôrode prežívala *„dni plné strachu o život synčeka, ktorý vo veľmi kritickom stave bojoval v inkubátore o svoj život. Zároveň to boli dni plné šťastia a radosti, lebo som sa stala mamou. Porodila som si najväčšiu lásku svojho života. Taktiež som sa cítila odhodlaná urobiť pre drobca maximum, aby bol šťastný a mal s nami pekný život.“*

V prvých dňoch po pôrode naša respondentka prežívala ambivalentné pocity, hlavne strach o život syna, tiež však radosť z toho, že sa stala mamou: *„Milovala som ho od prvého momentu ako som ho uvidela. Bol tak krásny, tak drobný a krehký...“*

Respondentka priznáva, že jej veľmi sťažoval spracovať a zvládnuť celú situáciu prístup personálu v nemocnici. *„Lekári a ostatný zdravotný personál, ktorý nás miesto pomoci deptal, ponižoval a znevažoval. Vždy pre nás mali len zlé správy a všetko, čo sme robili hodnotili negatívne. Mávala som pocit, že som tou najhoršou matkou na svete.“* Téma komunikácie zdravotníckeho personálu k pacientovi je veľmi široká. Táto respondentka má zlú skúsenosť, ktorá sa prejavila na jej prežívaní a vnímaní či prijatí identity dobrej matky.

Po štyroch dňoch po pôrode bola matka prepustená z nemocnice, jej dieťa však ostalo naďalej hospitalizované. *„Rátala som dni, kedy si ho budem môcť konečne zobráť domov. Vždy, keď som sa vrátila z nemocnice do prázdneho bytu, rozplakala som sa. Ja som bola doma, ale moje dieťa bolo stále v nemocnici, samé bez svojej mamy. Ja zas bez neho. Noc bola najhoršia, nemohla som spať, lebo som stále myslela na to, čo asi robí moje dieťa, či sa k nemu správajú sestričky pekne, či nehladuje, či je prebalený...“* Bolo pre matku

náročné, nechať svoje dieťa v nemocnici a vrátiť sa domov, nebyť pri ňom stále, vo dne v noci.

Pred prepustením dieťaťa z nemocnice bola respondentka plná očakávaní. Nevedela, čo ich doma čaká. *„...bola som odhodlaná všetko zdolať. Veľmi som sa tešila, že môj drobček bude konečne pri mne a už mi ho nikto nezoberie so slovami „mamička prosím vráťte dieťaťko do inkubátora, už je čas ísť domov“... Vždy mi to trhalo srdce.“*

S odstupom času 39 mesiacov od pôrodu je respondentka pri spomienkach plná emócií. *„...nie sú vždy pozitívne. Snažím sa na to zlé zabudnúť a myslieť len na to dobré, čo je však niekedy veľmi ťažké. Nevieť sa stále odosobniť a nezaujato hodnotiť celé to bláznivé, dobro-zlé obdobie. Možno časom.“* Svoje emócie respondentka popisuje ako zmiešané.

V spomienkach na obdobie tesne po prepustení dieťaťa z nemocnice respondentka hodnotí: *„Bolo to obdobie plné všetkého, lásky, emócií, strachu, obáv, odhodlania, chuti bojovať, prehodnocovania nášho vzťahu, života, ...“*

#### **4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu**

Respondentka M1 žije v manželstve už 14 rokov. Dlhú dobu sa s manželom pokúšali o dieťa. Z pohľadu respondentky vnímal jej manžel predčasný pôrod takto: *„Bol šťastný, že sa konečne stal otcom. Mal však veľké obavy, ako to všetko zvládne, či dokáže byť dobrým otcom nášmu špeciálnemu dieťaťku, či bude naďalej dobrým manželom, či mi bude vedieť pomôcť a byť mi oporou, keď to budem potrebovať. A rovnako ako ja, aj on sa nevedel dočkať, kedy si konečne drobca donesieme domov. Hodiny dokázal sedieť pri postieľke a pozorovať drobca ako sladko spinká.“*

Predčasný pôrod ovplyvnil aj chod a fungovanie rodiny. Naša respondentka to popísala nasledovne: *„Smrť malej, predčasný pôrod, náročná starostlivosť o nášho inak obdareného synčeka nás s manželom viac spojila a zocelila. Samozrejme boli, sú a aj budú dni, kedy dôjde ku konfliktom medzi nami z dôvodu vyčerpania, frustrácie a večného boja s prírodou, okolím, lekármi, diagnózami a zlými prognózami pre nášho jediného milovaného syna.... Do zabehnutej domácnosti prišiel nový člen, ktorý vyžadoval 24 hodinovú nadštandardnú starostlivosť, ktorú sme sa mu snažili poskytovať pri enormnom nedostatku spánku a sebarealizácie. Trvalo nejaký čas, kým sme si zvykli*

*a naučili sa, že niektoré veci musia ísť bokom. Donútilo nás to prehodnotiť predošlý spôsob života a naučilo určovať si priority.“*

Čo sa týka širšej rodiny, vnímanie bolo podľa respondentky rôzne. *„Jedni plakali a báli sa spolu s nami, druhí to brali „športovo“ a mali veľké očakávania, čo sa malého budúcnosti a zdravia týka.“*

## **5. Odborná pomoc a podpora okolia**

Úmrtie jedného dieťaťa a predčasné narodenie druhého dieťaťa bolo pre našu respondentku podľa jej slov najhorším obdobím jej života. Okrem samotnej náročnej životnej situácie, jej prežívanie sťažoval aj personál nemocnice svojou komunikáciou a prístupom. Napriek situácii, v ktorej sa respondentka ocitla, v nemocnici jej neponúkli možnosť osloviť psychológa, s ktorým by mohla zdieľať svoje aktuálne pocity. *„Žiaľ, táto možnosť mi nebola ponúknutá, čo ma vzhľadom na moju situáciu dosť prekvapilo a prekvapuje ma to dodnes.“* Uviedla, že ak by mala možnosť porozprávať sa so psychológom, určite by túto možnosť využila. *„Problém by sa tak podchytil hneď na začiatku a mohla som sa tak neskôr vyhnúť výkyvom nálad, emócií a frustrácii.“*

Respondentka po istom čase od pôrodu, keď už boli so synom doma z nemocnice, oslovila Centrum včasnej intervencie, ktoré má vo svojom tíme psychológa. *„Mala som možnosť hovoriť so psychológom až po začiatku spolupráce s CVI, kedy bola pani psychologička priamo u nás doma. Absolvovala som 2-3 stretnutia, kde mi bolo odporúčené navštevovať pravidelne psychologickú ambulanciu. Doteraz som žiaľ na to čas nemala. V najbližšej dobe však zvažujem navštevovať psychologickú ambulanciu pravidelne a konečne sa dať v tomto smere riadne dokopy, nakoľko doteraz na nejaké pravidelné stretnutia nebol čas, a to z dôvodu dlhodobo nepriaznivého stavu drobca.“*

Napriek odporúčeniu, respondentka zatiaľ neoslovila psychológa, s ktorým by pracovala na pravidelnej báze. Má to však v pláne.

Keby respondentka mala spätne možnosť zúčastniť sa skupinových stretnutí pre matky predčasne narodených detí priamo v nemocnici počas hospitalizácie, určite by to využila. *„Niet na to, podeliť sa o svoje obavy a pocity aj s inými matkami, ktoré si prechádzajú tým istým.“*

Okrem odbornej podpory Centra včasnej intervencie bol respondentke najväčšou oporou v tomto období jej manžel a jej matka. *„Manžel, ktorý sa aj dnes ponáhľa z práce*

*domov len aby bol s nami. Veľkou oporou mi bola aj moja mamina, ktorá je pracujúca a býva ďaleko, ale vždy je tu pre mňa na telefóne a vždy, keď to jej práca a okolnosti dovoľujú, príde aj s ocinom a starajú sa nám o drobca. Prípadne nás pobalím a ideme k nim my. A vďaka nim si oddýchneme a máme možnosť tráviť čas aspoň chvíľu ako dvojica.*“ Respondentka ďalej spomenula, že s prejavujúcimi sa zdravotnými dôsledkami predčasného narodenia a krvácania do mozgu u jej syna, strácajú oporu zo strany jej svokrovcov. *„Kým bol malý ešte bábätko a nebolo ešte evidentné, že je ťažko postihnutý, chodili nám pomáhať kočikovaním aj svokrovcí, ktorí od nás bývajú neďaleko. Ako však drobce rastie a pribúdajú diagnózy, intenzita ich návštev a pomoci sa znižuje.“*

Respondentka tiež kontaktovala iné matky predčasne narodených detí, s ktorými si vzájomne poskytujú oporu. *„Po pôrode som bola v kontakte s maminami, s ktorými sme sa zoznámili počas pobytu na oddelení rizikovej gravidity alebo neskôr na oddelení rizikových novorodencov. Niektoré priateľstvá stále pretrvávajú a sme v kontakte, iné skončili. Som tiež členkou facebookovej skupiny určenej rodičom predčasne narodených detičiek, ako aj skupiny pre inak obdarené detičky.“* Respondentka vníma benefity byť súčasťou komunity matiek s podobným „osudom“. *„Je skvelý pocit vedieť, že v tom nie ste sama a s ostatnými mamičkami sa navzájom podporujeme, povzbudzujeme, radíme sa, držíme si navzájom palce v našich bojoch, pomáhame si a aj si spolu poplačeme.“*

## **6. Čo by pomohlo?**

Respondentka jasne zhodnotila, čo sa jej v starostlivosti o nedonosené dieťa a jeho matku zdá nedostatočné. Podľa nej to je informovanosť. *„Rozhodne chýba riadna informovanosť na oddelení rizikovej gravidity a to hlavne pre matky prvorodičky. Ste v cudzom prostredí sama, plná otázok, emócií a hormónov, a zdravotný personál sa k Vám správa, ako by ste im boli na obtiaž. Keď sa chcete niečo, čokoľvek opýtať, odbijú Vás bez akejkoľvek odpovede na Vaše otázky.“*

Okrem informovanosti by chcela, aby na pôrodných sálach boli nainštalované kamery, *„...aby existoval videozáznam z pôrodu a nie len papierové záznamy, ktoré sa dajú sfalšovať a použiť v prípade problémov proti matke.“* Respondentka bližšie neodôvodnila tento návrh, nechcela o ňom viac hovoriť.

Na záver respondentka uviedla: *„Problematike predčasných pôrodov by sa malo venovať viac pozornosti. Matky by automaticky mali dostať pomoc psychológa a personál*



*oddelenia rizikovej gravidity, pôrodnice, oddelenia šestonedelia by mal pravidelne absolvovať komunikačné kurzy.“*

Z tohto rozhovoru vnímať, že respondentka má veľmi negatívny zážitok so zdravotníckym personálom a pravdepodobne stratila dôveru v zdravotnícky systém. Napriek tomu, že ich syn má vážne zdravotné dôsledky po predčasnom narodení, respondentka bojuje a robí všetko pre to, aby mu dopriala čo najplnohodnotnejší život. Veľkú oporu má vo svojom manželovi a rodičoch.

## **ROZHOVOR S RESPONDENTKOU M2**

Respondentka M2 porodila v 26. týždni tehotenstva. Bolo to tretie tehotenstvo aj tretie dieťa. Počala prirodzene. Na otázku, či bolo tehotenstvo plánované s úsmevom odpovedala: *„Raz bolo v pláne.“* Tehotenstvo bolo rizikové. Z rozhovoru sme zoskupili nasledujúcich 7 tém.

### **1.Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia**

Respondentka M2 prežívala tehotenstvo veľmi náročne. Zdravotné komplikácie a rizikovosť tehotenstva popísala takto: *„Rizikové bolo od začiatku. Krvácanie prítomné niekoľkokrát, odtečenie plodovej vody v 17. týždni tehotenstva... Boj o život dieťaťa. Zárok amniopatch, čo je plátanie plodových obalov, ktorý sa nevydaril. 9 týždňov brania antibiotík a ležania s podloženým zadkom... Asi tak.“* Okrem strachu o plod bolo pre respondentku náročné dlhodobé povinné ležanie.

Pôrod prebehol sekciou. Respondentka spomínala na udalosti pred pôrodom so silnými emóciami v hlase. *„Bol to akútne cisársky rez, pred ktorým ma pripravili na situáciu, že to dieťa pravdepodobne neprežije, ešte sme aj museli podpísať akési papiere, tuším o neresuscitovaní.“*

Stav dieťaťa po pôrode bol veľmi vážny. *„...dieťa bolo niekoľko týždňov na JIRS v ohrození života, prekonalo 2x sepsu, silné krvácanie do mozgu, prešlo niekoľkokrát transfúziou krvi.“*

Obdobie pred pôrodom ani počas neho nebolo pre respondentku jednoduché. Pri popisovaní prežívala silné emócie. Hospitalizovaná bola 2 týždne, jej dieťa 98 dní.

## 2. Starostlivosť o dieťa

Respondentka popísala možnosti podieľania sa na starostlivosti o svoje dieťa počas hospitalizácie takto: *„Na JIRS sme mohli dieťa chodiť len raz či dvakrát denne pozerat' a hladkat', neskôr klokankovať. Neskôr na "patologických novorodencoch" sme už mohli prebaľovať, krmiť sondou či z fľaše, neskôr kúpať, cvičiť.“* Postupne so zlepšovaním zdravotného stavu dieťaťa mohli rodičia viac participovať na starostlivosti o svoje dieťa.

Matka popísala, že mala možnosť klokankovať svoje dieťa. *„Áno, klokankovala som. Dieťa bolo zrazu "zhmotnené", viac reálne. Už to nebol len malý balíček v inkubátore, ale naše dieťa, ktoré dýchalo, veľmi nás potrebovalo.“* Klokankovanie má mnohé benefity pre dieťa aj matku či otca, jedným z nich je aj budovanie vzťahu medzi nimi. Aj naša respondentka M2 vnímala, že pri klokankovaní si uvedomila puto medzi ňou a dieťaťom a vzájomnú potrebu blízkosti.

Prepustenie z nemocnice môže byť pre rodičov z hľadiska starostlivosti o svoje dieťa veľmi náročné, hlavne v prípadoch, kedy má dieťa zdravotné problémy. Odrazu tam nie je zdravotnícky personál, ktorý by im pomohol v krízových situáciách. Prepustenie z nemocnice môže sprevádzať strach či obavy. *„Dcéрка bola veľmi maličká, krehká, málo papala. Mala som strach, ako všetko doma zvládneme. Pár dní po prepustení doma ochorela a skončili sme hneď hospitalizovaní na pľúcnom oddelení, kde sa im nepáčili jej saturácie, tak nás po týždni prepustili domov, ale opäť s kyslíkom. Na domácej oxygenoterapii bola ešte 3 mesiace.“*

Starostlivosť o dcéрку bola veľmi náročná. Respondentka M2 na toto obdobie spomína spätne takto: *„Prišli problémy s kyslíkom, s jedením, s cvičením Vojtovky, nevedeli sme čo a ako. Do toho neustále lekárske vyšetrenia, bol to veľký stres, ktorý časom opadol, keď sme sa zabehali.“* Zladiť všetky náležitosti starostlivosti o dcéрку bolo pre túto rodinu spočiatku náročné a stresujúce.

## 3. Prežívanie matky

Ako vyplýva z priebehu tehotenstva a pôrodu, toto obdobie bolo pre respondentku M2 psychicky aj fyzicky náročné. Zdravotný stav dieťaťa po pôrode bol kritický, lekári pripravovali matku na najhoršie, na prípad, že dieťa neprežije.

Hneď po pôrode respondentka popísala situáciu takto: *„Dieťa hneď odniesli, preto som si ešte na sále myslela, že je koniec, nič mi nepovedali. Až sa zrazu otvorilo okienko*

*a spýtali sa ma "maminka, máte dievčatko, ako sa bude volať"? Bol to totálny šok, keďže dovtedy všetci tvrdili, že to bude chlapec a mali sme pripravené len chlapčenské mená. Tak som čosi povedala a po pár sekundách som si v šoku nevedela spomenúť, aké meno som jej dala. Tiež som si však uvedomila, že žije. A to bolo pre mňa veľmi dôležité. Bála som sa zároveň aké bude mať postihnutia, keďže ma nimi dlho strašili, a ako to zvládneme."* Respondentka pomenovala, že prežívala šok v súvislosti s tým, že sa im narodila dcérka. Mala strach o jej život, o zdravotné dôsledky a obavy, či to všetko zvládnu.

Respondentka spomínala na obdobie po pôrode so silnými emóciami. *„Bolo to veľmi náročné obdobie. Obidve sme boli v ohrození života. Každá na inom oddelení, odlúčené od seba. Len som čakala, kedy mi kto povie zlú správu.“* Vymenovala, že prežívala konkrétne: *„Strach, vyčerpanosť, možno až depresiu.“*

Vnímanie svojho dieťaťa môže byť v prostredí nemocnice v situácii ohrozenia života veľmi skreslené. Až postupne sa vytvára puto medzi matkou a dieťaťom, pri úkonoch starostlivosti, pri kľokankovaní, pri zdieľaní spoločného času. Naša respondentka prežívala silné emócie, ktoré zhoršovali správy a vyjadrenia lekárov. *„Zo začiatku mi nedochádzalo, že toto je moje dieťa. Čím viac som za ním chodila, tým viac sa budoval vzťah. Bála som sa, že to neprežije. A potom reči doktorov, že by bolo lepšie keby neprežila, to bola rana pod pás. Všetci tvrdili aká som silná, ale stále som len revala, aj pri malej pri inkubátore. Bol tam obrovský strach, že to nezvládne.“*

Pred prepustením z nemocnice prežívala respondentka obavy, či to doma zvládnu. Postupom času si našli spoločný systém fungovania, napriek zdravotným problémom či domácej oxygenoterapii. Respondentka vníma, že celý priebeh pôrodu, všetko čo spolu prežili ju zmenilo. *„Som viac úzkostlivá, stále malú sledujem, viac sa o ňu bojím.“*

Spätne, s odstupom času hodnotí obdobie ako *„...fyzicky aj psychicky ako veľmi náročné...“* Pociťuje úľavu, ktorú popísala slovami: *„Vďaka Bohu, že sme to prežili.“*

#### **4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu**

Respondentka M2 popísala, že vplyv predčasného pôrodu a hlavne jeho dôsledky na zdravie dcéry boli veľké: *„Všetko sa zrazu začalo točiť okolo malého prírastku. Domáci kyslík, cvičenia, po pár mesiacoch sťahovanie. Bolo náročné všetko zvládať, ale konečne tu bola aj úľava, že dieťa to zvládlo, najhoršie má za sebou, že teraz už musíme zabojovať my,*

aby z nej "niečo bolo". Všetci sa tomu podriadovali a pomáhali ako sa dalo, vrátane starých rodičov. " Rodinný život sa musel prispôbiť novému členovi rodiny.

Spomína, že náročný bol hlavne manažment celého rodinného života, kde okrem nej, dcéry a manžela boli ešte dvaja starší (ale stále malý) synovia, ktorí rovnako potrebovali svoju mamu. „Bolo náročné zladiť rodinný život so staršími deťmi s dieťaťom, ktoré malo byť zavreté len doma. K tomu behačky po lekároch, rozvoz RZP, bolo to fyzicky aj psychicky náročné.“

Manželovo prežívanie popísala slovami: „*Strach, strach a strach. Ale zároveň bol silný a stále tvrdil, že spolu to zvládneme.*“

Spomínala tiež, ako prežívali narodenie sestry starší súrodenci: „*Bolo to pre nich abstraktné dieťa, ktoré žilo kdesi v nemocnici dlhé 3 mesiace a keď prišlo domov, tak sa tešili a dosť pomáhali. Chápali, že všade so sebou nosíme kyslík. Vraveli sme im, že dcérka nie je zdravá a ešte nevieme ako na tom bude, ale že ju máme radi a myslím, že k nej celú dobu pristupujú takým normálnym spôsobom, až starostlivosťou.*“ Rodičia museli svojim deťom vysvetliť, prečo je starostlivosť o dcérku iná a v istých ohľadoch špeciálna či náročnejšia.

Aj starí rodičia a širšia rodina prežívala predčasný pôrod veľmi citlivo. „*Všetci mali veľký strach, ako to bude, či to prežije, či bude postihnutá, nakoľko, ako to budeme doma zvládať popri dvoch zdravých deťoch. Tak pomáhali, kde sa dalo, minimálne so starostlivosťou o staršie deti.*“ Popísala, že im boli veľkou oporou.

## **5. Odborná pomoc a podpora okolia**

Respondentke M2 ponúkli psychologickú podporu priamo v nemocnici po pôrode. „*Prišla za mnou psychologička a dohodli sme si 1 či 2 stretnutia. Myslím, že prišla na podnet vrchnej sestry z oddelenia patologických novorodencov.*“ Počas hospitalizácie pred prepustením dcérky do domácej starostlivosti prišla za ňou ďalšia psychologička, iná ako počas hospitalizácie tesne po pôrode. Po prepustení z nemocnice respondentka sama psychológa nevyhľadala.

Takto spomínala na priebeh stretnutí so psychológom počas hospitalizácie: „*Prvá chcela odo mňa, aby som si pospomínala, čo mi dodáva silu zvládnuť to všetko, to bolo fajn. Ale nedostala som žiadnu útechu či rady, ktoré som očakávala a potrebovala. Neskôr,*

*druhá psychologička mi už načrtla budúcnosť a ako prekonávať problémy a toto sa mi už viac rátalo.“*

Prijala by, keby takúto možnosť mali matky v nemocnici, „...ale mala by to byť skúsená psychologička, ktorá o predčasniatkach a ich problémoch veľa vie a dokáže rodičov upokojiť, potešiť, hľadať riešenia v ťažkých situáciách.“

Hovorili sme tiež o realizácii skupinových podporných skupín pre matky predčasne narodených detí, ktoré prebiehajú priamo v nemocnici. „Asi by som nemala silu pred viacerými ľuďmi rozprávať o svojom trápení...“ Takýchto stretnutí by sa pravdepodobne nezúčastnila.

Po prepustení z nemocnice našla respondentka M2 podporu vo viere. „Ako pre veriacu, boli pre mňa veľmi prospešné rozhovory s kňazom, ale opäť skúseným.“ V súvislosti s vierou a jej významom pre ich rodinu tiež popísala: „Považujem za Boží zázrak, že dcérka vôbec žije, napriek tomu koľko prekážok musela prekonať pred narodením, ale aj tesne po ňom. Taktiež sa má o poznanie lepšie ako lekári predpokladali, lebo z nej mal byť nevnímajúci ležiak a ona nás každý deň prekvapuje svojou bojovnosťou a tvrdohlavosťou, robí malé pokroky a ide vpred. Toto sú pre mňa zázraky od Boha a som za to aj za ňu veľmi vďačná. Asi sme si mali upraviť rebríček hodnôt cez hendikepované dieťa a to sa stalo. Keby nebolo viery, možno by tu ani nebola, keďže lekári ma na začiatku nahovárali na potrat.“ Viera má pre ňu a jej rodinu veľký význam.

V období po pôrode jej bol najväčšou oporou manžel.

Respondentka nevyhľadávala kontakt s inými matkami predčasne narodených detí. „...dostala som sa do skupinky na sociálnych sieťach o predčasniatkach a mohla som sa tam poradiť, keď bolo treba, prípadne sa tešiť z iných predčasniatok.“

## **6. Čo sťažovalo prekonanie situácie?**

Z rozhovoru s respondentkou M2 sme sa dozvedeli, čo jej sťažovalo prijať a prekonať situáciu, v ktorej sa ocitla. „Domáca oxygenoterapia a neustále návštevy lekárov.“ Tie popísala ako záťažové z hľadiska každodenného fungovania.

Tiež však uviedla: „Negatívny prístup lekárov, ktorí dcérke nedávali žiadne šance a tým ma totálne deptali! Myslím, že na ich prístup v živote nezabudnem.“

## 7. Čo pomohlo pri zvládnutí situácie?

Respondentka okrem negatívnych zážitkov spomínala aj na to, čo jej v období po pôrode pomáhalo: *„Najviac mi pomohlo, keď dcérka spravila nejaký pokrok, ktorý podľa lekárov nemal nastať. To ma ukludňovalo a začala som veriť, že to zvládneme a bude dobre. Takisto bola nápomocná rodina, ich starostlivosť a pomoc.“*

### ROZHOVOR S RESPONDENTKOU M3

Respondentka M3 porodila svoje dieťa v 26. týždni tehotenstva. Tehotenstvo bolo plánované a *„neskutočne vytúžené“*, počaté prirodzene. Po prvom trimestri ho lekári označili za rizikové.

#### 1. Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia

Priebeh tehotenstva popísala respondentka M3 takto: *„Prvé tri mesiace boli dokonalé. Problém prišiel s odberom krvi, ktorý naznačoval istý syndróm, nepamätám si presný názov. Preto bolo rozhodnutie lekára amniocentéza a od tej doby sa to len zhoršovalo. Spúšťal sa predčasný pôrod, absolvovala som operáciu a posledné 3 mesiace som prežila len v nemocnici ako plne ležiaci pacient. Po dlhšej kontrole stehov sa nečakane spustil pôrod.“* Po amniocentéze kvôli podozreniu na genetický syndróm plodu sa začali komplikácie v tehotenstve.

Respondentka strávila 3 mesiace pred pôrodom v nemocnici ako ležiaci pacient, čo veľmi negatívne vplývalo na jej psychickú kondíciu.

*„Pôrod prišiel v noci, nečakane, boli to obrovské bolesti. Ani neviem ako som sa dostala na pôrodnú sálu.“*, uviedla respondentka v súvislosti s priebehom pôrodu. Rodila cisárskym rezom.

Zdravotný stav dieťaťa po pôrode bol kritický. *„Bol veľmi kritický, bojovali sme o život prvé dva mesiace. Následne bol stav stabilizovaný, no ohrozenie života prišlo opäť v 7. mesiaci života.“* Aj prvé týždne po pôrode pre matku veľmi náročne. *„V nemocnici som sa zotavila, avšak so synčekom som nebola, nakoľko bol prvé 2 mesiace v inkubátore. Personál bol milý, ústretový, ale pravidlá sú pravidlá, a tak som videla dieťa každý deň len pár minút.“* Odlúčenie od svojho dieťaťa znášala ťažko.

Matka strávila v nemocnici tri mesiace pred pôrodom, pár dní po pôrode a potom opäť pred prepustením dieťaťa. Jej dieťa bolo hospitalizované tri mesiace.

## 2. Starostlivosť o dieťa

Starostlivosť o dieťa aj v tomto prípade limitoval jeho zdravotný stav. *„Kým bolo dieťaťko v inkubátore, mohla som sa len prizerať. Po prvých týždňoch nám vysvetlili techniku kŕmenia cez sondu a vždy sme mohli drobčeka nakŕmiť aj my. K synovi sme chodili denne. Asi po 3 týždňoch mi jedna pani sestrička dovolila vziať si drobca na ruky a priložiť si ho na seba. To bol neopísateľný pocit. Nikdy sme ho však neprebalovali. No vidieť ho každý deň len pár minút mi trhalo srdce.“* Postupne so zlepšovaním zdravotného stavu dieťaťa sa respondentka mohla stále viac podieľať na starostlivosti.

## 3. Prežívanie matky

Respondentka M3 spomínala na obdobie dlhej hospitalizácie pred pôrodom veľmi emotívne a živo, zhodnotila to: *„Ako najhoršie obdobie môjho života, snád' po každej stránke. Bol to obrovský tlak na psychiku človeka. Izby nebudem radšej ani komentovať, sestričky boli jediná pozitívna stránka, nakoľko boli dosť milé - všetky. Inak strava, hygiena, návštevné hodiny - všetko zlé. Ak ste tam týždeň, vydržíte. Ak tam však prežívate 3 mesiace, to je už úplne iný príbeh. Rozhodne by som si toto nikdy nechcela zopakovať.“* Dlhodobú hospitalizáciu niesla psychicky ťažko.

Po pôrode prežívala respondentka: *„Zmätok... Jednak bolo potrebné vybaviť niekoľko úradných vecí s nečakaným predčasným narodením synčeka, jednak som chcela byť čo najviac s ním a na stranu druhú, bola som ubolená a nevládna po 3 mesiacoch ležania a následnom cisárskom reze.“*

Návštevy v nemocnici pri ich synovi boli pre matku veľmi stresujúce, pretože všetky nepriaznivé informácie o jeho zdravotnom stave im chceli lekári podať osobne pri stretnutí. Stres a kritický stav dieťaťa po pôrode sa podpísal na dojčení: *„Mliečko som takmer nemala.“*

Respondentka popísala, že nemala priestor na prežívanie radosti z toho, že sa stala matkou. *„Moje dieťaťko bolo extrémne drobunké. Mala som pocit, že nič nám nepraje. Všetko sa neustále komplikovalo, nemala som ani deň bez plaču a obavy o život. Na iné materinské emócie nebol ani priestor, ani chuť. Bojovali sme len o život.“*

Emócie, ktoré sa jej spájajú s týmto obdobím popísala stručne a jasne: „*Strach, obrovský strach o drobca, ktorému som nemohla byť oporou a mamičkou.*“

Po prepustení z nemocnice, kým jej dieťa bolo stále hospitalizované, prežívala matka stále ťažké chvíle. „*Ležala som totiž tri mesiace vkuse. V nemocnici som mala obmedzené aj hygienické aktivity, takže povolená bola len toaleta. Návrat do “normálneho” života bol po fyzickej stránke ťažký, no psychická stránka bola úplne odlišne náročná. Prvé mesiace som si pripadala, že som zlyhala ja, keďže som drobčeka nemala doma.*“ Náročné bolo odlúčenie od syna.

Prvý rok života jej syna bol pre ňu náročný, dodnes to nemá úplne spracované: „*Bolo tiež veľmi náročné, celkovo prvý rok bol neskutočne náročný. Neustály kolotoč zdravotných vyšetrení, strach, smútok... Prvý rok života nášho drobčeka radšej mažem z mysle.*“ Domnievame sa, že respondentka nemá negatívne skúsenosti prvého roka prijaté, preto na ne radšej nemyslí.

Celkovo hodnotí obdobie hospitalizácie a pôrodu ako extrémne náročné po každej stránke. Aj v súčasnosti s odstupom času, sú emócie „*...stále rovnaké, skôr sa snažím na to nemyslieť.*“

Respondentka dodala: „*Nikdy nelutujem, že sme sa rozhodli bojovať o život nášho drobca. Naučil nás pokory, váženia si každého dňa a my veríme, že ho naučíme presne to isté.*“

#### **4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu**

Respondentka uviedla, že predčasný pôrod ich synčeka radikálne zasiahol do fungovania rodiny. „*...pracuje len priateľ - tatinko, financie sú plne v jeho rukách. Ja sa starám o plnohodnotný život syna.*“ Respondentka bola pred tým pracovne aktívna, v súčasnosti sa celodenne stará o ich syna.

Jej partner bol respondentke veľkou oporou: „*Zvládal to dobre, bol mi nesmiernou oporou.*“ Ťažko to niesla aj širšia rodina: „*Mali veľký strach, ako my, ale boli nám všetci oporou.*“

Po príchode domov z nemocnice do bežného života sa podľa respondentky zmenilo toto: „*Spôsob života, komunikácia s okolím, naberanie skúseností o starostlivosť o predčasne narodené dieťaťko.*“



## 5. Odborná pomoc a podpora okolia

Respondentka M3 počas svojej dlhej hospitalizácie pred pôrodom ani po ňom nedostala priamo v nemocnici možnosť pohovoriť si so psychológom. *„O takejto možnosti som žiadne informácie nemala.“* Späťne však hodnotí, že ak by túto možnosť mala, využila by ju: *„Určite áno, predovšetkým s odstupom času, pretože som sa vkuse krútila v smútku a obavách o dieťa.“* V čase, keď bola hospitalizovaná respondentka M3 v nemocnici, neprebiehali podľa našich informácií žiadne skupinové stretnutia matiek predčasne narodených detí (tak, ako je tomu dnes v niektorých nemocniciach). Respondentka by ich však späťne určite privítala: *„V nemocnici určite áno, pretože som nemala jasno o situácii, v ktorej sme sa ocitli.“*

Ani po prepustení z nemocnice sama nevyhľadala psychológa, *„... hoci som o tom uvažovala niekoľkokrát počas prvého roka života synčeka.“*

Najväčšou oporou jej bol *„partner a rovnako pediatrička.“*

O nejaký čas neskôr respondentka kontaktovala aj iné matky predčasne narodených detí. *„...kontaktovala, ale až oveľa neskôr. No často mi tieto kontakty prinášali len smútok na duši, pretože komunikácia prostredníctvom sociálnej siete vôbec nie je tak osobná a mnoho žien nie je rovnako empatických, a tak som sa stretávala často skôr s negatívnou reakciou.“* Táto respondentka nenašla oporu v iných matkách s podobnou skúsenosťou.

## 6.Čo sťažovalo prekonanie situácie?

Respondentka sa tiež vyjadrila k tomu, čo ju v období pôrodu a hospitalizácie jej syna najviac zaťažovalo. *„Skĺbiť prácu nášho tatinka a množstvo zdravotných vyšetrení.“*

Náročné pre ňu bolo podľa jej slov celé to obdobie. *„Náročné bolo úplne všetko, neviem celkom vystihnúť, čo bolo najviac, či odlúčenie od dieťaťa na tak dlhú dobu, alebo fakt, že na túto situáciu sa skrátka nedá pripraviť azda nikdy.“*

## 7.Čo by pomohlo?

Respondentke by pomohlo, keby sa v rámci celého zdravotného personálu udiali isté zmeny v prístupe k pacientovi. *„Sama neviem, ale asi ľudskosť na všetkých úrovniach zdravotného personálu, ktorý sa nám venoval. Často nevnímali, že je to naše prvé a najmilovanejšie dieťaťko a brali to skôr neemočne a to ma často zarmútilo.“*

## ROZHOVOR S RESPONDENTKOU M4

Respondentka M4 porodila svoje dieťa v 27. týždni tehotenstva. Bolo to jej siedme tehotenstvo a prvé dieťa. Tehotenstvo bolo plánované a vytúžené, s partnerom podstúpili asistovanú reprodukciu. Tehotenstvo bolo rizikové, z dôvodu autoimunitného ochorenia matky.

### 1. Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia

Respondentka M4 popísala priebeh tehotenstva nasledovne: *„Do 26. týždňa tehotenstva to bolo bezproblémového tehotenstvo. Postupne sa však pridala hypertenzia až do takej ťažkej preeklapsie, že mi úplne odišli obličky a postupne som strácala zrak.“*

Pôrod prebehol veľmi rýchlo. *„Keďže priebeh bol náhly, išlo to rýchlo. Spomienky sú veľmi zlé. Bola som prijatá na stabilizovanie tlaku a po pár dňoch Vám z ničoho nič oznámia, že budete rodiť v 27. týždni tehotenstva. Bez prípravy, len suchý oznam... Papier, tu mi to podpíšte. Žiadne informácie, prečo, aký to má dopad na mňa, na bábätko... Komunikácia... Lekári na gynekológii sa so mnou bavili ako s vecou, veľký alibizmus z ich strany... Našťastie som mala zazmluvneného lekára, pôrodnika, ktorého na opakované požiadanie prizvali a s tým sme sa porozprávali, vysvetlil mi dôvody a možné dopady.“* Respondentka spomína na pôrod negatívne, hlavne kvôli prístupu zdravotníckeho personálu.

Zdravotný stav dieťaťa po pôrode bol vážny. *„Bol veľmi vážny, z dôvodu skorého narodenia, nekrotizujúcej enterokolitídy. Bol tiež intubovaný na umelej pľúcnej ventilácii...“*

Respondentka bola po pôrode hospitalizovaná deväť dní, jej dieťa bež štyroch dní tri mesiace.

### 2. Starostlivosť o dieťa

Keď sa respondentka zotavila po pôrode a ďalších komplikáciách, začala sa postupne starať o svoje dieťa. *„Už keď som mohla chodiť a mala som viac síl, hneď mi bolo umožnené prebaľovať, merať teplotu a tak. Návštevy som mala umožnené každú deň celé poobedia až do večera.“*

Po prepustení z nemocnice bola starostlivosť o dieťa veľmi náročná. Respondentka na to spomína takto: *„Denne tridsaťkrát podaný nejaký liek, trikrát týždenne cvičenie*

*Vojtovky, kŕmenie dieťaťa s veľkým refluxom, starostlivosť o obojstranné hernie, ktoré boli operačne riešené až v polroku...“*

### **3. Prežívanie matky**

V prvých dňoch po pôrode popísala respondentka, že cítila: *„Obrovskú bolesť... Vnútornú.. Pocit zlyhania a výčitky...“*

Svoje dieťa vnímala ako bojovníka: *„Od začiatku som ho vnímala ako bojovníka, ktorý mi dával silu a ja som ju znásobovala a dávala mu späť.“* Výčitky a pocity zlyhania pretrvávali: *„Dlho som mala výčitky zo zlyhania, že som ho nedokázala donosiť, zabezpečiť mu pohodový štart do života. Otázky: Prečo ja? Čo bude? Ako to zvládneme?“*

Veľmi emotívne respondentka prežívala spomienky na klokankovanie: *„...bol to nádherný pocit, keď môžete po niekoľkých dňoch, resp. týždňoch konečne cítiť svoje bábätko, jeho krehké teličko, cítiť a počuť, ako dýcha, bije mu srdiečko... Boli to nesmierne silné emócie tak ako pre mňa, verím, že aj pre neho.“* Aj pri tejto respondentke vnímame silne pozitívne emócie v súvislosti s klokankovaním a vplyv klokankovania na prijatie dieťaťa a tvorenie puta.

Pred prepustením z nemocnice do domácej starostlivosti cítila respondentka odhodlanie a radosť: *„Veľmi som sa tešila, že budeme konečne doma spolu sami. Vedela som, že to bude ťažšie s toľkými liekmi a problémami, ktoré malý mal, ale trúfala som si a vedela, že to dokážeme.... Bola to obrovská láska a radosť zo vzájomného cítenia sa.“*

S odstupom času spätne prežíva respondentka úľavu. *„Som rada, že to mám za sebou.“* Je rada, že to prekonal: *„Som hrdá, že sme to všetko zvládli, aj keď na to bolo potrebných veľa síl...“*

### **4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu**

Pre partnera to podľa slov respondentky muselo byť veľmi ťažké. *„Bol v šoku, keď som mu volala, že idem rodiť... Muselo to byť pre neho neskutočne ťažké. Dieťa, ktoré nemá ani 1kg, odvezené v inkubátore a lekári nedajú žiadnu nádej ani informácie, čo bude. Ja v stave, že doktor neodporúčal ma navštíviť aspoň dva dni, bola som veľmi, veľmi opuchnutá, na infúziách, takmer som nevidela...“*

Širšej rodine oznamovali len postupne, že ich syn prišiel na svet predčasne. *„Nikto to najprv nevedel. Oznamovali sme to až postupne po pôrode. Všetci mali strach a posielali veľa energie.“*

Po príchode domov sa všetko podriaďovalo synovi. Čo sa týka rodinného života, predčasný pôrod ovplyvnil hlavne každodenné fungovanie po prepustení z nemocnice. *„Hlavne z hľadiska logistiky, zladenie množstva lekárskeho vyšetrení a kontrol bolo náročné.“*

## **5. Odborná pomoc a podpora okolia**

Respondentka si nespomína, či jej v nemocnici ponúkli možnosť osloviť psychológa. *„Nespomínam si. Iba deň pred odchodom z nemocnice som mala možnosť porozprávať sa s poradkyňou z CVI na podnet staničnej sestry. Bolo to fajn, dostať zo seba tú ťažobu, kedy Vám lekári nepomáhali, ale skôr Vás deptali...“*

Späťne by však možnosť hovoriť so psychológom využila: *„...aby ma ubezpečil, že to, čo sa deje v mojej hlave, je v poriadku. Že to prežíva takmer každá žena, matka, že sú nejaké fázy, ktorými si môžeme či musíme prejsť. Teraz to už viem.“*

Po prepustení z nemocnice nevyhľadala pomoc psychológa. Z iných odborníkov oslovila Centrum včasnej intervencie. Táto pomoc však bola zameraná viac na stav dieťaťa: *„Využívali sme služby CVI. Boli to príjemné a pohodové stretnutia, keďže sme boli kvôli imunite izolovaní. Bolo príjemné jedenkrát mesačne sa s niekým stretnúť a pozdieľať vývin bábätká.“*

Ako popísala respondentka ďalej, najväčšou oporou si boli vzájomne so synom a partnerom. *„Pomáhali sme si navzájom my traja.“*

Významnú úlohu tiež u tejto respondentky zohrala viera. *„Modlitby a prosby sú každú deň.“*

## **6. Čo sťažovalo prekonanie situácie?**

Ako záťaž vnímala respondentka hlavne *„niektoré nezmyselné vyšetrenia, ktoré bolo nutné absolvovať.“*

Negatívne zhodnotila: *„Určite komunikáciu lekárov na oddelení pred pôrodom.“*

## 7.Čo by pomohlo?

Respondentke M4 by pomohlo, keby mala po prepustení z nemocnice možnosť osloviť odbornú pomoc do domácnosti. *„Možno nejaká odborná pomoc na 2 – 3 dni, približne 2 – 3 hodiny, nejaká detská sestrička, ktorý by vniesla logistiku a systém od začiatku do domáceho prostredia.“*

Rovnako je pre ňu dôležitá komunikácia a opora. *„Všetko je to o komunikácii. Aj tie najťažšie chvíle či už pred pôrodom, po pôrode, doma... Dôležité je mať niekoho, na koho sa môže človek obrátiť, mať sa o koho oprieť. Ja som nevedela a možno ešte stále neviem, žiadať o pomoc a takých matiek je isto viac.“*

Napriek ťažkej situácii po pôrode respondentka, partner a ich syn sú bojovníci. Navzájom si boli oporou. Sú radi, že celé to obdobie majú za sebou.

## ROZHOVOR S RESPONDENTKOU M5

Respondentka M5 porodila svoje dieťa v 33. týždni tehotenstva. Bolo to tretie tehotenstvo, porodila druhé dieťa. Priebeh tehotenstva bol bez komplikácií. Tehotenstvo bolo plánované, počali pomocou metódy asistovanej reprodukcie. Tehotenstvo nebolo rizikové. V rozhovore sme identifikovali nasledujúce hlavné témy.

### 1.Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia

Na pôrod si respondentka M5 spomína relatívne pozitívne: *„Tri dni pred pôrodom mi odtiekla voda. Počas sekcie so mnou lekár rozprával, personál bol komunikatívny a pozitívny.“*

Stav jej dieťaťa po pôrode bol dobrý. Na prvé dni po pôrode si spomína takto: *„Na druhý deň prišla za mnou sestrička z detského oddelenia, informovala ma o stave syna a dala mi aj jeho fotku.“* Vďaka fotke bolo dieťa pre matku viac zhmotnené.

### 2. Starostlivosť o dieťa

Respondentka mohla byť so svojim dieťaťom počas jeho hospitalizácie, keďže potrebovala, mohla sa oňho starať: *„počas celého dňa som mohla syna kedykoľvek navštíviť a plne sa o neho postarať.“*

Má veľmi pozitívnu skúsenosť s nemocnicou, kde rodila: „...v nemocnici, kde som rodila, je systém taký, že mamička navštevuje svoje dieťaťko v podstate kedykoľvek môže. Napríklad som chodila aj tak, že ráno na 7 som prišla do nemocnice a odišla som o 18 večer. Celý čas som bola na izbe u syna. K dispozícii som mala kuchynku, v ktorej som si ohrievala jedlo. Inštruktážne videá na CD, možnosť dopytovať sa sestričiek kedykoľvek a čokoľvek. 10 dní pred prepustením syna ma prijali k synovi na spoločnú izbu.“

So starostlivosťou o dieťaťko po prepustení z nemocnice nemali žiadne ťažkosti, jeho zdravotný stav bol dobrý. „V podstate to bolo skoro v pohode, vzhľadom na skutočnosť, že sme si s prvorodeným prešli oveľa ťažšími obdobiami. Druhý syn nemal žiadne komplikácie, pekne jedol, spal, kakal, cikal. Zvládol to bez operácií...“ Respondentka mala skúsenosti s náročným štartom do života prvého syna, preto ju stav druhého syna nezaskočil.

### **3. Prežívanie matky**

Respondentka bola šťastná, že syn nemá vážnejšie zdravotné komplikácie. Trápilo ju však, že nemôže byť stále pri ňom. „Bola som šťastná, že sa mu dobre vedí a že je o neho dobre postarané. Chýbal mi a chcela som ho mať pri sebe, no čas, kým sme neboli spolu som sa snažila využiť na vlastné zotavenie, aby som sa mu mohla venovať na 100% hneď, ako to bude možné.“

Bolestivo vnímala odlúčenie od syna. „...syn ostal v nemocnici. To som vnímala dosť bolestivo, viac ako pri prvom synovi. Myslím, že to bolo preto, že sme mali bližší kontakt. V tom čase som ho kojila štyrikrát denne. Nočné dávky dostával moje odsaté mlieko z fľašky.“

Spätne prežíva zmiešané pocity: „Rozpačité. Som rada, že je syn v poriadku. Od začiatku sme neriešili nič závažné. V nemocnici sa o syna starali sestričky a lekárske, s plným nasadením, láskou a to mi dávalo pocit istoty.“

Napriek tomu, že mala plnú dôveru v personál nemocnice, respondentka popísala, ako vidí celý proces starostlivosti o dieťa aj z vlastnej skúsenosti. Zdravotné sestry musia počúvať lekára a vrchnú sestru. Majú svoje pokyny, napríklad koľko dieťa musí prijať potravy. Rodičia sa však chcú podieľať na kŕmení a iných úkonoch okolo ich dieťaťa. „Vo výsledku vznikajú stresové situácie. Výsledkom je, že sestričky sú radšej,

*keď sa môžu o dieťa postarať v rýchlosti samé a nie sa ešte naťahovať s rodičmi. Ten pocit, keď prídete za vlastným dieťaťom a vidíte, že sestrička len striehne, kedy odídete je vážne nepríjemný.“*

#### **4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu**

Respondentka spomínala na príchod ich predčasne narodeného syna do rodiny. Jej manžel prežíval stres: *„Opisuje to ako stres, no po prvom synovi, ktorá mal ťažší štart do života, sme už boli ostrieľaní.“* Po skúsenosti s prvým synom, ktorú respondentka však bližšie nepopísala, spoločne s manželom príchod druhého syna zvládali pomerne dobre.

*„Starší syn mal v tom čase 4 roky. Hovorí, že som mu chýbala a na bračeka sa tešil. Nie je však nejako extra na mňa naviazaný a zvládal to viac menej v pohode.“*, popísala respondentka prežívanie staršieho syna.

Fungovanie rodinného života bolo podľa jej slov bez väčších problémov či väčších zmien. *„Staršiemu synovi sme urobili dlhšiu pauzu od škôlky.“*

Ostatní členovia širšej rodiny boli radi, že sú so synom v poriadku.

#### **5. Odborná pomoc a podpora okolia**

Respondentka M5 nemala možnosť osloviť psychológa priamo v nemocnici, avšak tiež dodala, že by to ani nepotrebovala. *„Nie, u nás bolo všetko v poriadku.“*

Mala však možnosť zúčastniť sa podporných skupinových stretnutí pre matky predčasne narodených detí priamo v nemocnici. *„Áno, takéhoto stretnutia som sa zúčastnila. Bolo priateľské, uvoľnené a dalo mi veľmi veľa. Viedli ho zamestnankyne z Centra včasnej intervencie. Okrem nového pohľadu na situáciu, mi stretnutie prinieslo nové kamarátstva s ostatnými mamičkami.“* Tieto stretnutia zhodnotila pozitívne.

Z rodiny jej v tomto období boli najväčšou oporou *„starší syn a manžel.“*

Rovnako jej pomáhalo zdieľanie s inými matkami predčasne narodených detí. *„Stále, tri mesiace od prepustenia, som v kontakte s dvoma mamičkami. Dalo mi to priateľstvo. To, či si prežije žena predčasniatka, či dieťaťka, ktoré je po narodení odlúčené od matky, sa dá pochopiť, až keď to človek zažije.“*

## 6.Čo by pomohlo?

Respondentka zhodnotila, čo by žene, ktorá prežije predčasný pôrod, mohlo pomôcť: *„Medzi personálom nemocnice a matkou by mal nastať stav podobný kamarátstvu. Aby prevládala rodinná atmosféra a matka im mohla maximálne dôverovať. Aby sa nebála spýtať a otvorene sa s nimi porozprávať. Veľakrát sestričky poznali dieťa lepšie, ako rodič. Nehovoriac o lekárovi, ktorý dieťa videl 10 minút denne na vizite.“*

Rovnako vníma, že slabou stránkou zdravotníckeho personálu je empatia a komunikácia: *„Myslím, že by mal personál podstupovať špeciálne školenia, nejaké psychologické minimum, aby sa vedeli zamestnanci lepšie vžiť do situácie rodičov. Matka po nečakanom pôrode, pod tlakom hormónov, vníma udalosti extrémne citlivo. Nie je nič horšie, ako keď musíte s obavou odchádzať z izby dieťaťa.“*

Respondentka M5 prežila v celku pôrod a obdobie po pôrode bez vážnejších komplikácií. Náročne prežívala hlavne odlúčenie od dieťaťa, kým muselo byť hospitalizované. Oporou jej bol manžel a syn.

## ROZHOVOR S RESPONDENTKOU M6

Respondentka M6 porodila svoje dieťa v 30. týždni tehotenstva. Bolo to prvé tehotenstvo, plánované a vytúžené. Otehotnela prirodzene. Tehotenstvo nebolo rizikové. V rozhovore sa respondentka dotýkala týchto hlavných tém.

### 1.Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia

Tehotenstvo respondentky M6 prebiehalo bez problémov. Dieťa sa vyvíjalo podľa tabuliek. *„V prvom a druhom trimestri som mala nevoľnosti, asi približne do konca piateho mesiaca.“* Iné problémy respondentka neuviedla.

Na pôrod respondentka spomína takto: *„Pôrod bol rýchly a veľmi príjemný vďaka môjmu manželovi, mame, sestričkám a lekárom. Všetko prebehlo bez komplikácií.“* Oporu našla v najbližších aj v personáli nemocnice. *„Mala som spontánny prirodzený pôrod. V noci o pol druhej som rodila a nakoľko som nemala veci so sebou tak som si ich bola vziať na inom oddelení, kde som predtým asi 48 hodín ležala. Okrem únavy som nič iné necítila. Po pôrode som sa malej len dotkla a prvýkrát som ju na JISke bola pozrieť o 10:00 v rámci návštevných hodín pre matky.“*



Zdravotný stav dieťaťa po pôrode bol priaznivý, respondentka ho popísala takto: *„Veľmi dobrý, malá po pôrode vyplula plodovú vodu a aj sa rozplakala. Vedela dýchať.“*

## **2. Starostlivosť o dieťa**

Respondentka mala možnosť pravidelne navštevovať svoju dcéru. *„Pravidelne som navštevovala dcéru tak, ako to povoľovali pravidlá nemocnice, teda 8 krát do dňa. Na JISke sme sa o detičky starať nemohli, čo je pochopiteľné. Avšak sme mohli klokankovať. Po týždni na JISke bola presunutá na oddelenie novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou. Keď malá už nebola kŕmená sondou, tak som sa ju naučila kŕmiť fľaškou, takisto aj prebaľovanie. Keď bola presunutá z inkubátora do postieľky, tak som sa o ňu starala aj vrátane obliekania, zavinovania a tak.“* So zlepšujúcim sa zdravotným stavom dieťaťa sa matka mohla stále viac podieľať na opatere o svoje dieťa.

Mala tiež možnosť klokankovať. Popísala to takto: *„Určite tam význam je, ale u nás nebol tak citelný, pretože chvalabohu naše dieťaťko nemalo problém ani s prijímaním potravy ani s dýchaním. Myslím, že viac cítila moju blízkosť a pokoj a tak sme šli skôr domov, ako nám bolo na začiatku avizované. Bolo to nežné, krehké a silné.“* V súvislosti s klokankovaním však tiež dodala: *„Určite je dôležitý kontakt rodič, teda hlavne matka a dieťa, ale teda niektoré veci sa podľa môjho názoru prehánajú. Aj požiadavky na klokankovanie... Z môjho pohľadu tieto deti potrebujú pokoj a nie pred kŕmením a po kŕmení vyťahovať z inkubátora a vkuse ich vyrušovať. Z jednej časti sa mi klokankovanie zdá len sebecké. Je to dobrý pocit pre rodiča. Dieťa potrebuje, pokoj, klud a jedlo. A teplo. A vďaka tomu, že sme počúvali rady lekárov a sestričiek a nešpekulovali sme, sme sa dostali domov po piatich týždňoch namiesto po ôsmych.“* Táto téma je pre respondentku veľmi silná, vyvoláva v nej silné emócie.

Po prepustení z nemocnice zvládali starostlivosť o dcéru dobre. Respondentka mala skúsenosť z predčasne narodenými deťmi z blízkeho okolia. Zvládali to *„...veľmi dobre aj napriek tomu, že to bolo fyzicky náročné. Mala som podporu od celej rodiny. Lepšie som to určite prežívala vďaka tomu, že som vedela, čo čakať, nakoľko moje neterky sú taktiež narodené predčasne (dvojičky). Najnáročnejšie bolo pre mňa odsávanie a bála som sa kúpania. Tak kúpal manžel.“* Náročnejšia bola hlavne logistika v súvislosti s vyšetreniami: *„Nakoľko boli aj dve operácie, tak behanie po lekároch a kontrolách vyžadovalo trpezlivosť a time management.“*

### 3. Prežívanie matky

*„Prvé dni som sa snažila o spustenie laktácie, v čom mi veľmi pomáhali pani sestričky. A dala som sa preložiť na samostatnú izbu aj kvôli psychickej aj fyzickej pohode. Po psychickej stránke...Po pravde som necítila prvé dni nič. Fungovala som na zotrvačnik.“*, uviedla respondentka v súvislosti s prežívaním prvých dní po pôrode. Z emócií popísala hlavne: *„Vyčerpanie. Strach. Odhodlanie. Zmätenosť z nových informácií a situácie.“*

Pri pohľade na svoje dieťa v inkubátore prežívala prázdnotu: *„Ako dieťa v inkubátore. Prvé dni som necítila žiadne puto ani nič. Také prázdno... Že sa to zvrtno príliš rýchlo a neužila som si tehotenstvo.“*

Pred prepustením z nemocnice sa respondentka tešila, mala však tiež obavy, či to doma všetko zvládnu.

Späťne spomína na obdobie pôrodu a hospitalizácie ako na pomerne pokojné obdobie: *„Ako veľmi veľmi pokojné a chvalobohu bezproblémové. Len jemne stresové . Určite za to môže personál a moje matky spolubývajúce, že to bolo také pokojné.“*

Teraz s odstupom času sa vynárajú emócie, ktoré z obdobia pôrodu a po pôrode nemala priestor spracovať. Vyplýva to z tejto výpovede: *„Teraz to prežívam oveľa viac, ako keď to bolo aktuálne. Dolieha to na mňa postupne, začalo sa to asi 6 mesiacov po pôrode.“*

### 4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu

Ako respondentka uviedla, už pri pôrode, ako aj po ňom, sa pri starostlivosti o dcérku mohla spoľahnúť sa svojho manžela. *„Zvládal to veľmi dobre, bol a je mi oporou. Bol aj pri pôrode. Ale mal určite strach.“* Predčasný pôrod zomkol ich rodinu. *„Určite nás to celé zomklo.“*

Aj ostatných členov širšej rodiny zasiahol predčasný pôrod veľmi intenzívne. Zvládali to *„...statočne. Všetci sa modlili, posielali energiu... Moju maminu to trochu zmohlo, asi tri dni po pôrode... Musela si volať pohotovosť. Bol to strach aj o mňa a aj o vnúča.“*

## 5. Odborná pomoc a podpora okolia

Respondentka rodila v nemocnici, kde mali na gynekológii psychologičku, ktorá bola k dispozícii pre rodičky pred pôrodom, aj po ňom. *„V nemocnici, kde som rodila, bola pani psychologička, ktorá k nám automaticky chodila. Už na oddelení gynekológie. A potom aj po pôrode. Kedykoľvek sme si ju mohli zavolať.“* Respondentka prítomnosť psychologičky hodnotila pozitívne. *„Vo mne to vzbudzovalo pocit istoty.“*

Po prepustení z nemocnice psychológa ani inú odbornú pomoc nevyhľadala, *„...nemala som potrebu.“*

Okrem manžela, jej z blízkych boli najväčšou oporou: *„Mama, švagriná a spolumatka Jana.“*

Veľkú úlohu v jej živote po pôrode zohrala tiež viera: *„Áno, som veriaca. Zohrala veľkú rolu. Modlím sa doteraz pravidelne. Vyvoláva to vo mne pokoj a to tieto predčasniatka potrebujú.“*

## 6. Čo by pomohlo?

Respondentka mala na túto otázku jasnú, emotívnu odpoveď: *„Najviac by mi pomohlo rodiť v termíne. A zanádať si, snád' na celý svet. A modlitba a prijatie situácie. Dookola som si opakovala, že žiadne stresy a že všetko je tak, ako má byť.“*

## 7. Na záver

Respondentka na záver rozhovoru pomerne emotívne zhodnotila aktuálnu situáciu na Slovensku: *„Na záver by som chcela dodať, že sa mi napriek tomuto zruinovanému štátu, v ktorom žijeme, dostalo veľmi dobrej starostlivosti a takisto aj mojej dcérke. Všetko toto zabezpečil vysoko kvalifikovaný personál nemocnice a režim, ktorý tam bol nastavený. Doteraz sledujem aj organizáciu, ktorá združuje rodičov predčasne narodených detí a niektoré príspevky. S niektorými sa však nezhodujem.“* Respondentka popísala jej názor na klokanovanie, ktorý sme uviedli v časti Starostlivosť o dieťa. Rovnako má jasný názor na inštalovanie kamier nad inkubátory, prostredníctvom ktorých rodičia môžu z pohodlia domova sledovať, čo ich dieťa robí. *„Určite pre matky, ktoré majú doma deti, je to nápomocné, ale teda nemyslím, že je v poriadku zaťažovať sestričky ešte ďalšími povinnosťami spojenými s kamerami na sledovanie. Už bez toho majú sestričky dost' práce na oddeleniach JIS a predčasniatok.“*

Z rozhovoru som mala pocit, že respondentke sa s odstupom času vynára množstvo nespracovaných emócií.

## **ROZHOVOR S RESPONDENTKOU M7**

Respondenta M7 porodila svoje deti v 27. týždni tehotenstva. Tehotenstvo bolo prvé, dvojplodové, porodila dvojčatá. Počatie bolo plánované a prirodzené. Tehotenstvo bolo rizikové. Jej skúsenosť s predčasným pôrodom popisujeme cez nasledujúcich 7 tém.

### **1. Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia**

Tehotenstvo respondentky M7 bolo od začiatku rizikové. Takto ho popísala: *„Všetko bolo v poriadku, žiadne problémy neboli až do 27. týždňa. Keďže išlo o viacplodové tehotenstvo, mo-mo dvojčatá, bolo tam veľké riziko od začiatku tehotenstva. Mali jednu spoločnú placentu, čo aj zapríčinilo v 27. týždni tehotenstva problémy. Tak sa doktori rozhodli v 27 +6 týždni tehotenstvo ukončiť kvôli tomu, že jeden plod bol ohrozený. Mohlo dôjsť k poškodeniu plodu, nedostával tolko výživy.“* Pôrod prebehol cisárskym rezom. *„Pôrod prebehol rýchlo a v pohode, bez problémov.“*

Zdravotný stav detí po pôrode bol v dôsledku nedonosenosti kritický. *„Ich zdravotný stav bol stabilizovaný, hneď po pôrode boli napojení na kyslík a umelú pľúcnu ventiláciu. Muselo sa počkať 24 hodín, že ako budú reagovať na život v inkubátore. Išlo im o prežitie, ale sú to veľkí bojovníci a všetko zvládli.“*

Chvíle po pôrode boli pre respondentku M7 náročné. *„Ako čo sa týkalo starostlivosti o mňa po zdravotnej stránke, podávanie infúzií a liekov od bolesti, boli všetci ochotní mi vo všetkom vyhovieť. Po zdravotnej stránke bolo všetko dobré, ale psychická podpora žiadna...“* Takto respondentka spomína na prvé dni po pôrode.

### **2. Starostlivosť o dieťa**

Respondentka mala možnosť aktívne sa starať o svoje deti, stretla sa s veľkou ochotou personálu. *„Na oddelení predčasne narodených detí JISK bolo všetko úplne super. Milí personál, doktorky aj sestričky úplne zlaté. Starali sa o moje detičky ako o vlastné. Mohla som ich navštevovať, kedy som chcela aj viackrát za deň. Krmila som ich, prebaľovala ich. Mohla som ich chytať a vyberať von z inkubátora a klokankovať.“*

Na klokanovanie respondentka spomínala so silnými, pozitívnymi emóciami: *„Bol to veľmi príjemný pocit pre mňa, aj pre moje deti. Keď mi sestrička priložila po prvý krát mojich drobcov na prsia, tak to bol neopísateľný zážitok pre mňa. Moji drobčekovia sa na mňa usmievali a pozerali, cítili že sú pri mame. Bola to prvá chvíľka, keď som si uvedomila že som mama.“*

Starostlivosť o deti po prepustení z nemocnice respondentka nevedela zhodnotiť. *„Ani neviem, ako to zhodnotiť. Proste dni nejak šli.“*

### **3. Prežívanie matky**

Tesne po pôrode prežívala respondentka ťažké chvíle. Takto to popísala: *„Prvý deň bol najhorší, nikto mi nevedel povedať, čo je s mojimi deťmi. Sestričky boli dosť nepríjemné, tvárili sa, že ich otravujem otázkami o pôrode. Hovorili, že oni nie sú pôrodné asistentky a že nevedia, že som po pôrode. Povedali, že pokiaľ do 24 hodín nezazvoní telefón, tak je všetko v poriadku. Mala som izbu hneď pri sesterni, tak som trpela pri každom telefonáte, keď zazvonil telefón, ani spať som nevedela.“*

Prvé dni prežívala ambivalentné pocity: *„Strach, obavy, či sú moje deti v poriadku a či bude všetko v poriadku.“* Jej deti v nej však vzbudzovali aj veľa pozitívnych emócií: *„Bola som strašne šťastná. Boli pre mňa tie najkrajšie deti na svete. Moji dvaja veľký bojovníci. Bez nich to bolo náročné... Stále som bola myšlienkami pri nich.“*

Veľmi náročne vnímala respondentka, keď ju prepustili z nemocnice, avšak deti ešte ostali hospitalizované. Snažila sa čas doma využiť na zotavenie po pôrode: *„Moc sa mi nechcelo ich tam nechať. Chcela som ich zobrať so sebou domov . Bála som sa o nich. Ale nakoniec som si uvedomila, že je to pre nich to najlepšie a že im to tam pomáha. A každý deň som chodila za nimi. Tak sme boli každý deň spolu. A ja som sa doma v klude dala dokopy po pôrode a bola som vyspatá a plná energie.“*

S odstupom času vníma pôrod a obdobie po ňom „v pohode“, hlavne v porovnaní s príbehmi iných žien: *„Čo som sa s odstupom času dozvedela, aké mali iné ženy skúsenosti s pôrodom a všelijaké vážne komplikácie. Tak môj pôrod a hospitalizácia boli úplne super.“* Spomienka na toto obdobie v nej vyvoláva skôr pozitívne emócie, precitlivosť a radosť: *„Precitlivosť, šťastie, radosť. Spomienky na to, akí boli maličkí a bezbranní v tom inkubátore... Ale silní bojovníci všetko zvládli.“*

#### **4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu**

Respondentka vníma, že ich rodinu predčasný pôrod zocelil. *„Posilnil náš vzťah, viac sme sa naviazali jeden na druhého. Prežívali sme to všetko spoločne. Podporovali sa navzájom.“*

Partner bol pre ňu oporou, aj keď sám prežíval strach: *„On je dosť tvrdý oriešok. Ale mal tiež strach, či všetko dobre dopadne. On je moja psychická veľká podpora, vždy ma ubezpečil, že všetko bude v poriadku. Prežívali sme to spolu, strach aj obavy.“*

Aj širšia rodina mala obavy o to, ako to všetko zvládnu. *„Všetci sa tiež báli, aby bolo všetko v poriadku. Podporovali nás a pomáhali nám.“*

Respondentka vníma, že s príchodom synov do ich života sa zmenil celý ich svet. Takto si na to obdobie spomína: *„Po príchode domov aj s drobcami sa zmenil celý život, ale k lepšiemu. Už sme neboli dvaja, ale štyria... Rodina...“*

#### **5. Odborná pomoc a podpora okolia**

S respondentkou sme tiež hovorili o možnej psychologickej podpore.

Sama zhodnotila, že bezprostredne po pôrode zabezpečil zdravotnícky personál jej zdravotnú stránku, psychickú oporu jej poskytla jedna zdravotná sestra a pani upratovačka: *„Po zdravotnej stránke bolo všetko dobré, ale psychická podpora žiadna... Jedine jedna sestrička na celom oddelení a pani upratovačka, čo upratovala každé ráno moju izbu boli moja psychická podpora.“*

Počas hospitalizácie jej nikto nedal možnosť osloviť psychológa, zhodnotila však, že by ju aj tak nevyužila. *„Nie, nepotrebovala som psychológa.“*

Najväčšou oporou jej boli: *„Môj partner a moji rodičia.“*

#### **6. Čo by pomohlo?**

Respondentka ťažko znášala, že mala veľmi málo informácií o svojich deťoch. Uviedla, že dezinformovanosť v nej vyvolávala veľký pocit bezmocnosti: *„No myslím, že matkám po pôrode by veľmi pomohlo, keby jej povedali o stave jej dieťaťa a nie nechať ich čakať do ďalšieho dňa. Je to hrozný pocit bezmocnosti, že nič neviete. Mne by to určite pomohlo po psychickej stránke, keby ma informovali o stave mojich detí. Lepšie by som spala a bola by som kludnejšia.“*

## ROZHOVOR S RESPONDENTKOU M8

Respondentka M8 porodila v 29. týždni tehotenstva. Bolo to jej druhé tehotenstvo a prvé dieťa. Tehotenstvo bolo plánované a vytúžené, počali prirodzeným spôsobom. Po 28. týždni označili lekári tehotenstvo za rizikové. V rozhovore s respondentkou sme identifikovali tieto hlavné témy.

### 1. Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia

Počas tehotenstva respondentka M8 popísala krvácanie na začiatku tehotenstva, do 17. týždňa prežívala nevoľnosti a migrény. *„Následne bolo tehotenstvo bez problémov do 22. týždňa tehotenstva, kedy začalo dochádzať k skracovaniu krčka maternice.“*

Pôrod respondentka popísala ako traumatický zážitok, ktorý dodnes nemá spracovaný. Popísala ho s veľmi silnými negatívnymi emóciami: *„Pôrod navždy zostane pre mňa veľmi traumatickým zážitkom, ktorý neprajem nikomu na svete. Keďže mi náhle odtiekla plodová voda, bola snaha mi pôrod medikamentózne stopnúť a nasadiť kortikoidy na 3 dni pre rozvinutie pľúcok synčeka. Žiaľ, po 2 hodinách, čo mi stiekli liečivá proti pôrodu, ma odviezli akútne na pôrodnú sálu, že je malý zaseknutý v krčku a musím ho ísť vytlačiť. Všetko prebiehalo veľmi rýchlo, bol mi podaný viackrát oxytocín, ale žiaľ, moje pôrodné cesty boli plne zavreté a tak vytlačiť ho nešlo. Ťažké nástrihy nepomohli, ani vákuová pumpa. Až pre zlé hodnoty malinkého ho zo mňa veľmi silno vytrhli kliešťami, došlo i ruptúre vagíny. Ale vďaka tomu ho zachránili a mohli okamžite riešiť jeho zdravotný stav.“* Takto popísala priebeh pôrodu, ktorý je pre ňu dodnes veľkou témou.

Veľmi bolestivo spomínala na zdravotný stav dieťaťa po pôrode, jeho stav bol veľmi vážny: *„Synček ležal na JVIS, primárne intubovaný a uvedený do umelého spánku kvôli nevyvinutým pľúckam. Nasledovalo vážne zhoršovanie krvácania do mozgu, progredujúce až do 3. stupňa, hrozil mu 4. stupeň. Hrozilo mu voperovanie shuntu, ale našťastie sa to stoplo v 3. stupni. Prebehlo tiež ťažké krvácanie do čriev, transfúzie pre anémiu... Nepriberal na váhe.. Veľmi ťažké..“*

O prvých dňoch po pôrode hovorila respondentka takto: *„Boli to najťažšie dni môjho života...my sme sa dlhých 40 dní dozvedali len strašidelné správy s jeho prebiehajúcimi komplikáciami.“*

## 2. Starostlivosť o dieťa

Respondentka spomína, že v nemocnici, kde rodila, bola starostlivosť o predčasniatka výborná. Sama sa mohla veľmi aktívne podieľať na starostlivosti o svoje dieťa. Nemocnica, kde rodila, je „*neskutočne mother friendly. Mamička má možnosť, okrem nejakých vizít a zákrokov, byť pri svojom dieťatku kedykoľvek a akokoľvek dlho, čítať mu, spievať, rozprávať sa s ním, vkladať ruky... Ba naopak, mamina je v tomto veľmi podporovaná, lebo vedia, že matka je najväčší doktor pre nich.*“ Mamina hodnotila veľmi pozitívne prístup personálu na perinatológii.

Rovnako so silnými emóciami spomínala na klokanovanie, ktoré im bolo kvôli zdravotným komplikáciám syna umožnené až na 45. deň po narodení. „*A bol to pre nás s manželom neskutočný zážitok môcť mať svojho synčeka pri sebe. Kto to nezažije, nemôže to nikdy pochopiť.*“

Po prepustení z nemocnice si respondentka spomína, že starostlivosť o jej syna bola veľmi náročná. „*Hlavne pre absenciu spánku a večné lekárske vyšetrenia, ale vydýchli sme si, že ho máme doma a sme všetci spolu... Po prepustení nás čakal kolobeh rôznych lekárov...*“

## 3. Prežívanie matky

Svoje pocity tesne po pôrode respondentka popísala takto: „*Hojila som seba po veľmi ťažkom a traumatickom pôrode s neúspešnou vákuovou pumpou, potom bol vytiahnutý kliešťami. Ale o to väčší strach, ako o moje rany, bola bolesť a strach o malého, ktorý bojoval o život... Veľa som plakala... Analyzovala, čo sa vlastne stalo... Kde nastala chyba a prečo sa to stalo práve nám...*“ Ďalej respondentka popísala strach, obviňovanie a neschopnosť pochopiť situáciu: „*Najväčší strach o svoje prvé dieťa... Čo s ním bude, či to prežije a ak to prežije, či bude postihnutý. Obviňovanie samej seba i okolia, čo kto urobil zle. Nepochopenie, ako sa to vlastne mohlo stať.*“

Zároveň v nej však jej syn prebúdza lásku a odhodlanie bojovať zaňho. „*Milovali sme ho od prvého okamihu... Náš malý batôžtek. A chceli sme urobiť všetko na svete, aby dostal tú najlepšiu starostlivosť, ale i lásku od nás.*“ Respondentka ťažko niesla odlúčenie od syna počas jeho hospitalizácie: „*Deň bez neho som už následne nemohla existovať, takže som chodila na oddelenie každú deň. Jediný raz ma tam nepustili,*



*synčekov sused mal nejaký vážny problém.. A tento jediný deň som bola úplne hotová, že som ho nevidela.“*

Pred prepustením syna z nemocnice mala respondentka strach a obavy, ako to doma zvládnu bez odbornej starostlivosti a podpory zdravotníckeho personálu. *„Bála som sa, či to všetko zvládneme, čo s ním budeme robiť. Ale sestričky nás skvelo pripravili a dali nám aj pocit, že keď bude problém, môžeme zavolať. Takže sme odchádzali v obavách, ale i šťastní.“*

Respondentka s odstupom času spätne hodnotí toto obdobie ako *„najťažšie chvíle môjho života...Stále bolestivé... Smutné... Striasa ma, keď si na to spomeniem.“* Jej prežívanie v súvislosti s pôrodom a obdobím po ňom je pre ňu stále veľmi intenzívne a bolestivé.

#### **4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu**

Respondentka vníma, že ako rodinu ich predčasné narodenie syna posilnilo. *„Psychicky nás to posilnilo a máme pocit, že nás nemôže zlomiť len tak nejaká hlúposť či banalita, ktorú riešia iní ľudia. Fungovanie sa plne prispôbilo synčekovi a jeho potrebám, neustálym hľadaním, ako zlepšiť jeho zdravotný stav, či rehabilitáciami, kraniosakrálnymi terapiami, vývinovými stimuláciami... A v tom ma manžel plne podporuje psychicky aj finančne.“* Respondentka sa plne stará o napĺňanie potrieb ich syna a finančné zabezpečenie rodiny ostalo na manželovi.

Manžel, otec dieťaťa, vnímal predčasné narodenie syna ako *„veľmi náročné obdobie... Aj si doma poplakal, aj sa hneval, ale vždy mi bol oporou.“* Respondentka tiež spomína, že jej bol veľkou oporou v najťažších chvíľach: *„A nech išla akákoľvek zlá správa, vždy sme to prebrali a povedal, že to zvládneme a ľúbime ho nech bude, aký bude.“*

Aj širšia rodina stála pri nich, avšak rodičia dieťaťa vnímali, že na začiatku to chcú prežívať hlavne spolu sami. *„Boli z toho veľmi nešťastní, snažili sa byť nápomocní, v čom sa dalo. Ale ten úvod je pre nás taký, že sme to chceli riešiť hlavne ja a manžel, bez všetkých.“*

Po príchode domov si respondentka uvedomila, že ich život sa úplne zmenil: *„Život s dieťaťom je úplne iný, ale je to naše svetielko, pre ktoré urobíme všetko...“*

## 5. Odborná pomoc a podpora okolia

Respondentka vnímala počas hospitalizácie ako veľkú oporu matku, s ktorou ležala na izbe: *„Našťastie som mala na izbe pooperačného oddelenia skvelú susedu, s ktorou sme si vzájomne pomáhali celodennými rozhovormi.“*

V nemocnici tiež mala možnosť zúčastniť sa skupinových podporných stretnutí pre matky nedonosených detí. *„Centrum včasnej intervencie robilo v nemocnici také besiedky, kde bol aj psychológ.“* Respondentka ich však nevnímala ako prínosné: *„Bolo to fajn, ale nesedelo mi, že pokaždé sú tam nové mamičky a tým nebudem znova a znova rozprávať, čo sa nám stalo. Takže som tam už potom nechodila.“* Opätovné prežívanie traumy z pôrodu, ktorú respondentka otvorene pomenúvala, mohlo prispieť k jej retraumatizácii.

Individuálne stretnutia so psychológom v nemocnici nemala možnosť absolvovať, neoslovila psychológa ani po prepustení z nemocnice, aj keď nad tým dodnes uvažuje: *„Nevyhľadala... Ale stále, i už po roku aj pol od vtedy si hovorím, či by to nebolo vhodné... Lebo mám pocit, že je to vo mne stále zakorenené a hnevám sa, plačem, keď si na to spomeniem...“* Vníma však, že v nemocnici by mali mať matky možnosť komunikovať so psychológom: *„Myslím, že by bolo fajn, mať psychológa ako súčasť starostlivosti o nás a naše bábätko... Mohlo by to pomôcť.“*

Respondentka oslovila Centrum včasnej intervencie. Stretnutia pre ňu mali tento význam: *„Pre synčeka mi veľmi pomohlo Centrum včasnej intervencie, ktoré k nám chodí dodnes. Lebo lekári hodnotia dieťa na základe piatich minút v ambulancii.. Ale oni vidia to dieťa jeden aj pol hodiny každý mesiac, niekedy aj častejšie.. A to už je zase o niečom inom.“*

Podporovali ju hlavne členovia rodiny: *„Hlavne manžel, manželova mamina a moja mamina.“*

Predčasný pôrod otriasol aj jej vierou v ochranných anjelov: *„Verím len v ochranných anjelov. Hnevala som sa na nich, že toto dopustili, ale nakoniec asi to tak všetko malo byť...“*

V období po pôrode jej pomáhal kontakt s inými matkami: *„Pomohlo mi písanie si s mamičkami, čo mali podobné diagnózy u svojich detí, lebo som mala pocit, že nik iný nedokáže pochopiť, čo práve cítim.“*

Stále je aktívna v kontakte s inými matkami, s ktorými sa zoznámila ešte v nemocnici a s ktorými si vzájomne pomáhajú: *„Sme v kontakte 6 mamičiek, čo sme tam spolu ležali. Píšeme si a stretávame sa. Kontaktovala som na facebookových skupinách mamičky kvôli diagnózam, ktoré nás postretli a veľa mi to pomohlo pochopiť, zistiť, pripraviť sa na všetko...“*

## **6.Čo sťažovalo prekonanie situácie?**

Respondentka M8 popísala, čo jej dodnes sťažuje prijať a prekonať situáciu, ktorú prežila. *„Neustále spomínanie na príšerný pôrod je pre mňa niečo, čo sa stále deje... Nevieam to prekonať.“* Je zjavné, že respondentka svoju traumu z pôrodu neprekonalala.

## **ROZHOVOR S RESPONDENTKOU M9**

Respondentka M9 porodila v 26. týždni tehotenstva. Bolo to jej 3. tehotenstvo a porodila 1. dieťa. Tehotenstvo prebiehalo bez komplikácií, mala len bežné nevoľnosti. Bolo to vytúžené a plánované tehotenstvo počaté prirodzenou cestou.

### **1.Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia**

Respondentka M9 nechcela o tejto téme hovoriť. *„Spomínam si na toto obdobie ako na plné napätia, strachu a stresu o dieťa...“* Bližšie sa k tejto téme nevyjadrila, čo môže znamenať prežívanie hlbokej traumy z pôrodu, ktorú ešte nemá spracovanú.

### **2.Starostlivosť o dieťa**

Respondentka M9 uviedla, že: *„Stav nášho dieťatka nevedeli predpovedať. Ale bol vážny.“* V dôsledku jeho vážneho zdravotného stavu sa oň nemohli spočiatku aktívne starať, postupne sa však so zlepšujúcim zdravotným stavom dieťaťa začali podieľať na úkonoch starostlivosti o svoje dieťa: *„Najprv sme mohli dieťatko iba hladkať. Všetko šlo tak veľmi pomaly... Až neskôr sme sa postupne zapájali do starostlivosti.“*

Súčasne respondentka popísala, že mali možnosť klokankovať svoje dieťa. *„Bolo to neopísateľné... Prvýkrát držíte svoje dieťa po veľa veľa dňoch...“* So spomienkou na klokankovanie respondentka prežívala veľmi silné emócie.

Aj po prepustení z nemocnice bola pre rodičov starostlivosť o dieťa veľmi náročná. Takto si na to respondentka spomína: *„Naše dieťa malo zdravotné ťažkosti, takže starostlivosť bola zložitá, museli sme absolvovať veľa vyšetrení u lekárov.“*

Dodnes hodnotí, že sa situácia veľmi nezlepšuje, stále je starostlivosť o dieťa pre rodičov náročná: *„Je to náročné, tým že dieťa je nekludné, málo spí a sme na neho iba sami dvaja.“*

### **3. Prežívanie matky**

Respondentka spomína na obdobie pôrodu a tesne po ňom ako na obdobie plné strachu, stresu: *„Spomínam si na to obdobie ako na plné napätia, stresu a strachu o dieťa...“* Prvé dni po pôrode: *„Boli plné neistoty, strachu a stresu. Ani neviem...“*

Prežívala napätie, strach, stres a bolesť. V súvislosti s dieťaťom, keď nemohla byť pri ňom, aj keď bola s ním, popísala takého prežívanie: *„Bolo to veľmi ťažké. Cítila som bez neho aj s ním veľkú neistotu a obavy, strach...“*

Ani po prepustení dieťaťa z nemocnice necítila úľavu, radosť či iné pozitívne materské emócie: *„Neviem... Proste nezažívate nič, čo zažíva matka, ktoré porodí svoje dieťa v termíne. Žiadna radosť, eufória...“*

Spätne respondentka spomína na pôrod a obdobie po ňom, ako rýchlu, ale psychicky náročnú situáciu: *„Porodila som za 18 min aj s cestou na sálu... Ani som neriešila, že rodím.. Ale obdobie potom bolo psychicky náročné.“* Aj s odstupom času cíti respondentka bolesť: *„Stále je to pre mňa bolestivé.“*

Respondentka vníma, že náročná pre ňu bola nevedomosť, že môže porodiť tak skoro: *„Nevedomosť, že môžem porodiť v 26. týždni tehotenstva... Nebola som na to pripravená.“*

### **4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu**

Predčasný pôrod podľa slov respondentky intenzívne prežíval aj jej partner. *„Tiež prežíval stres a napätie.“* S partnerom nemajú širšiu rodinu, ktorá by to prežívala s nimi.

Respondentka veľmi jasne a so silnými emóciami pomenovala, ako predčasný pôrod ovplyvnil ich rodinu a život: *„Zmenilo to úplne všetko. Zrazu stratíte prácu, brucho a vlastne ani dieťa nemáte...“*

## 5. Odborná pomoc a podpora okolia

Respondentka M9 nemala možnosť osloviť psychológa priamo v nemocnici. Preto ani nevie zhodnotiť, či by takúto možnosť využila.

Zúčastnila sa však skupinových podporných stretnutí počas hospitalizácie. Hodnotila ich ako prínosné: *„Jedenkrát do týždňa sme mohli chodiť na sedenia... Priniesli mi pocit, že v tom nie som sama...“*

Respondentka spomína, že najväčšou podporou v tomto období jej bol partner: *„Iba partner, sme na dieťaťko sami, rodina nám nepomáha.“* Rovnako jej pomohla viera, avšak nešpecifikovala, v čom.

Ako ďalší zdroj podpory jej boli a v súčasnosti aj sú iné matky predčasne narodených detí. Tieto kontakty jej dali hlavne rady a pochopenie: *„...doteraz sme v kontakte. Dalo mi to hlavne rady a pochopenie.“*

## 6.Čo by pomohlo?

Ako veľký zdroj pomoci by pre túto respondentku bola širšia rodina, ktorú už pri sebe nemajú: *„Ako kebyže máme rodinu okolo seba... Ale už sú v nebi...“*

## ROZHOVOR S RESPONDENTKOU M10

Respondentka M10 porodila v 28. týždni tehotenstva. Bolo to jej prvé tehotenstvo. Bolo vytúžené a plánované, s manželom počali pomocou asistovanej reprodukcie. Tehotenstvo bolo rizikové. V rozhovore s respondentkou sme identifikovali tieto hlavné témy.

### 1.Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia

Respondentka M10 veľmi presne spomínala na priebeh vytúženého tehotenstva. *„Na začiatku som si musela pichať injekcie do brucha na zníženie zrážanlivosti krvi. Mala som nevoľnosti hlavne poobede a navečer a opúchali mi nohy. Ale bola som pyšná budúca mamička. V 20. týždni som prvýkrát zakrvácala, po tretej „veľkej príhode“ v 25. týždni som išla na pohotovosť, kde ma hneď hospitalizovali na rizikovom oddelení z titulu „placenta previa“. Pri vstupnom vyšetrení zistili nedostatočné krvné prietoky v pupočníku. Taktiež bolo zistené zaostávanie vývoja plodu. A už to bolo. Poležala som si na rizikovom*

*oddelení 3 týždne. Prísny ležiaci režim, upustili nakoniec trošku a mohla som aspoň chodiť sama na toaletu, nakoľko som misu nevládala.... Na ultrazvuku sa raz objavila možná anomália hlavičky.... Keď som bola z toho nešťastná, bolo mi podľa mňa dosť surovo ponúknuté aj ukončenie tehotenstva. Pri ďalšom sono našťastie anomáliu vylúčili a rovno naplánovali sekciu, nakoľko „vonku“ bude mať dieťaťko väčšie šance všetko dohnať. V brušku totiž ďalej chradlo.“*

Respondentka si tiež detailne spomína na pôrod sekciou, ktorý prebehol v plnej narkóze. Prípravy na pôrod prebiehali takto: *„Akoby som sledovala bez emócií niečo, čo sa mňa vôbec netýka.“*

Dieťa malo podľa slov respondentky napriek skorému narodeniu pomerne dobrý zdravotný stav: *„...napriek skorému termínu pôrodu veľmi dobré Apgar skóre, samo sa nadýchlo a dýchalo, hneď bolo umiestnené do inkubátora. Nemalo žiadnu zjavnú poruchu ani genetickú. Na 3. deň sa však dostavila infekcia bruška, problémy s vyprázdňovaním, no našťastie po antibiotikách a troch transfúziách krvi sa stav stabilizoval a riziko pominulo. Bol to malý bojovník.“*

## **2. Starostlivosť o dieťa**

Respondentka spomína, že počas jej hospitalizácie navštevovala svoju dcéru každý deň: *„Na vozíčku ma manžel odviezol „navštíviť“ našu dcérku, to bolo druhý deň po sekcii. Chodili sme tam spolu každý deň počas mojej hospitalizácie, sama som nevládala.“*

Po prepustení z nemocnice za dcérou chodila respondentka každý deň. Takto si na to spomína: *„...nosila som jej odsaté materské mlieko. Keď bola v inkubátore na JIRS, čítavala som jej knižky a rozprávala o tom, čo ju doma čaká a čo spolu zažijeme a prikladala som jej ruku na hlavičku a telo. Neskôr som mohla aj klokankovať. Na oddelení Patologických novorodencov som dcérku už aj prebaľovala a krmila z fľašky a učila sa s ňou manipulovať.“* So zlepšovaním zdravotného stavu dieťaťa sa matka mohla stále viac zapájať do starostlivosti.

Respondentka tiež intenzívne spomínala na klokanovanie, ktoré hodnotila ako *„konečne prirodzený kontakt medzi matkou a dieťaťom“*. Klokanovala pri každej návšteve, ak to okolnosti umožňovali. *„Pocity boli rozpačité, aj príjemné. Najmä som svoje dieťaťko nechcela „vrátiť späť do domčeka“, bolo nám spolu príjemne, no nevedela*

*som, či ono vie, kto som. Toto ma veľmi zaujímalo a trápilo. Personál bol v tomto smere ústretoví a časovo kľokankovanie neobmedzoval, cítila som sa v tomto smere slobodne.“*

Obdobie po prepustení dieťaťa z nemocnice nebolo pre respondentku jednoduché, bolo skôr hektické a plné neistoty. *„Zúfalé obdobie neistoty, čo robiť, ako robiť, ako všetko stíhať, ako sa vyspať, či stihnem odsť mliečko, čo keď nie, čo dám dcérke potom papať.... Celé dni v pyžame a neumytá, domáce väzenie. Stresujúce veľmi.“* Respondentka spomínala tiež na pocity, ktoré každodenné povinnosti sprevádzali: *„Nevedela som sa vyrovnáť s tým, že nemám dieťa, ktoré „spí, papá a kaká“, že musím chodiť po špecialistoch, ktorých treba najprv telefonicky obvolať, čo mi zabralo nesmierne veľa času to manažovať, že dcérka musí rehabilitovať kde plače a stretávať tam detičky s príšernými defektami. Že som sa vôbec necítila šťastná.“*

### **3. Prežívanie matky**

Tým, že respondentka čakala na plánovanú sekciu týždeň vopred, bolo to pre ňu psychicky náročné: *„Veľmi som sa bála, deň pôrodu bol naplánovaný týždeň vopred, čiže to bolo len čakanie v strachu.“*

Respondentka popísala, že prvé dni po pôrode neprežívala žiadne euforické pocity: *„Určite som neprežívala nič euforické ani blažené. Bol to len akoby povinný pocit, že mi má na mojom dieťatku záležať. To asi vyvolali maminy, ktoré boli so mnou na izbe a už mali aj doma staršie deti.“*

*„Dcéрку som videla až na druhý deň po sekcii a to len maličký kúsok z tváricky, nakoľko bola pozakryvaná a „zahadičkováná“. Nebyť fotky, ktorú po pôrode vyhotovili, vôbec som si ju nevedela predstaviť. Pravdupovediac som necítila vôbec nič, len som na ňu nemo pozerala. Na ďalších návštevách som plakala, čo mi sestrička zakazovala..... ale bola to len čistá ľútosť.“*

Pre respondentku bol silnou motiváciou vydržať jej blížiaci sa deň prepustenia z nemocnice: *„Veľmi som sa tešila domov po takom dlhom čase strávenom v nemocnici, na súkromie a na manžela. Vyslobodenie.“*

Respondentka sa tešila, že si oddýchne, pozrie televízor, bude môcť sedieť v záhrade, bude prežívať normálny život oproti tomu v nemocnici, kde mala veľmi prísny ležiaci režim. *„V reále to bolo iné, bola som stále veľmi unavená. Bolo to ako virtuálna realita, som mama, no dieťatko nie je pri mne. To, že mám dieťatko ohlasovali len moje prsia,*

*ktoré som trápila každé 3 hodiny odsávaním mliečka a vtedy to bola vlna emócií. “ Dcérin zdravotný stav bol v tom čase vážny, čo prispievalo k psychickej nepohode respondentky. „Doma som plakala, ale nevedela som vlastne kvôli čomu. Bolo mi nesmierne ľúto, že je dcérka sama, bez nás rodičov, taká maličká a zraniteľná, odkázaná na cudzích aj keď veľmi milých ľudí. Každá maličkosť ma vedela neuveriteľne rozčítiť. “*

*„Mala som pocit, že mi nebolo dostatočne dlho dopriať sa pripraviť na dieťa a zžiť sa s tým pocitom, že v brušku skutočne je, hlavne v druhej polovici gravidity, keď dieťa už jasne cítite. “ Respondentka si nemohla užiť tehotenstvo, hlavne jeho druhú polovicu. Preto mohla mať problém prijať fakt, že je matkou, prijať rolu matky, na ktorú ešte nebola pripravená.*

*To sa prejavilo aj v ďalšej respondentkinej odpovedi: „Po príchode domov s dcérou začal úplne iný život, mne cudzí a nechcela som ho. Túžila som po časoch, keď sme boli len dvaja s manželom. “*

*V celku respondentka hodnotí obdobie ako to, ktoré už nikdy viac nechce zažiť. „...nechcela by som sa do konca života dostať do nemocnice, ani z iných dôvodov a byť odkázaná na jej personál. Počas môjho pobytu som videla rôzne prístupy a správanie a niekedy som plakala nad necitlivosťou voči iným ženám na oddelení, ktorú možno oni samé v tom rozpoložení a situácii vôbec nevnímali. “ Respondentka si nesie so sebou veľký hnev voči zdravotníckemu personálu, ktorý nemá spracovaný, aj keď situácie, ktoré ho spôsobili sa v niektorých prípadoch netýkali bezprostredne jej samotnej.*

*Napriek tomu, že od pôrodu už ubehli dva roky, respondentka vníma, že stále je to pre ňu veľmi citlivá téma: „Hovorí sa, že po čase sa na to škaredé a nepríjemné zabudne, zatiaľ som tú hranicu nedosiahla. Nerada o tom hovorím a nechcem na to myslieť. “*

#### **4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu**

*Respondentka spomínala na to, ako obdobie pred pôrodom aj po ňom prežíval jej manžel a ako im pôrod zmenil každodenné fungovanie: „Manžel trpel strachom o mňa a samotou, nakoľko sme žili sami dvaja a boli sme stále spolu doma aj v práci. Každý jeden deň ma bol v nemocnici navštíviť, zanedbával prácu. “*



Manžel mal o ňu veľký strach: „*Veľmi sa bál, že o mňa príde, že sa niečo nepodari, nakoľko pôrod bol rizikový. Čiže strach a neistota z toho, čo nás čaká. Bol veľmi nešťastný, neriešil podľa mňa dieťa, len mňa.*“

Podporou rodine boli aj starí rodičia a širšia rodina: „*Veľmi ma ubezpečovali, že všetko bude v poriadku, že mi pomôžu, chodili za mnou do nemocnice a nosili mi veci, ktoré som nepotrebovala, že len tak pre radosť. Keď bola dcérka už na svete, tešili sa, že to dobre dopadlo, teda že ja som v poriadku a dcérka tiež.*“

## **5.Odborná pomoc a podpora okolia**

S respondentkou sme tiež hovorili o psychologickej podpore. Už počas hospitalizácie, keď bola prijatá na oddelenie patologických novorodencov, jej ponúkli psychológa: „*Bola som bezradná, že neviem svoje dieťa 24 hodín zvládať a jeho plač upokojiť, že nespinká. Personál vyhodnotil situáciu a psychológa mi sám ponúkol, čo som prijala a stretli sme sa asi 3krát počas pobytu na oddelení.*“

Respondentka vyhľadala pomoc psychológa tiež 2 mesiace po prepustení z nemocnice. „*Venovali sme sa začiatkom a celému priebehu tehotenstva, pôrodu a hľadali sme pôvod neistoty, ktorá ma prepadla.*“

Absolvovala asi 13 stretnutí. Ich význam hodnotí takto: „*Pomohli mi vyrovnať sa so situáciou a prijať ju, aby som už neriešila otázky „prečo“, ale išla ďalej.*“

Po prepustení z nemocnice jej z najbližších veľmi pomohla jej mama: „*V čase, keď sme s dcérkou prišli domov mi najviac pomohla asi moja mamina.*“

## **6.Čo sťažovalo prekonanie situácie?**

Respondentka tiež popísala, čo jej v období okolo pôrodu sťažovalo prijať situáciu a prekonať ju. Nevedela sa vyrovnať s tým, že jej dieťa nemá štandardné potreby: „*...že nemám dieťa, ktoré „spí, papá a kaká“, že musím chodiť po špecialistoch*“. Necítila sa šťastná, pretože starostlivosť o dcéru bola fyzicky aj psychicky náročná.

„*Náročné bolo zvládať celkovo situáciu, v ktorej som sa ocitla z titulu vývoja tehotenstva a tiež sledovať osudy iných mamičiek, ktoré som v nemocnici stretla. Pre mňa to bol prvý pôrod a pre pôrodníka a personál asi tisíci v poradí a bolo to na správaní a prístupe niekedy cítiť.*“ Respondentka dodnes ťažko znáša nemocnice a tiež sa nestretáva s matkami, ktoré zažili predčasný pôrod.

## 7.2 Spoločné témy naprieč rozhovormi s matkami

V každom z rozhovorov sme identifikovali tieto spoločné hlavné témy:

1. Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia.
2. Starostlivosť o dieťa.
3. Prežívanie matky.
4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu.
5. Odborná pomoc a podpora okolia.
6. Čo sťažovalo prekonanie situácie?
7. Čo by pomohlo?

### 1.Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia

Týždeň, v ktorom porodili	Respondentky
26. týždeň tehotenstva	M2, M3, M9
27. týždeň tehotenstva	M4, M7
28. týždeň tehotenstva	M10
29. týždeň tehotenstva	M1, M8
30. týždeň tehotenstva	M6
33. týždeň tehotenstva	M5

Tab. 5: Týždeň pôrodu.

Z týchto údajov vyplýva, že **5** respondentiek je matkami **extrémne nezrelých novorodencov** (M2, M3, M4, M7, M9), **4** respondentky porodili **veľmi nezrelých novorodencov** (M1, M6, M8, M10) a **1** z respondentiek je matkou **stredne až ľahko nezrelého novorodenca** (M5).

V tejto téme sme identifikovali dve podkategórie

- Pozitívna skúsenosť s pôrodom

Respondentky M5, M6 a M7 prežili pôrod **bez závažných komplikácií**.

M6: „Pôrod bol rýchly a veľmi príjemný vďaka môjmu manželovi, mame, sestričkám a lekárom. Všetko prebehlo bez komplikácií.“

- Negatívna skúsenosť s pôrodom

Respondentky M1, M2, M3, M4, M8, M9 a M10 prežili **komplikovaný pôrod**, ktorý v nich zanechal mnohé negatívne emócie. V niektorých prípadoch (M1, M4) respondentky pomenovali **nepríjemný prístup zdravotníckeho personálu**, pre ďalšie respondentky (M2, M3) bola náročná **dlhá hospitalizácia s prísnyim ležiacim režimom** pred pôrodom.

Negatívny dopad na psychiku respondentiek tiež znásoboval samotný **fakt extrémne predčasného pôrodu**, mnoho neprijemných **lekárskych zákrokov** či priame **ohrozenie života dieťaťa**.

M3: „*Ako najhoršie obdobie môjho života, snád' po každej stránke. Bol to obrovský tlak na psychiku človeka. Izby nebudem radšej ani komentovať, sestričky boli jediná pozitívna stránka, nakoľko boli dosť milé - všetky. Inak strava, hygiena, návštevné hodiny, všetko zlé. Ak ste tam týždeň, vydržíte. Ak tam však prežívate 3 mesiace, to je už úplne iný príbeh. Rozhodne by som si toto nikdy nechcela zopakovať.*“

M8: „*Pôrod navždy zostane pre mňa veľmi traumatickým zážitkom, ktorý neprajem nikomu na svete.*“

## 2. Starostlivosť o dieťa

V tejto téme sme identifikovali 3 podkategórie.

- Starostlivosť o dieťa počas hospitalizácie

Všetky z našich respondentiek popísali, akým spôsobom prebiehala starostlivosť o ich dieťa. Z výpovedí respondentiek vyplýva, že počas hospitalizácie, hlavne v prípade extrémne a veľmi nezrelých novorodencov, sa **na starostlivosti matky mohli podieľať len postupne**. Učili sa **kŕmiť, prebaľovať, polohovať** v inkubátore atď.

M10: „*...každý deň som za dcérkou do nemocnice dochádzala a nosila jej odsaté materské mlieko. Keď bola v inkubátore na JIRS, čítavala som jej knižky a rozprávala o tom, čo ju doma čaká a čo spolu zažijeme a prikladala som jej ruku na hlavičku a telo. Neskôr som mohla aj klokankovať. Na oddelení patologických novorodencov som dcérku už aj prebaľovala a kŕmila z fľašky a učila sa s ňou manipulovať.*“

- Klokankovanie

Súčasťou starostlivosti o predčasne narodené deti je veľmi rozšírené **klokankovanie**. 8 respondentiek z 10 počas hospitalizácie ich dieťaťa klokankovalo (M1, M2, M4, M6, M7, M8, M9, M10). Hovorili o tom ako o **nádhernom, neopísateľnom pociťe**, dieťa akoby bolo zrazu **zhmotnené**, o okamihu, kedy si **uvedomili**, že sú **mamou**.

M4: „*...bol to nádherný pocit, keď môžete po niekoľkých dňoch, resp. týždňoch konečne cítiť svoje bábätko, jeho krehké telíčko, cítiť a počuť, ako dýcha, bije mu srdiečko... Boli to nesmierne silné emócie tak ako pre mňa, verím, že aj pre neho.*“

M7: „*Moji drobčekovia sa na mňa usmievali a pozerali, cítili že sú pri mame. Bola to prvá chvíľka, keď som si uvedomila že som mama.*“

- Starostlivosť o dieťa po prepustení z nemocnice

Po prepustení z nemocnice väčšina našich respondentiek (M1, M2, M3, M4, M6, M8, M9, M10) pomenovala, že starostlivosť o ich dieťa bola **náročná**, hlavne v prípade, keď ich dieťa malo po pôrode **vážne zdravotné komplikácie**.

M9: „*Naše dieťa malo zdravotné ťažkosti, takže starostlivosť bola zložitá, museli sme absolvovať veľa vyšetrení u lekárov.*“

M10: „*Zúfalé obdobie neistoty, čo robiť, ako robiť, ako všetko stíhať, ako sa vyspať, či stihnem odsať mliečko, čo keď nie, čo dám dcérke potom papať.... Celé dni v pyžame a neumytá, domáce väzenie.*“

### 3. Prežívanie matky

Túto tému môžeme rozdeliť do niekoľkých podkategórií.

- Prežívanie matiek prvé dni po pôrode

Matky tesne po pôrode pomenúvali hlavne prežívanie emócií ako **strach, stres, obavy, vyčerpanosť, zmätok, obrovská vnútorná bolesť, pocit zlyhania, výčitky, ale aj radosť, šťastie, láska a odhodlanie**.

M4: „*Dlho som mala výčitky zo zlyhania, že som ho nedokázala donosiť, zabezpečiť mu pohodový štart do života.*“

M1: „*Boli to dni plné strachu o život synčeka, ktorý vo veľmi kritickom stave bojoval v inkubátore o svoj život. Zároveň to boli dni plné šťastia a radosti, lebo som sa stala mamou. Porodila som si najväčšiu lásku svojho života.*“

Respondentky M2, M6 a M10 popisali, že spočiatku **necítili žiadne puto** k svojmu dieťaťu, až postupom času si ho budovali.

M2: „*Zo začiatku mi nedochádzalo, že toto je moje dieťa. Čím viac som za ním chodila, tým viac sa budoval vzťah.*“

M6: „*Prvé dni som necítila žiadne puto ani nič. Také prázdno... Že sa to zvrtilo príliš rýchlo a neužila som si tehotenstvo.*“

M10: „Určite som neprežívala nič euforické ani blažené. Bol to len akoby povinný pocit, že mi má na mojom dieťatku záležať.“

- Pocity spojené s odlúčením od dieťaťa

Matky po pôrode bývajú prepustené z nemocnice, avšak ich nedonosené deti ostávajú naďalej hospitalizované. Respondentky M1, M3, M7, M8 a M10 to znášali **ťažko**, aj keď respondentka M7 vnímala, že je to **pre jej deti to najlepšie**.

M1: „Vždy, keď som sa vrátila z nemocnice do prázdneho bytu, rozplakala som sa. Ja som bola doma, ale moje dieťa bolo stále v nemocnici, samé bez svojej mamy. Ja zas bez neho. Noc bola najhoršia...“

M3: „Návrat to “normálneho” života bol po fyzickej stránke ťažký, no psychická stránka bola úplne odlišne náročná. Prvé mesiace som si pripadala, že som zlyhala ja, keďže som drobčeka nemala doma.“

M7: „Chcela som ich zobrať so sebou domov. Bála som sa o nich. Ale nakoniec som si uvedomila, že je to pre nich to najlepšie a že im to tam pomáha. A každý deň som chodila za nimi.“

M10: „Pôvodne som sa tešila, že si poriadne oddýchnem... V reále to bolo iné, bola som stále veľmi unavená. Bolo to ako virtuálna realita, som mama, no dieťaťko nie je pri mne... Bolo mi nesmierne ľúto, že je dcérka sama, bez nás rodičov, taká maličká a zraniteľná, odkázaná na cudzích aj keď veľmi milých ľudí.“

- Prežívanie matiek pred prepustením dieťaťa z nemocnice

Pred prepustením dieťaťa z nemocnice matky pomenúvali **očakávanie, obavy, odhodlanie** či **šťastie**.

M1: „Bola som plná očakávaní, nevedela som, čo ma čaká, ale bola som odhodlaná všetko zdolať.“

M4: „Veľmi som sa tešila, že budeme konečne doma spolu sami.“

M8: „Bála som sa, či to všetko zvládneme, čo s ním budeme robiť.“

- Prežívanie matiek s odstupom času

Prežívanie matiek s odstupom času bolo u našich respondentiek rôzne. Respondentky M2, M4 a M7 vnímajú s odstupom času **úľavu a radosť**, že to zvládli.

M2: „Vďaka Bohu, že sme to prežili. Úľavu.“

M7: „Precitlivenosť, šťastie, radosť...“

Respondentky M1 a M5 spätne prežívajú **rozpačité alebo zmiešané emócie**.

M1: „Moje emócie sú veľmi zmiešané a vždy závisí od aktuálnych okolností, či sú pozitívne alebo veľmi negatívne.“

M5: „Rozpačité. Som rada, že je syn v poriadku.“

Respondentky M3, M6, M8, M9 a M10 aj s odstupom času prežívajú spomienky na pôrod ako **stále rovnaké** či **bolestivé**. U respondentky M6 sa bolestivé emócie objavili až s odstupom času.

M3: „Stále rovnaké, skôr sa snažím na to nemyslieť.“

M6: „Teraz to prežívam oveľa viac, ako keď to bolo aktuálne. Dolieha to na mňa postupne, začalo sa to asi 6 mesiacov po pôrode.“

M9: „Stále je to pre mňa bolestivé.“

#### 4. Vplyv predčasného pôrodu na rodinu

V tejto téme sme identifikovali 3 podkategórie.

- Vplyv predčasného pôrodu na partnera/manžela

Respondentky pomenúvali, že ich manželia či partneri prežívali spolu s nimi **strach**, **obavy** či **stres**. Zároveň im však boli veľkou oporou a mali radosť z toho, že sa stali otcami.

M1: „Bol šťastný, že sa konečne stal otcom. Mal však veľké obavy, ako to všetko zvládne, či dokáže byť dobrým otcom nášmu špeciálnemu dieťaťu, či bude naďalej dobrým manželom, či mi bude vedieť pomôcť a byť mi oporou, keď to budem potrebovať.“

M2: „Strach, strach a strach. Ale zároveň bol silný a stále tvrdil, že spolu to zvládneme.“

- Vplyv predčasného pôrodu na fungovanie rodiny

Fungovanie rodiny po narodení nedonoseného dieťaťa sa môže radikálne zmeniť. Tak to vnímali aj niektoré naše respondentky. Respondentky M3 a M8 vnímali zmenu hlavne

v tom, že museli nečakane zanechať prácu a **financovanie rodiny** ostalo **na pleciach manželov/partnerov**.

M3: „*Radikálne, pracuje len priateľ - tatinko, financie sú plne v jeho rukách. Ja sa starám o plnohodnotný život syna.*“

Zmena v živote rodiny v mnohých prípadoch súvisela hlavne s množstvom **lekárskych vyšetrení, rehabilitácií** či **špeciálnej starostlivosti**, ktorú dieťa potrebovalo.

M8: „*Fungovanie sa plne prispôbilo synčekovi a jeho potrebám, neustálym hľadáním, ako zlepšiť jeho zdravotný stav, či rehabilitáciami, kraniosakrálnymi terapiami, vývinovými stimuláciami... A v tom ma manžel plne podporuje psychicky aj finančne.*“

- Vplyv predčasného pôrodu na širšiu rodinu

Aj širšia rodina, hlavne starí rodičia v mnohých prípadoch veľmi ťažko nesú **strach** o dieťa a jeho matku. Naše respondentky pomenúvali, že starí rodičia a širšia rodina mali veľký strach, ale boli im zároveň **podporou**.

M7: „*Všetci sa tiež báli, aby bolo všetko v poriadku. Podporovali nás a pomáhali nám.*“

Respondentka M6 popísala, že na jej matku predčasné narodenie vnučky po troch dňoch doľahlo a musela vyhľadať lekársku pomoc.

M6: „*Moju maminu to trochu zmohlo, asi tri dni po pôrode... Musela si volať pohotovosť. Bol to strach aj o mňa a aj o vnúča.*“

## 5. Odborná pomoc a podpora okolia

V tejto oblasti sme identifikovali niekoľko podkategórií.

- Psychologická pomoc priamo v nemocnici

Respondentiek sme sa pýtali na to, či mali počas hospitalizácie možnosť osloviť psychológa, resp. či im bol psychológ odporučený personálom nemocnice.

3 respondentky (M2, M6, M10) **dostali možnosť hovoriť so psychológom** priamo počas ich hospitalizácie či hospitalizácie ich dieťaťa. Táto intervencia mala individuálny charakter. Respondentka M2 mala dokopy 3 stretnutia s dvoma rôznymi psychologičkami, pri jednej nedostala žiadne rady, druhá s ňou už hovorila o tom, ako prekonávať prekážky.

M2: *„Prvá chcela odo mňa, aby som si pospomínala, čo mi dodáva silu zvládnuť to všetko, to bolo fajn. Ale nedostala som žiadnu útechu či rady, ktoré som očakávala a potrebovala. Neskôr, druhá psychologička mi už načrtla budúcnosť a ako prekonávať problémy a toto sa mi už viac rátalo.“*

Respondentka M6 ležala v nemocnici, kde mali psychologičku k dispozícii všetky ženy čakajúce na pôrod aj po ňom. Tieto stretnutia vnímala pozitívne.

M6: *„To, že chodila na izby psychologička bolo určite pozitívne. Vo mne to vzbudzovalo pocit istoty.“*

Respondentka M10 dostala možnosť hovoriť so psychológom po tom, ako nevedela utíšiť svoje dieťa.

M10: *„Bol mi ponúknutý psychológ na oddelení patologických novorodencov asi 2. alebo 3. deň, keď som bola prijatá k dcérke na toto oddelenie. Bola som bezradná, že neviem svoje dieťa 24 hodín zvládať a jeho plač upokojiť, že nespinká. Personál vyhodnotil situáciu a psychológa mi sám ponúkol, čo som prijala a stretli sme sa asi 3krát počas pobytu na oddelení.“*

Ostatné matky nemali alebo nevedeli o možnosti vyhľadať psychológa priamo počas hospitalizácie.

M1: *„Žiaľ, táto možnosť mi nebola ponúknutá, čo ma vzhľadom na moju situáciu dosť prekvapilo a prekvapuje ma to dodnes.“*

**Mat' možnosť hovoriť so psychológom** v období po predčasnom pôrode priamo v nemocnici by však **privítali** 4 respondentky (M1, M2, M3, M8). Sú to respondentky, ktoré prežili komplikovaný pôrod.

M8: *„Myslím, že by bolo fajn, mať psychológa ako súčasť starostlivosti o nás a naše bábätko... Mohlo by to pomôcť.“*

Respondentka M2 po svojej skúsenosti s psychologickou podporou priamo v nemocnici zhodnotila, že by tam mala **pracovať skúsená psychologička**.

M2: *„Áno, ale mala by to byť skúsená psychologička, ktorá o predčasniatkach a ich problémoch veľa vie a dokáže rodičov upokojiť, potešiť, hľadať riešenia v ťažkých situáciách.“*



- Podporné skupiny matiek v nemocnici

Niektoré z respondentiek (M5, M8, M9) **mali možnosť zúčastniť sa skupinových podporných stretnutí** pre matky predčasne narodených detí priamo v nemocnici. Respondentky M5 a M9 ich hodnotili pozitívne, priniesli im **nové priateľstvá, možnosť zdieľať svoje pocity** a tiež pocit, **že v tom nie sú samé**.

M5: *„Bolo priateľské, uvoľnené a dalo mi veľmi veľa. Viedli ho zamestnankyne z Centra včasnej intervencie. Okrem nového pohľadu na situáciu, mi stretnutie prinieslo nové kamarátstva s ostatnými mamičkami.“*

Respondentka M8 vnímala ako **negatívum** tejto **skupiny** jej **otvorenosť** (z hľadiska účastníkov).

M8: *„Bolo to fajn, ale nesedelo mi, že pokaždé sú tam nové mamičky a tým nebudem znova a znova rozprávať, čo sa nám stalo. Takže som tam už potom nechodila.“*

- Psychologická pomoc po ukončení hospitalizácie

Respondentka M10 vyhľadala psychologickú pomoc po prepustení z nemocnice. Absolvovala asi 13 sedení. Pomohli jej **prijatť situáciu a ísť ďalej**.

M10: *„Venovali sme sa začiatkom a celému priebehu tehotenstva, pôrodu a hľadali sme pôvod neistoty, ktorá ma prepadla...Pomohli mi vyrovnať sa so situáciou a prijať ju, aby som už neriešila otázky „prečo“, ale išla ďalej.“*

Respondentky M1, M3 a M8 zhodnotili, že **zvažovali** či **dodnes uvažujú** nad **psychologickou pomocou**, pretože spomienky na pôrod a obdobie po ňom im stále spôsobujú bolesť.

M1: *„V najbližšej dobe však zvažujem navštevovať psychologickú ambulanciu pravidelne a konečne sa dať v tomto smere riadne dokopy, nakoľko doteraz na nejaké pravidelné stretnutia nebol čas, a to z dôvodu dlhodobo nepriaznivého stavu drobca.“*

M3: *„Určite áno, predovšetkým s odstupom času, pretože som sa vkuse krútila v smútku a obavách o dieťa.“*

Respondentky M1, M3, M8 a M10, ktoré využili či zvažovali/zvažujú využiť psychologickú pomoc sú matkami, ktorých pôrod bol komplikovaný a zdravotný stav detí po pôrode vážny.

- Iná odborná pomoc

Respondentky M1, M4, M7 a M8 uviedli, že vyhľadali **inú odbornú pomoc**. U týchto respondentiek to bolo zhodne **Centrum včasnej intervencie**. Respondentka M7 ho vyhľadala až s odstupom času kvôli vývinovým ťažkostiam jej predčasne narodených synov.

M7: „Až s dost' dlhým odstupom času som oslovila CVI. Ale to z dôvodu vývinových problémov u chlapcov, nie z dôvodu predčasného narodenia.“

M8: „Pre synčeka mi veľmi pomohlo Centrum včasnej intervencie, ktoré k nám chodí dodnes. Lebo lekári hodnotia dieťa na základe piatich minút v ambulancii.. Ale oni vidia to dieťa jeden aj pol hodiny každý mesiac, niekedy aj častejšie.. A to už je zase o niečom inom.“

- Podpora okolia

Respondentky popísali, že v období predčasného pôrodu a po ňom im boli oporou najčastejšie ich **manželia/partneri** či **iní členovia rodiny**.

M1: „Manžel, ktorý sa aj dnes ponáhľa z práce domov len aby bol s nami. Veľkou oporou mi bola aj moja mamina, ktorá je pracujúca a býva ďaleko, ale vždy je tu pre mňa na telefóne a vždy, keď to jej práca a okolnosti dovoľujú, príde aj s ocinom a starajú sa nám o drobca.“

M6: „Mama, švagriná a spolumatka Jana.“

Respondentky M1, M2, M3, M5 a M8 **kontaktovali iné matky predčasne narodených detí**. Niektoré sú s nimi v **osobnom kontakte**, iné len cez **sociálne siete** (M2, M3).

M5: „Stále, tri mesiace od prepustenia, som v kontakte s dvoma mamičkami. Dalo mi to priateľstvo. To, či si prežije žena predčasniatka, či dieťaťatka, ktoré je po narodení odlúčené od matky, sa dá pochopiť, až keď to človek zažije.“

M3: „No často mi tieto kontakty prinášali len smútok na duši, pretože komunikácia prostredníctvom sociálnej siete vôbec nie je tak osobná a mnoho žien nie je rovnako empatických, a tak som sa stretávala často skôr s negatívnou reakciou.“

- Viera

Respondentky M2, M4, M6, M8 a M9 zhodnotili, že v období pôrodu a po ňom im **pomohla viera**. Respondentka M8 popísala, že verí v ochranných anjelov. Respondentka M2 vďačí viere za to, že sa jej dcéra narodila.

M8: *„Verím len v ochranných anjelov. Hnevala som sa na nich, že toto dopustili, ale nakoniec asi to tak všetko malo byť...“*

M2: *„Považujem za Boží zázrak, že dcérka vôbec žije, napriek tomu koľko prekážok musela prekonať pred narodením, ale aj tesne po ňom. Taktiež sa má o poznanie lepšie ako lekári predpokladali, lebo z nej mal byť nevnímajúci ležiak a ona nás každý deň prekvapuje svojou bojovnosťou a tvrdohlavosťou, robí malé pokroky a ide vpred. Toto sú pre mňa zázraky od Boha a som za to aj za ňu veľmi vďačná. Asi sme si mali upraviť rebríček hodnôt cez hendikepované dieťa a to sa stalo. Keby nebolo viery, možno by tu ani nebola, keďže lekári ma na začiatku nahovárali na potrat.“*

## 6. Čo sťažovalo prekonanie situácie?

V tejto téme sme identifikovali niekoľko kategórií.

- Komunikácia zdravotníckeho personálu

Respondentky M1, M2 a M4 uviedli, že negatívne hodnotili **komunikáciu zdravotníckeho personálu**.

M1: *„Lekári a ostatný zdravotný personál, ktorý nás miesto pomoci deptal, ponižoval a znevažoval. Vždy pre nás mali len zlé správy a všetko, čo sme robili hodnotili negatívne. Mávala som pocit, že som tou najhoršou matkou na svete.“*

M2: *„Negatívny prístup lekárov, ktorí dcérke nedávali žiadne šance a tým ma totálne deptali! Myslím, že na ich prístup v živote nezabudnem.“*

- Informovanosť

Respondentky M1, M7 a M9 zhodnotili, že negatívne vnímali **nedostatok informácií**. Respondentka M9 popísala **nevedomosť**, že vôbec môže porodiť tak skoro.

M9: *„Nevedomosť, že môžem porodiť v 26. týždni tehotenstva... Nebola som na to pripravená.“*

M1: „Rozhodne chýba riadna informovanosť na oddelení rizikovej gravidity a to hlavne pre matky prvorodičky. Ste v cudzom prostredí, sama, plná otázok, emócií a hormónov, a zdravotný personál sa k Vám správa, ako by ste im boli na obtiaž. Keď sa chcete niečo, čokoľvek opýtať odbijú Vás bez akejkoľvek odpovede na Vaše otázky.“

- Skĺbenie starostlivosti a lekárskeho vyšetrení

Respondentky M2, M3, M4 a M10 zhodnotili, že náročné pre ne bolo skĺbiť **lekárske vyšetrenia a starostlivosť o dieťa**.

M3: „Skĺbiť prácu nášho tatinka a množstvo zdravotných vyšetrení.“

M10: „Nevedela som sa vyrovnat' s tým, že nemám dieťa, ktoré „spí, papá a kaká“, že musím chodiť po špecialistoch, ktorých treba najprv telefonicky obvolať, čo mi zabralo nesmierne veľa času to manažovať, že dcérka musí rehabilitovať, kde plače a stretávať tam detičky s príšernými defektami.“

## 7.Čo by pomohlo?

Respondentky popísali mnoho odlišných vecí, ktoré by im mohli pomôcť zvládnuť situáciu po pôrode.

- Odborná pomoc

Respondentky M1 a M4 zhodnotili, že by im pomohla **odborná pomoc**, napríklad psychológ či zdravotnícky pracovník, ktorý by pomohol s nastavením režimu v domácnosti po príchode nedonoseného dieťaťa.

M1: „Odborná pomoc, napríklad psychológ, prípadne nejaká popôrodná asistentka, ktorá by bola rodičom ako sme my k dispozícii, aby mne ako matke pomohla s počiatočnou starostlivosťou o drobca, kým bol tatinko v práci.“

Ostatné respondentky pomenovali, že by im pomohla **informovanosť** o stave dieťaťa, **ľudskosť zdravotníckeho personálu**, **vykričať sa** či **prítomnosť rodiny**.

M7: „No myslím, že matkám po pôrode by veľmi pomohlo, keby jej povedali o stave jej dieťaťa a nie nechať ich čakať do ďalšieho dňa. Je to hrozný pocit bezmocnosti, že nič neviete.“

### 7.3 Analýza a interpretácia rozhovorov s odborníkmi

Rozhovory odborníkov sme analyzovali prostredníctvom metódy vytvárania trsov.

#### Profesia, odbornosť a cesta k podpore matiek priamo v nemocnici

Pýtali sme sa odborníčov, aká je ich profesia a zamestnanie.

O1: *„Som špeciálny pedagóg a pedagóg vývinového pohybu IDMI, tiež certifikovaná laktačná poradkyňa. Pracujem ako poradca CVI, lektor predpôrodnej rodičovskej prípravy a laktačná poradkyňa.“*

O2: *„Som psychológ, pedagóg, výchovný poradca. Pracujem ako poradca CVI, tiež ako psychológ v DSS a ako supervízor.“*

O3: *„Liečebný pedagóg a pohybový pedagóg IDMI.“* Pracuje „ako poradca CVI.“

O4: *„Fyzioterapeut. Pracujem ako fyzioterapeut a poradca včasnej intervencie.“*

Ani jedna z odborníčov nepracuje priamo v nemocnici. Všetky sú zamestnané v Centre včasnej intervencie, prípadne pracujú v iných ďalších zamestnaniach. S matkami predčasne narodených detí pracujú priamo v nemocnici. Iba jedna z respondentiek (O2) má psychologické vzdelanie, všetky však pôsobia v pomáhajúcich profesiách ako poradkyne.

Respondentiek sme sa ďalej pýtali, akým spôsobom sa dostali k podpore matiek predčasne narodených detí priamo v nemocnici.

O1: *„V rámci laktačného poradenstva a poradenstva CVI.“*

O2: *„V rámci projektu, ktorý realizovalo CVI v spolupráci s Malíčkom.“*

O3: *„Prostredníctvom CVI, po dohode so staničnou sestrou na oddelení patologických novorodencov Mgr. Lubicou Kaiserovou.“*

O4: *„Vyplýva to z môjho zamestnania, ešte v minulosti som bola sestrou na novorodeneckom oddelení. A následne ako fyzioterapeut a poradca včasnej intervencie ma to znova priviedlo na oddelenie, ale tento krát v odlišnej, poradenskej pozícii.“*

Z výpovedí odborníčov vyplýva, že poradenstvo a podporu matkám priamo v nemocnici poskytujú na základe projektu. Nejedná sa o systémový krok nemocníc, ale o iniciatívu Centra včasnej intervencie a staničnej sestry.

## **Organizačné náležitosti poradenstva v nemocnici**

Pýtali sme sa odborníčov, ako prebieha poradenstvo, ktoré poskytujú matkám predčasne narodených detí (na frekvenciu stretnutí, na priestory, kde prebiehajú stretnutia, na formu stretnutí, koľko stretnutí majú s jednou matkou, či poradenstvo poskytujú iba matkám alebo aj iným členom rodiny).

Odborníčky O1, O2 a O3 uviedli, že v nemocnici pôsobia jedenkrát týždenne, odborníčka O4 pôsobí v nemocnici dvakrát do týždňa.

O1: *„Jedenkrát do týždňa celý pracovný deň.“*

O4: *„Dvakrát týždenne.“*

Stretnutia s matkami realizujú individuálnou aj skupinovú formou (O1, O3). Odborníčka O2 uviedla, že pracujú hlavne skupinovo, respondentka O4 popísala, že poskytuje aj telefonické a mailové poradenstvo.

O2: *„Hlavne skupinovo.“*

O3: *„Individuálne a skupinovo.“*

O4: *„Máme individuálne stretnutia, skupinové stretnutia a tiež telefonické a mailové komunikácie, keď to matky potrebujú.“*

Všetky odborníčky popísali, že na skupinové stretnutia s matkami majú vyhradenú seminárnu či inú miestnosť. Individuálne stretnutia s matkami prebiehajú už priamo na izbách, kde sú matky hospitalizované.

O1: *„Skupinové stretnutia prebiehajú v seminárnej miestnosti a individuálne už na izbách alebo iných priestoroch oddelenia.“*

O4: *„Vo vyhradených priestoroch a niekedy na izbách.“*

Odborníčky O1, O2 a O4 popísali, že najprv majú rodičovskú skupinu, potom podľa potrieb matiek individuálne stretnutia na izbách. Respondentka O2 najprv navštevuje matky na oddelení, následne vedie rodičovskú skupinu pre matky a ich partnerov. Odborníčky O1 a O4 tiež popísali, že komunikujú s vrchnou sestrou či personálom oddelenia, ktorá im popíše, koľko matiek príde na skupinu a ktoré matky by chceli či potrebovali individuálne stretnutie.

O1: *„Pred rodičovskou skupinou sa stretávame s vrchnou sestrou kvôli porade, aké mamy si pýtali kontakt na poradkyne, poradíme sa, koľko matiek príde a ktoré treba navštíviť individuálne. Následne vedieme rodičovskú skupinu matiek v trvaní 2 až 3 hodiny, potom nasledujú individuálne stretnutia s matkami na izbách pri inkubátoroch.“*

O2: *„Chvíľu pôsobím na oddelení rizikových novorodencov, potom mimo oddelenia v seminárnej miestnosti, kde prebieha rodičovská skupina pre matky aj ich partnerov.“*

O3: *„Najskôr máme rodičovskú skupinu, ktorá trvá cca 1,5 až 2 hodiny. Potom podľa požiadaviek matiek ideme na oddelenie, kde individuálne sme s matkami a deťmi.“*

O4: *„Sú to skupinové sedenia v trvaní cca 90 min. Ak odporučí personál oddelenia, že je vhodné venovať sa niekomu individuálne, tak sa dohodneme s rodičom a stretneme sa priamo na izbe.“*

Odborníčky O2, O3 a O4 nekontaktujú matky samé. Matky získavajú informácie o skupinových a individuálnych stretnutiach s poradkyňami z letákov, ktoré sú vyvesené na oddelení a od personálu oddelenia.

O3: *„Oslovuje ich staničná sestra. Aj keď na oddelení všade visia informačné letáky o skupinových stretnutiach.“*

Keďže v nemocnici je pomerne veľká fluktuácia matiek, nie je možné, aby skupinové stretnutia boli uzavreté, matky sa tam mnohokrát rôzne striedajú. Pýtali sme sa odborníčov, koľko strenutí majú priemerne s jednou matkou. Odborníčka O1 vyjadrila počet percentuálne, pričom vníma, že percentá sa zlepšujú smerom k viacnásobným účasťam. Odborníčka O2 uviedla v priemere 2 stretnutia, O3 uviedla 1 až 3 stretnutia a odborníčka O4 uviedla 4 až 5 strenutí.

O1: *„Percentuálne asi približne 60% matiek 1 krát, 20% 2 krát a 20% 3 a viac krát. Stále sa tie percentá menia (zlepšujú v prospech viacnásobných účasťí na skupine).“*

O2: *„Asi v priemere 2 stretnutia s jednou matkou.“*

O3: *„Závisí to od dĺžky hospitalizácie, ale približne 1 až 3 stretnutia.“*

O4: *„Priemerne sa zúčastnia 4 až 5 strenutí.“*

Vidíme, že čísla, ktoré odborníčky uviedli sa rôznia. Uvádzajú však, že to závisí od dĺžky hospitalizácie matky. Odborníčka O4 to tiež popísala, že matky, ktoré už majú niekoľko stretnutí za sebou nechávajú priestor novým matkám.

O4: *„Záleží to od toho, ako dlho je hospitalizované dieťa na oddelení a ako matka cíti, že ešte potrebuje podporu. Väčšinou, keď je viac nových matiek v skupine, tie čo majú už to "najťažšie" za sebou cítia, že nás už nepotrebujú toľko ako tie novšie matky a akoby prenechávajú priestor im, lebo vedia čím si prešli ony samé...“*

Odborníčkovi sme sa tiež pýtali, či sú na stretnutiach prítomné iba matky predčasne narodených detí alebo aj iní členovia rodiny (manželia/partneri, starí rodičia). Odborníčky O1, O2 a O4 uviedli, že pracujú aj s otcami dieťaťa a starými rodičmi. Odborníčka O3 uviedla, že pracuje len s matkami.

O1: *„Zvyčajne s matkami, niekedy sú prítomní aj otcovia alebo starí rodičia.“*

O4: *„Áno, najčastejšie s otcom, zriedka so starými rodičmi.“*

### **Obsahové náležitosti poradenstva v nemocnici**

S odborníčkami sme hovorili aj o obsahu stretnutí. Pýtali sme sa, aké techniky pri vedení stretnutí najčastejšie používajú. Všetky respondentky uviedli, že využívajú rozhovor. Odborníčka O1 využíva tiež koučingové aktivity, zážitkové aktivity a praktické ukážky. O2 uviedla modelovanie a sprevádzanie. O4 okrem rozhovoru uviedla hry.

O1: *„Rozhovor, koučingové otázky, zážitkové aktivity, praktické ukážky.“*

O2: *„Rozhovor, modelovanie a sprevádzanie.“*

O3: *„Rozhovor.“*

O4: *„Najčastejšie rozhovor a hry.“*

Ďalej sme hovorili o tom, aké témy matky najčastejšie prinášajú na stretnutia. Podľa O1 sú to témy prežívania a priebehu udalostí pred pôrodom, počas pôrodu a po pôrode, komentáre ku komunikácii personálu, tiež prežívanie partnera či rodinných príslušníkov. O2 popísala hlavne témy ohľadom domáceho fungovania a každodennej starostlivosti. Odborníčka O3 uviedla, že matky potrebujú zdieľať obavy z budúcnosti, ale tiež komunikáciu s personálom v nemocnici, vlastné kompetencie. O4 rovnako popísala,



že matky zdieľajú obavy z domáceho fungovania, strach z budúcnosti, prijatie role matky a riešia otázky, čo a ako oficiálne povedať blízkym.

O1: *„Emočné témy, prežívanie momentálnej situácie, rozprávajú aj veľmi hlboké príbehy dramatických a traumatických udalostí pred pôrodom, počas pôrodu a po pôrode a popisujú ako na ne jednotlivé kľúčové momenty vplývali. Výpovede obsahujú vlastné prežívanie, komentáre ku komunikácii personálu, ale ich veľká téma je aj popis prežívania partnera a rodinných príslušníkov.“*

O2: *„Riešia hlavne obavy z domáceho fungovania. Majú praktické otázky ohľadom kŕmenia, spánku, každodennej starostlivosti. Potrebujú podporiť v tom, aby intuitívne používali svoje rodičovské kompetencie.“*

O3: *„Ich strachy, obavy o dieťa, vlastnú nemohúcnosť, neschopnosť nakŕmiť dieťa, nedorozumenia so sestrami, neinformovanosť zo strany lekárov, túžba ísť domov,... To sú asi najčastejšie.“*

O4: *„Boja sa, čo bude... Či to samé doma zvládnú. Majú obavy plánovať dlhodobo do budúcnosti. Necítia sa byť matkami, lebo všetko bolo také rýchle, len pár týždňov od kedy to oficiálne povedali rodine, známym. Pôrod prebehol väčšinou sekciou, dieťaťko ani nevideli, až o pár dní aj to v inkubátore bezbranné, veľmi maličké, krehké a plné hadičiek...Je to pre ne náročná situácia, ktorú potrebujú zdieľať s niekým, kto má pochopenie pre ich emócie.“*

### **Prežívanie matiek**

S odborníčkami sme sa rozprávali o tom, ako matky prežívajú situáciu predčasného pôrodu a jeho dôsledkov.

Odborníčky vnímajú a popisali nám, v čom je predčasný pôrod pre matky náročný. Odborníčka O1 popísala, že sa jedná o traumatický proces na úrovni zdravotnej, sociálnej aj osobnostnej. Všetky odborníčky uviedli, že matky majú pocit vlastného zlyhania a nepripravenosti na rolu matky. Odborníčky O2 a O4 tiež vidia náročnosť v obave z rizikového vývinu dieťaťa a v obave z budúcnosti.

O1: *„Predčasný pôrod je traumatický proces na úrovni zdravotnej, sociálnej aj osobnostnej. Maminy sa konfrontujú s vlastným zlyhaním, že nezvládli rolu, žijú svet neistoty, výčitiek a hľadania vinníkov. Je to proces, ktorý nie je časovo ohraničený, akoby plávajú v časopriestore, kde nevedia, kam to smeruje.“*

O2: „Problém vidím hlavne v tom, že matky majú problém identifikovať sa s novou rolou, na ktorú sa ešte nestihli pripraviť, ktorá prišla nečakané v mnohých prípadoch o mesiace skôr. A potom je to obava z rizikového vývinu dieťaťa. Nikto im nepovie prognózy. To, či ich dieťa bude mať dlhodobé zdravotné dôsledky alebo nie. A táto neistota je pre ne veľmi náročná. „

O3: „Hlavne je to nepripravenosť matky na pôrod. Je to "mimo plán". Matka, ktorá rodí v termíne sa vie "pripraviť", pripraviť veci pre dieťa, "hniezdo" doma, toto u predčasníkov nie je. A to matky veľmi ťažko nesú.“

O4: „V strachu z budúcnosti, z neistoty a pocitu vlastného zlyhania.“

Podľa odborníčov matky najčastejšie prežívajú obrovský stres, strach, úzkosť, frustráciu, neistotu, sklamanie, hnev, zúfalstvo, pocity zlyhania.

O1: „Prežívajú strach, úzkosť, frustráciu, neistotu, sklamanie, hnev, ale poznám aj matky, čo sú až na úrovni úplného zúfalstva. Sú veľmi zraniteľné v sebadôvere. Je to pre ne obdobie, kedy majú minimum zdrojov bezpečia.“

O2: „Matky podľa mojich skúseností prežívajú hlavne obrovský stres. Samotná situácia, v ktorej sa ocitli, je pre ne stresujúca. No a potom je to strach z budúcnosti. Z toho, čo ich čaká.“

O3: „Ako prežívajú priamo predčasný pôrod neviem. Ale po pôrode je to strach o dieťa, neistota, ako na tom dieťa je a bude. Sebaobviňovanie, že to nezvládli, pocit zlyhania.“

O4: „Matky sa necítia byť matkami. Obviňujú sa z vlastného zlyhania, že za predčasný pôrod nesú vinu. Kladú si otázku, prečo sa to stalo práve im, keď sa tak snažili, tešili.“

S odborníčkami sme tiež hovorili o tom, čo podľa ich názoru matkám po predčasnom pôrode najviac pomáha pri prijatí a prekonaní situácie, v ktorej sa ocitli. Odborníčka O1 uviedla, že najzásadnejšia je dôvera matiek voči personálu. Odborníčky O2 a O3 popisali, že matkám pomáhajú informácie a odpovede na ich otázky. Podľa odborníčky O3 je tiež dôležitý kontakt s dieťaťom a automaticky prítomná psychologická podpora. Podľa odborníčky O4 matkám najviac pomáha stretávanie s inými matkami v podobnej situácii, vzájomná podpora a tiež pohľad niekoho skúseného z vonku.

O1: „Najkľúčovejšia z môjho poznania je dôvera vo všetky osoby, ktoré podávajú informácie o ich zdravotnom stave a o dieťatku, pretože pre ne nie je kľúčová samotná informácia, ale či dôverujú človeku, ktorý danú informáciu podáva.“

O2: „Najviac im pomáha, že môžu dostať informácie a odpovede na svoje otázky. A spôsobom, akým to oni potrebujú, chápujúco, počúvajúco.“

O3: „Najviac im pomáha záujem personálu, informovanosť. Keď je možný čo najskôr kontakt s dieťatom, byť s ním čo najviac času, ideálne stále. Keby bola automaticky prítomná psychologická podpora, skompetentňovanie matky, ktorá stráca dôveru vo vlastné schopnosti.“

O4: „Stretnutia s inými matkami, vzájomná podpora a pohľad niekoho z vonku, skúseného, ktorý im poradí.“

### **Vplyv predčasného pôrodu na rodinu**

Odborníčkovi sme sa tiež pýtali, aký je podľa ich skúseností dopad predčasného pôrodu na fungovanie rodiny. Odborníčky O1 a O2 pomenovali, že rodina rieši, ako podať informácie ďalej okoliu. Podľa O1 tiež riešia zvýšené ekonomické výdavky. Podľa O4 je rodina zaskočená a paralyzovaná.

O1: „V prvom rade je to šok a vo väčšine prípadov to znamená veľa organizačných zmien pre členov rodiny. Je to veľká neistota ako podať informácie ďalej v okolí (širšej rodine, v práci a pod.), rodina rieši, komu čo povedať, lebo sama má zmätok. Rodina samotná hľadá podporu, hľadá kompetentného človeka, ktorému môžu rodičia dieťaťa formulovať potreby. Riešia zvýšené ekonomické výdavky.“

O2: „Závažne. Nie sú pripravení ani fyzicky, ani psychicky na role, ktoré im dieťa prinieslo. Nevedia, čo majú povedať známym a okoliu. Boja sa.“

O3: „Toto neviem úplne posúdiť, nie vždy maminy o tom hovoria. Rozdiel je, keď je v rodine viac detí. Myslím, že rodina to doma zvláda, maminy ale nie. Majú výčitky, že nie sú doma so starším dieťatom, deťmi, keď sú doma, majú výčitky, že nie sú v nemocnici.“

O4: „Rodina je zo začiatku zaskočená, prestrašená, paralyzovaná, ale aj plná očakávaní a obáv. Nemajú to ľahké.“

## **Význam podpory matiek predčasne narodených detí v nemocniciach**

Pýtali sme sa odborníčov na to, v čom vidia význam podpory matiek priamo v nemocniciach. Odborníčky O3 a O4 vidia význam v tom, že matky v prežívaní nie sú samé. Odborníčka O1 uviedla, že významné je znižovanie stresu, ktorý matky prežívajú. Ako významné ďalej odborníčky uviedli podporu rodičovských kompetencií, sprostredkovanie kontaktu medzi matkami, prácu na vzťahu medzi matkou a dieťaťom a sprostredkovanie potrieb matiek medzi nimi a personálom.

O1: *„Prvou motiváciou je zníženie miery stresu, ktorý matka prežíva, či už skupinovou prácou alebo individuálnym rozhovorom, na ktorom pomenujú svoje potreby a môžu ďalej byť schopné pýtať si pomoc. Následne majú nové možnosti pýtať si podporu a tým sa vlastne posilňujú ich kompetencie ako rodičov. To je náš prvotný cieľ, aby sa posilňovali rodičovské kompetencie.“*

O2: *„To, že prichádzame za nimi a sprostredkujeme im kontakt s bežnou realitou. Význam má aj zoznamovanie rodičov medzi sebou a tiež sprostredkovanie potrieb matiek medzi nimi a personálom.“*

O3: *„Maminy cítia záujem, majú možnosť zdieľať veci. Majú pocit, že v tom nie sú samé. Podpora kompetencie ako matky, sila ženskej skupiny, možnosť pracovať na vzťahu matka-dieťa cez bežné úkony starostlivosti.“*

O4: *„V možnosti sprostredkovať podporu matiek medzi sebou, zdieľanie rovnakého problému a skúseností, vízií do budúcnosti. Vedia, že v tom nie sú samé. A tiež dostanú informácie, že ani po prepustení samé byť nemusia, ale kam sa môžu obrátiť.“*

## **Systém psychologickej podpory matiek predčasne narodených detí v nemocniciach**

S odborníčkami sme tiež hovorili o systéme psychologickej podpory matiek. Všetky odborníčky sa zhodli, že systémová podpora matiek nie je, hodnotia ho ako nedostatočný. Podľa odborníčky O1 by však takýto systém mal byť, jeho vytvorenie je podľa nej nevyhnutné.

O1: *„Systém nie je, je však zrejmé, že ak sa nájde človek, ktorý poskytne matke psychologickú podporu, tak to má veľmi ďalekosiahly dosah na celý proces pre matku (nemusí to byť psychológ, často je to niekto úplne iný, neodborník, napríklad upratovačka, ktorá sa pohybuje na oddelení pravidelne). Ak takého človeka matka mala, tak je to pre ňu*

*veľmi silná väzba. Ale zo strany nemocnice systém podpory chýba. Prax ale ukazuje, že má význam, preto hľadanie cesty k systémovej podpore je nevyhnutné.“*

## **7.4 Spoločné témy naprieč skúsenosťami matiek a skúsenosťami odborníkov**

Medzi spoločné témy, ktoré sme popísali v rozhovoroch s matkami aj v rozhovoroch s odborníčkami sme zaradili:

- Prežívanie matiek.
- Vplyv predčasného pôrodu na rodinu.
- Čo sťažuje prijatie a spracovanie situácie predčasného pôrodu?
- Čo pomáha matkám pri prijatí situácie, v ktorej sa ocitli?
- Význam podporných skupinových stretnutí matiek počas hospitalizácie.

### Prežívanie matiek

Matky vo svojom prežívaní prvé dni po pôrode popisovali **strach, stres, obavy, vyčerpanosť, zmätok, obrovskú vnútornú bolesť, pocit zlyhania, výčitky, ale aj radosť, šťastie, lásku a odhodlanie**. Spočiatku **necítili žiadne puto** k svojmu dieťaťu, až postupom času si ho budovali. Pred prepustením dieťaťa z nemocnice popisovali **očakávanie, obavy, odhodlanie** či **šťastie**.

Odborníčky veľmi podobne pomenovali, že matky prežívajú predčasný pôrod ako **traumu**. Majú **pocit vlastného zlyhania a nepripravenosti na rolu matky**. Ďalej podľa nich prežívajú **obavy z rizikového vývinu dieťaťa** a **obavy z budúcnosti**. Najčastejšie prežívajú **obrovský stres, strach, úzkosť, frustráciu, neistotu, sklamanie, hnev, zúfalstvo, pocity zlyhania**.

### Vplyv predčasného pôrodu na rodinu

Podľa odborníčok je **rodina zaskočená a paralyzovaná**. Rieši otázky, **ako posunúť informácie** o ich situácii ďalej **blízkeho okoliu**. Rovnako vnímajú, že rodine sa **zvyšujú ekonomické výdavky**.

Matky zhodne pomenovali, že **financovanie** rodinného života ostal nečakane **na pleciach manželov/partnerov**. Matky pomenovali tiež náročnosť **zladenia rodinného**

**života s množstvom lekárskeho vyšetrení** a starostlivosťou o dieťa, k tomuto sa odborníčky nevyjadrovali, keďže s matkami pracujú len počas hospitalizácie ich dieťaťa.

#### Čo sťažuje prijatie a spracovanie situácie predčasného pôrodu?

Matky pomenovali, že jedným z negatívnych faktorov, ktorý im sťažoval prijatie a spracovanie situácie, v ktorej sa ocitli, bola **komunikácia zdravotníckeho personálu**.

Rovnako to uviedli aj odborníčky, ktoré popísali, že jednou z tém, ktorú matky prinášajú na stretnutia je **komunikácia s personálom nemocnice**.

Matky ďalej uviedli, že prijatie situácie im sťažuje **nízka informovanosť, nedostatok informácií** zo strany lekárov o svojom dieťati.

#### Čo pomáha matkám pri prijatí situácie, v ktorej sa ocitli?

Z analýzy rozhovorov s matkami vyplýva, že najviac by matkám pomohla **odborná pomoc pri prechode do domácej starostlivosti**. Ďalej je to **informovanosť matiek** o stave dieťaťa, **ľudský prístup zdravotníckeho personálu** alebo **prítomnosť rodiny**.

Z analýzy rozhovorov s odborníčkami vyplýva, že podľa ich skúsenosti by matkám pomohla **dôvera voči personálu, odpovede na ich otázky a informácie o dieťati**, ale tiež **vzájomná podpora matiek** medzi sebou, **kontakt s dieťaťom** a **psychologická podpora**.

#### Význam podporných skupinových stretnutí matiek počas hospitalizácie

Tri matky z našich respondentiek mali možnosť zúčastniť sa podporných skupinových stretnutí. Pozitívne hodnotili to, že im priniesli **nové priateľstvá, možnosť zdieľať svoje pocity** a tiež pocit, že **v tom nie sú samé**. Jedna respondentka vnímala negatívne jej otvorenosť z hľadiska účastníkov.

Odborníčky zhodnotili význam podporných skupinových stretnutí v tom, že **matky v prežívaní nie sú samé**, že prispievajú k **znižovaniu stresu**, ktorý matky prežívajú. Ako významné ďalej odborníčky uviedli **podporu rodičovských kompetencií, sprostredkovanie kontaktu medzi matkami, prácu na vzťahu medzi matkou a dieťaťom** a **spostredkovanie potrieb matiek medzi nimi a personálom**.

## 8 Vyhodnotenie výskumu vo vzťahu k výskumným otázkam

*V.O.1: Čo prežívajú matky predčasne narodených detí tesne po pôrode?*

Respondentky – matky aj odborníčky zhodne uviedli, že prežívanie matiek prvé dni po predčasnom pôrode sprevádzal strach, stres, obavy o život dieťaťa, vyčerpanosť, zmätok, vnútorná bolesť, pocit zlyhania a výčitky, že nedokázali dieťa donosiť. Tieto emócie sa prelínali s pocitmi lásky a šťastia z narodenia ich dieťaťa. Matky, okrem samotného faktu predčasného pôrodu, ťažko prežívali aj odlúčenie od dieťaťa, kedy ony už boli prepustené z nemocnice, ale ich dieťa ostalo naďalej hospitalizované.

*V.O.2: Čo prežívajú matky predčasne narodených detí pred prepustením dieťaťa do domácej starostlivosti?*

Analýzou výpovedí respondentiek sme zistili, že prežívanie matiek pred prepustením dieťaťa z nemocnice môže byť ambivalentné. Na jednej strane radosť, že budú konečne spolu doma, na strane druhej obavy, či všetko doma sami zvládnú. Respondentky popísali, že pred prepustením dieťaťa z nemocnice do domácej starostlivosti boli plné očakávania, prežívali obavy, ale aj odhodlanie či šťastie. *V.O.3: Aké sú možnosti psychologickej podpory matiek predčasne narodených detí priamo v nemocniciach?*

Na základe výpovedí našich respondentiek sme zistili, že systémovo ukotvená psychologická podpora matiek predčasne narodených detí priamo v nemocniciach je veľmi vzácna. Z našich respondentiek iba jedna uviedla, že mala psychologičku k dispozícii pred pôrodom aj po ňom, ktorá ju pravidelne navštevovala na izbe a poskytovala jej priestor na zdieľanie svojho prežívania. Dve ďalšie respondentky uviedli, že im na podnet zdravotných sestier bol privolaný psychológ, ktorý pracuje plošne pre celú nemocnicu, absolvovali s ním maximálne 3 stretnutia. Ostatné respondentky – matky nedostali možnosť hovoriť so psychológom počas hospitalizácie. Štyri respondentky by však možnosť individuálnej psychologickej podpory privítali. Respondentky – odborníčky tiež hodnotia systém psychologickej podpory na neonatologických oddeleniach ako nedostatočný.

Zistili sme, že niektoré matky mali možnosť zúčastniť sa podporných skupinových stretnutí matiek predčasne narodených detí priamo v nemocnici. Tieto skupinové stretnutia realizujú odborníčky, ktoré nám poskytli rozhovory. Respondentky – matky vnímali ako benefity týchto stretnutí možnosť zdieľať svoje príbehy, čo im dalo pocit, že v tom nie sú

samé a tiež nadviazanie kontaktov a priateľstiev. Respondentky - odborníčky nám vo svojich rozhovoroch uviedli, že význam tejto aktivity vidia v možnosti znižovania stresu, ktorý matky zažívajú, ďalej v priestore na zdieľanie a vytváranie pocitu, že v tom matky nie sú samé, v podpore rodičovských kompetencií a sprostredkovaní kontaktu medzi matkami navzájom.

*V.O.4: Ako ovplyvňuje predčasný pôrod život rodiny, chod domácnosti a prežívanie členov rodiny?*

Analýzou rozhovorov s našimi respondentkami – matkami aj odborníčkami, sme zistili, že predčasný pôrod má vplyv na rodinu ako celok a na jej každodenné fungovanie. Respondentky – matky popisovali, že ich manželia či partneri aj širšia rodina (starí rodičia) veľmi citlivo prijímali fakt predčasného pôrodu. Prežívali strach a obavy. Zároveň však predčasný pôrod môže priniesť stmelenie rodinných vzťahov. Vplyv predčasného pôrodu na fungovanie rodinného života je nepopierateľný. Zvyšujú sa finančné výdavky rodiny v súvislosti s potrebou pokryť rôzne lieky či rehabilitácie a terapie pre dieťa. Niektoré respondentky popisali, že financovanie rodinného života ostalo na partneroch, zatiaľ čo ony sa starali o dieťa 24 hodín denne. Rovnako to vidia aj odborníčky. Okrem zvýšených ekonomických výdavkov prežívajú rodinní príslušníci neistotu v tom, aké informácie majú podať svojmu okoliu. Po prepustení do domácej starostlivosti sa rodinný život vo viacerých prípadoch musí prispôbiť nedonosenému dieťaťu. Zosúladenie množstva lekárskeho vyšetrení, rehabilitácií a každodenného života je pre rodiny náročné.

*V.O.5: Aké sú faktory vplývajúce na prijatie a spracovanie situácie predčasného pôrodu u matiek?*

Na základe analýzy rozhovorov s matkami aj odborníčkami môžeme popísať niektoré faktory, ktoré vplývali na proces vyrovnávania sa matiek so situáciou predčasného pôrodu. Respondentky nám popisali faktory, ktoré im pomáhali aj faktory, ktoré im sťažovali proces prijatia situácie. Medzi faktory, ktoré matkám sťažovali prijať a vyrovnať sa s náročnou situáciou, respondentky pomenovali komunikáciu zdravotníckeho personálu. Respondentky – matky pomenovali, že komunikácia lekárov bola pre ne vo viacerých prípadoch zraňujúca. Aj odborníčky vnímajú dôležitosť komunikácie zdravotníckeho personálu voči matkám, resp. rodičom nedonoseného dieťaťa. Okrem komunikácie personálu nemocníc vnímajú respondentky ako negatívny faktor informovanosť. Matky nemajú informácie o svojich deťoch. Čakajú hodiny v strachu, kým sa k nim informácie



dostanú. Zhodne to vnímajú aj odborníčky, ktoré rovnako vidia ako problémovú informovanosť rodičov, ktorí sa ocitli v neznámej situácii a nevedia, čo ich čaká. Ako ďalší faktor uviedli respondentky – matky sklbenie starostlivosti a lekárske vyšetrení.

Analýza rozhovorov s matkami ukázala, že medzi faktory, ktoré matkám pomáhajú pri prijatí a spracovaní náročnej situácie predčasného pôrodu patrí viera. 5 respondentiek – matiek popísalo vieru ako nápomocnú v období po pôrode. Ako ďalší faktor, ktorý by matkám mohol pomôcť, respondentky matky pomenovali pomoc odborníka, ktorý by ich sprevádzal pri prechode do domácej starostlivosti. Ďalej respondentky – matky pomenovali, že by im pomohla informovanosť a ľudský prístup zdravotníckeho personálu. Podľa respondentiek – odbornícok najviac pomáha matkám nedonosených detí možnosť dôverovať personálu. Rovnako im pomáha, keď dostanú odpovede na svoje otázky, stretávanie s inými matkami v podobnej situácii a ich vzájomná podpora a tiež keby matky automaticky dostali možnosť psychologickej podpory.

## 9 Diskusia

V našej práci sme sa venovali problematike prežívania matiek nedonosených detí a ich psychologickú podporu. Je zjavné, že predčasný pôrod je pre matku záťažovou situáciou, tak ako to popisujú Löhr, von Gontard a Roth (2000), Škodová (2018) a ďalší autori. Matky sú pôrodom zastihnuté predčasne, sú nepripravené na rolu matky a ich prežívanie je negatívne ovplyvnené aj zdravotným stavom dieťaťa, ktorý býva charakteristický viacerými vážnymi komplikáciami (hlavne u extrémne a veľmi nedonosených novorodencov). Výskumným zámerom našej práce bolo popísať prežívanie matiek nedonosených detí v súvislosti s predčasným pôrodom, zistiť, aké sú možnosti psychologickú podpory týchto matiek na neonatologických oddeleniach, popísať, ako predčasný pôrod vplýva na rodinu a zistiť, aké faktory sa podieľajú na procese prijatia a spracovania predčasného pôrodu matkou. Pri hľadaní odpovedí na naše výskumné otázky sme využili informácie zo strany matiek nedonosených detí a zo strany odborníkov poskytujúcich podporu matkám.

Prežívanie matiek tesne po pôrode je spájané hlavne s negatívnymi pocitmi. Naše respondentky – matky popísali, že prvé dni po pôrode prežívali stres, strach o dieťa, obavy, ale tiež zmätok, vnútornú bolesť či pocity zlyhania a výčitky. Tri z respondentiek pomenovali, že k svojmu nedonosenému dieťaťu v inkubátore necítili žiadne puto. V prežívaní našich respondentiek sa vyskytli aj pozitívne emócie, napríklad radosť, šťastie, láska a odhodlanie všetko zvládnuť. Respondentky – odborníčky uviedli negatívne emócie v prežívaní matiek, podľa nich matky prežívajú stres, strach, úzkosť, frustráciu, neistotu, sklamanie, hnev, zúfalstvo či pocity zlyhania. Iné výskumné štúdie zamerané na túto problematiku rovnako pomenúvajú hlavne prežívanie negatívnych emócií.

Negatívne pocity ako bezmocnosť, frustrácia, sebaobviňovanie, prázdnota či strach o život dieťaťa sú podľa Ďuricovej a Mimrovej (2019) charakteristické pre prvé dni po pôrode, kedy sa matky boja o život svojho dieťaťa. Strach, ktorým je charakteristické prežívanie matiek v prvých dňoch, súvisí so zdravím a budúcnosťou dieťaťa, s obavami, aké bude mať predčasný pôrod zdravotné dôsledky. Podobne to vníma aj Fraleyová (1986). Löhr et al. (2000) uvádza, že matky prežívajú strach zo smrti svojho dieťaťa predovšetkým prvé tri týždne po pôrode, avšak strach zo zdravotných dôsledkov či možného zdravotného postihnutia a obavy z budúcnosti sa u matiek objavujú až približne sedem týždňov

po pôrode. Aj Ďuricová a Mimrová (2019) popisujú, že s odstupom času sa pocity žien menia na úzkosť a strach o zdravie dieťaťa a s ohľadom na budúcnosť.

Niektoré zdroje uvádzajú, že matky sa môžu v súvislosti s predčasným pôrodom ocitnúť v šoku, či prežívať krízu. Uvádza to napríklad Antalíková (2010) či Štembera (2004), podľa ktorých sa šok prejaví niekoľko hodín po pôrode. Podľa Müllera (2009) môže viesť predčasný pôrod k zmätku a neistote, čo korešponduje s našimi zisteniami. Zmätok a neistota pramení z nepripravenosti rodičov na skoré narodenie dieťaťa.

Naše respondentky, matky aj odborníčky uviedli, že u matiek sa vyskytujú pocity zlyhania, výčitky či pocity viny. Tieto pocity uvádza aj Štembera (2004) či von Gontard et al. (1999). Matky prežívajú pocit zlyhania a viny, že nedokázali donosiť svoje dieťa, zabezpečiť mu ochranu a dobrý štart do života. Naše respondentky ťažko prežívali prepustenie z nemocnice, zatiaľ čo ich dieťa ostalo naďalej hospitalizované. Zhodne to uvádzajú aj Lahnerová a Hayslip (2003).

Okrem negatívnych emócií, ktoré matky prežívajú v súvislosti s predčasným pôrodom, naše respondentky pomenovali aj pozitívne emócie, napríklad lásku, radosť, šťastie. Len málo výskumov popisuje prežívanie pozitívnych emócií, uvádza to napríklad Fraleyová (1986), ktorá popísala u matiek prežívanie šťastia a nádeje. Naše respondentky prežívali pozitívne emócie spojené s faktom, že sa stali matkami. Pozitívne a podľa ich slov neopísateľné pocity prežívali hlavne v súvislosti s kľokankovaním. Feldmanová (2004) uvádza, že okrem pozitívnych vplyvov na zdravie dieťaťa, má kľokankovanie význam pre budovanie vzťahu matka-dieťa aj otec-dieťa.

Ako sme uviedli, tri z našich respondentiek nepociťovali k svojmu dieťaťu prvé dni po pôrode žiadne puto. Popisovali, že to vnímali ako povinnosť mať to dieťa rada, lebo je ich, alebo že cítili prázdnotu. Akoby sa pozerali na cudzie dieťa v inkubátore. Pri analýze rozhovorov sme zistili rozdiely v tom, ako hovorili matky o svojich deťoch v súvislosti s prvými dňami (vnímali sme emocionálny chlad, hovorili o „tom dieťati“). Až pri popisovaní starostlivosti o dieťa či kľokankovaní matky pomenúvali svoje dieťa inými pomenovaniami (synček, dcérka, drobce atď.). Zdá sa, že práve telesný kontakt a aktívne podieľanie sa na starostlivosti o svoje dieťa pomáha pri budovaní putu matka-dieťa. Zhodne to popisuje aj Ratislavová (2008) a Reidová (2000).

Pred prepustením z nemocnice sa u respondentiek objavovalo prežívanie ambivalentných emócií. Tešili sa na život doma, že budú konečne so svojím dieťaťom.

Tiež však popisovali obavy, či náročnú starostlivosť o dieťa zvládnu. Ďalej popisovali očakávanie či odhodlanie. Matky tieto obavy prežívajú oprávnené, čo potvrdzuje Peychl (2005), ktorý zdôrazňuje, že náročnosť situácie sa nekončí s ukončením hospitalizácie. Starostlivosť o nedonosené dieťa si vyžaduje mnohé zručnosti, ktoré si rodičia dieťaťa musia nutne osvojiť ešte pred prepustením dieťaťa z nemocnice, aby následne situáciu v domácom prostredí zvládli. Lauová a Morseová (2003) vo svojej štúdií skúmali, akým spôsobom sa mení miera stresu u matiek aj otcov počas hospitalizácie a po nej. Podľa ich výsledkov sa u matiek predčasne narodených detí v prvom týždni po pôrode vyskytuje vyššia miera stresu než u iných matiek, hladina stresu sa však po štyroch mesiacoch od pôrodu medzi skupinami matiek vyrovnala.

Vo výskume sme sa tiež zamerali na možnosti a význam psychologickéj podpory matiek priamo v nemocniciach. Z našich zistení vyplýva, že na Slovensku chýba systémovo ukotvená psychologická podpora matiek na neonatologických oddeleniach. Iba jedna z respondentiek – matiek uviedla, že ju každý deň pred pôrodom aj po pôrode navštevovala psychologička. Táto respondentka prítomnosť psychologičky hodnotila pozitívne. Ďalším dvom respondentkám bola privolaná psychologička, ktorá pôsobí pre celú nemocnicu, mali s ňou tri stretnutia. Ostatným respondentkám táto možnosť ponúknutá nebola, aj keď ďalšie tri respondentky by túto možnosť privítali. Respondentky-odborničky zhodnotili psychologickú podporu v nemocniciach ako neexistujúcu či nedostatočnú. Z našich zistení ďalej vyplýva, že psychológov na neonatologických oddeleniach supľujú iní odborníci či personál, zo skúseností našich respondentiek zdravotné sestry alebo poradkyne včasnej intervencie, ktoré realizujú v niektorých perinatologických centrách na Slovensku podporné rodičovské skupiny aj individuálne sedenia. Ich význam videli respondentky – matky hlavne v pocite, že v tom nie sú samé a v možnosti nadviazať kontakty s matkami v podobnej situácii. Podobne to hodnotili aj respondentky-odborničky, ktoré vedú tieto skupiny. Popísali, že matky potrebujú mať kontakt s inými matkami.

Podľa Ďuricovej a Mimrovej (2019) má psychológ na neonatologických oddeleniach svoje miesto. Jeho úlohou je sprevádzať matky pri adaptácii na akútnu situáciu, v ktorej sa po predčasnom pôrode ocitli. Podľa týchto autoriek majú matky na oddeleniach intenzívnej starostlivosti tendenciu nevyhľadávať psychologickú starostlivosť. Preto je vhodné, keď psychológ sám nadväzuje kontakty s matkami. Práca psychológa na neonatológii vychádza podľa Ďuricovej a Mimrovej (2019) z teórie rozvoja postraumatickej stresovej poruchy,

ktorá sa podľa Škodovej (2018) vyskytuje asi u 1 až 2% žien v súvislosti s pôrodom, pokiaľ ho žena subjektívne hodnotila ako traumatizujúci. Aj Feeley et al. (2011) a Chvílová-Weberová (2013) uvádzajú, že je potrebná aktuálna zmena systému starostlivosti na neonatologických oddeleniach. Rodine by mali byť poskytované psychologické a psychosociálne služby zaistené klinickým psychológom a kontaktnou sestrou. Podľa Sobotkovej, Dittrichovej a Procházkovej (2015) by spolupráca klinického psychológa a kontaktnej sestry prispela k rýchlejšiemu zlepšovaniu psychického stavu rodičov a k podpore vzťahu rodič-dieťa, čo by následne ovplyvnilo zlepšenie stavu dieťaťa a lepšej prognóze vývinu a tiež by to viedlo k ekonomickým úsporám a znižovaniu výdavkov na liečbu.

Ako naše respondentky-matky uviedli, tri z nich mali možnosť zúčastniť sa podporných skupinových stretnutí pre matky nedonosených detí. Sobotková et al. (2015) vidia význam v rodičovských skupinových stretnutiach jednak z dôvodu podpory rodičov navzájom a tiež v posilňovaní povedomia zdravotníkov o potrebách rodičov a ich nedonosených detí. To potvrdzujú aj informácie získané z našich rozhovorov s odborníčkami, ktoré takéto skupiny vedú. Popísali, že jednou z ich úloh je sprostredkovávanie potrieb matiek medzi nimi a personálom.

Predčasný pôrod má vplyv aj na prežívanie rodinných členov a fungovanie rodiny. Naše respondentky-matky uviedli, že ich manželia či partneri prežívali hlavne strach a stres. Lauová a Morseová (2003) vo svojej štúdií hodnotili aj prežívanie otcov. Zistili, že sa u nich vyskytovala hlavne úzkosť a stres. Vo všeobecnosti naše respondentky zhodnotili, že predčasný pôrod zocelil a posilnil vzťahy v rodine. Rovnako matky uviedli zvýšené ekonomické náklady rodiny, finančné zabezpečenie ostalo na pleciach manželov. Náročnosť fungovania s nedonoseným dieťaťom tiež súvisí s potrebou množstva rehabilitácií, vyšetrení a terapií. Zhodne s matkami to vnímajú aj odborníčky, ktoré ďalej zhodnotili, že ostatní členovia rodiny prežívajú neistotu v súvislosti s informáciami, ktoré majú sprostredkovať okoliu. Matka prichádza domov sama, bez dieťaťa aj bez bruška. Rovnako to uvádza Sobotková et al. (2015), podľa ktorej je pre rodinu náročné ujasniť si, ako komunikovať svoju situáciu voči okoliu a tiež sa môžu vyskytnúť organizačné problémy v súvislosti s predčasným narodením dieťaťa, napríklad nedokončené prípravy v domácnosti, problém so zamestnávateľom, nutnosť cestovať za dieťaťom a pod.

Ďalšou oblasťou, na ktorú sme sa vo výskume zamerali, bolo popísanie faktorov, ktoré podľa respondentiek pomáhajú, či naopak sťažujú matkám adaptovať sa na situáciu predčasného pôrodu. Medzi hlavné faktory, ktoré podľa respondentiek - matiek vplývali na proces prijatia situácie, patria nízka informovanosť o stave dieťaťa, neempatická komunikácia zdravotníckeho personálu a skĺbenie starostlivosti o dieťa s množstvom lekárskeho vyšetrení. Matky nám popísali, čo by im z ich pohľadu potenciálne mohlo pomôcť. Opäť zdôraznili informovanosť, prítomnosť rodiny a odbornú podporu. Zhodne s matkami to vidia aj odborníčky, ktoré popísali, že matkám najviac pomáha možnosť dôverovať personálu, mať informácie o svojom dieťati aj o celkovom dianí v súvislosti s dieťaťom a kontakt s inými matkami. Dôležitosť prístupu zdravotníckeho personálu potvrdzujú aj Moková a Leungová (2006). Podľa ich štúdie realizovanej v Hongkongu matky pociťujú nedostatočnú podporu zo strany zdravotných sestier. Aj podľa Clevelanda (2008) sú potreba mať presné informácie a možnosť zapojiť sa do starostlivosti o dieťa, potreba rešpektujúceho prístupu zo strany ošetrojúceho personálu či potreba dobrého vzťahu so zdravotníckym personálom, tromi zo šiestich najdôležitejších rodičovských potrieb.

V časti 6.4 Popis realizácie výskumu sme zhrnuli proces tvorby výskumu. Stretli sme sa tiež s viacerými problémami, ktoré sa premietli do výsledkov výskumu. Medzi úskalia tohto výskumu je potrebné zaradiť citlivosť problematiky predčasného pôrodu pre matky. Mnohé z nich počas rozhovorov prežívali veľmi silné emócie a otvorili sa im viaceré nespracované témy, preto sme im v závere rozhovoru ponúkli podporu prostredníctvom možnosti poskytnúť im kontakt na skúseného psychológa v prípade, že by to vyhodnotili ako potrebné. Ďalším problémom bolo získať priamy kontakt so psychológmi pôsobiacimi v nemocniciach (či už priamo na neonatologických oddeleniach alebo globálne pre celú nemocnicu). Napriek mnohým telefonickým komunikáciám do nemocníc či osobným návštevám oddelení sa nám nepodarilo skontaktovať so psychológmi, o ktorých vieme, že tam pracujú, prípade sme z dôvodu ich časovej zaneprázdnenosti boli odmietnutí. Z tohto dôvodu sa nám podarilo získať zo skupiny odborníkov len štyri respondentky, ktoré realizujú podporné rodičovské skupiny.

Počas realizácie výskumu a vyhodnotenia dát mohlo dôjsť ku skresleniu údajov v dôsledku efektu výskumníka. Naše preconcepcie, poznatky z oblasti či subjektívne vnímanie situácie sa mohli premietnuť do výsledkov výskumu. Aby sme tomuto efektu predišli, pokúsili sme sa čo najlepšie pochopiť problematiku prostredníctvom pobytu

na neonatologickom oddelení a prostredníctvom rozhovorov o problematike s odborníkom, ktorý sa tejto téme venuje, avšak nebol do výskumu aktívne zapojený. Rovnako k eliminácii efektu výskumníka mohlo poslúžiť porovnanie výsledkov rozhovorov dvoch skupín respondentov – matiek a odborníkov.

Náš výskum bol zameraný na celkový fenomén prežívania matiek nedonosených detí, od pôrodu až po rodinný život po prepustení z nemocnice, na zistenie, aké možnosti podpory sú pre tieto matky zabezpečené zo strany nemocnice či iných organizácií a aké faktory sa podieľajú na adaptácii matiek na náročnú situáciu, v ktorej sa ocitli. Výsledky nášho výskumu nie je možné zovšeobecniť na celú populáciu, avšak napriek tomu výsledky odrážajú realitu, ktorá by mohla stáť za hlbšie preskúmanie. Význam našej práce vidíme hlavne v možnosti porovnať pohľad matiek a pohľad odborníkov. Ďalej vnímame význam v zdôraznení problematiky predčasných pôrodov z psychologického hľadiska a poukázaní na nedostatočné systémové zabezpečenie psychologickej podpory pre matky nedonosených detí a ich rodiny.

## 10 Závery

Na základe analýzy rozhovorov s matkami nedonosených detí a odborníčkami poskytujúcimi podporu týmto matkám môžeme zhodnotiť, že:

- matky predčasne narodených detí prežívajú prvé dni po pôrode hlavne negatívne emócie, ich prežívanie je charakteristické pocitmi ako strach, stres, obavy o život dieťaťa, vyčerpanosť, zmätok, pocit zlyhania a výčitky, že nedokázali dieťa donosiť, pocit, že necítia žiadne puto k svojmu dieťaťu;
- prežívanie matiek pred prepustením dieťaťa z nemocnice do domácej starostlivosti nesie znaky ambivalentnosti, prežívajú strach a obavy a zároveň radosť, šťastie a očakávanie;
- systémovo ukotvená psychologická podpora matiek nedonosených detí na neonatologických oddeleniach na Slovensku je vzácna, resp. nedostatočná, podporu matkám poskytujú zdravotné sestry, iný pomocný personál či odborníci z vonka, ktorí majú záujem suplovať chýbajúcu podporu matiek priamo v nemocniciach;
- predčasný pôrod má vplyv na rodinu hlavne z hľadiska prežívania strachu a neistoty členov rodiny, z dôvodu náročnosti starostlivosti o dieťa, z dôvodu časovej náročnosti množstva lekárskeho vyšetrení a z dôvodu zvýšených ekonomických nákladov súvisiacich s liečbou a rehabilitáciami dieťaťa;
- na proces spracovania a prijatia situácie predčasného pôrodu matiek negatívne vplýva nízka informovanosť rodičov o stave dieťaťa, nedostatočne empatický prístup zdravotníckeho personálu a skľbenie starostlivosti o dieťa a lekárskeho vyšetrení;
- matkám by pri prekonaní situácie pomohla lepšia informovanosť, ľudský prístup zdravotníckeho personálu, možnosť dôverovať zdravotníckemu personálu a odborná pomoc pri prechode z nemocničného prostredia do domácej starostlivosti.



## Súhrn

Magisterská diplomová práca s názvom Psychologická podpora matiek predčasne narodených detí na neonatologických oddeleniach sa zameriava na získanie vhľadu do problematiky prežívania matiek nedonosených detí a do problematiky psychologickéj podpory na Slovensku.

Teoretická časť je rozčlenená do štyroch kapitol. V prvej kapitole sme popísali psychické prežívanie ženy počas tehotenstva a pôrodu. Tehotenstvo prináša podľa Ratislavovej (2008) do života ženy mnoho zmien, s ktorými sa v jeho priebehu musí vyrovnáť. V oblasti psychického prežívania žien počas tehotenstva sme sa opierali hlavne o zdroje Čepického (1992), Ratislavovej (2008), Stadelmana (2009), Škodovej (2018) a mnohých iných. Autori rozdeľujú tehotenstvo do niekoľkých etáp, počas ktorých žena postupne prijíma rolu matky a pripravuje sa na narodenie dieťaťa. Predčasné narodenie dieťaťa skráti čas ženy na prípravu a prijatie roly matky.

V druhej kapitole sme sa zamerali na popísanie predčasného pôrodu ako náročnej životnej situácie. Uviedli sme, aké emócie sú charakteristické v prežívaní matiek po predčasnom pôrode a aké sú dopady predčasného pôrodu na psychiku matky. Ďalej sme uviedli najčastejšie sa vyskytujúce psychické zmeny a poruchy u žien po pôrode. Pri vypracovaní tejto kapitoly sme sa opierali napríklad o práce Psychla (2005), Antalíkovej (2010), Paulíka (2017), Škodovej (2018), či výskumné štúdie Fraleyovej (1986), von Gontarda et al. (1999), Löhra et al. (2000) a pod.

Tretiu kapitolu sme venovali nedonosenému novorodencovi. Uviedli sme základné klasifikácie novorodencov, hodnotenie zdravotného stavu novorodenca, charakteristiku nedonoseného novorodenca a zdravotné komplikácie, ktoré sa u predčasne narodených detí najčastejšie pridružujú. Problematike nedonosených novorodencov sa venujú napríklad Velemínský (1993), Dluholucký (2001), Dort (2004), Maťašová (2012) a mnohí ďalší, okrem týchto zdrojov sme vychádzali z informácie Svetovej zdravotníckej organizácie (World Health Organization, WHO).

Štvrtá kapitola bola zameraná na systém starostlivosti o nedonoseného novorodenca a jeho matku. Charakterizovali sme systém neonatologickej starostlivosti v Českej republike a na Slovensku a uviedli niektoré organizácie, ktoré poskytujú podporu matkám nedonosených detí.

V empirickej časti diplomovej práce sme uviedli nami vypracovaný výskum zameraný na problematiku prežívania matiek predčasne narodených detí, možnosti psychologickkej podpory matiek na neonatologických oddeleniach, vplyvu predčasného pôrodu na fungovanie rodiny a faktory, ktoré vplyvajú na adaptáciu matky na situáciu predčasného pôrodu a jej prijatie. Zvolili sme kvalitatívny prístup. Zostavili sme dve skupiny respondentov na základe uplatnení kritérií výberu a pomocou zámerného výberu (s ohľadom na citlivosť problematiky). Jednou skupinou boli matky nedonosených detí, druhou odborníčky poskytujúce podporu matkám priamo v nemocniciach. Pre zber dát sme zvolili metódu pološtruktúrovaného rozhovoru. Zostavili sme dve predlohy otázok. Dáta, získané od skupiny matiek sme analyzovali pomocou metódy IPA (interpretatívna fenomenologická analýza). V rozhovoroch sme pomocou analýzy identifikovali základné témy: Priebeh tehotenstva a pôrodu, hospitalizácia; Starostlivosť o dieťa; Prežívanie matky; Vplyv predčasného pôrodu na rodinu; Odborná pomoc a podpora okolia; Čo sťažovalo prekonanie situácie; Čo by pomohlo pri zvládnutí situácie. Výsledky sme prezentovali na úrovni individuálnych rozhovorov aj na úrovni týchto spoločných tém.

Dáta získané od odborníčok sme analyzovali metódou vytvárania trsov. V rozhovoroch sme identifikovali základné kategórie, ku ktorým sa informácie od odborníčok vzťahovali: Profesia, odbornosť a cesta k podpore matiek priamo v nemocnici; Organizačné náležitosti poradenstva v nemocnici; Obsahové náležitosti poradenstva v nemocnici; Prežívanie matiek; Vplyv predčasného pôrodu na rodinu; Význam podpory matiek predčasne narodených detí v nemocniciach; Systém psychologickkej podpory matiek predčasne narodených detí v nemocniciach. Následne sme porovnali výsledky získané od matiek a odborníčok a vyvodili vyhodnotenie výskumných otázok.

Výsledky výskumu ukázali, že v prežívaní matiek v prvé dni po pôrode prevláda strach, stres, obavy, vyčerpanosť, zmätok, hnev, pocity zlyhania a výčitky. Niektoré matky uviedli, že cítili tiež šťastie, že sa stali matkami, iné, naopak, nepociťovali žiadne materinské emócie či puto k dieťaťu. Pocity matiek pred prepustením z nemocnice sa menia, tešili na život mimo nemocnice, avšak pociťovali tiež obavy či strach, ako to všetko zvládnu. Zisťovali sme tiež, aké sú možnosti psychologickkej podpory matiek priamo na neonatologických oddeleniach. Podľa našich výsledkov na Slovensku zatiaľ neexistuje systémovo ukotvená psychologická podpora matiek. Odborníčky ju hodnotili ako nedostatočnú, matky by tiež prijali možnosť osloviť psychológa. Aktuálne sa

v perinatologických centrách presadzuje iniciatíva odborníkov neziskových organizácií, ktoré majú snahu poskytovať podporu matkám priamo na oddeleniach vo forme individuálnych a hlavne skupinových stretnutí. Matky vnímali benefity skupinových stretnutí hlavne v možnosti zdieľať svoje prežívanie s inými matkami a v nadväzovaní kontaktov. Predčasný pôrod zásadne ovplyvňuje aj chod rodinného života. Matky aj odborníčky popísali, že členovia rodiny pociťujú neistotu a strach. Menia sa priority rodiny. Náročnosť vidia matky hlavne v zladení množstva lekárskeho vyšetrení, ďalej uviedli zvýšenú ekonomickú záťaž rodiny. Predčasný pôrod podľa výsledkov zbližil členov rodiny a posilnil vzťahy. Výsledky ukázali, že medzi faktory, ktoré vplývajú na prijatie predčasného pôrodu matkou patrí komunikácia zdravotníckeho personálu, informovanosť rodičov o stave dieťaťa či skĺbenie starostlivosti o dieťa a lekárskeho vyšetrení.

Naše výsledky potvrdzujú staršie štúdie Fraleyovej (1986), von Gontarda et al. (1999), Löhra et al. (2000), Lauovej a Morseovej (2003) či iných. Vnímame však, že bolo dôležité zistiť aktuálny stav psychologickej podpory matiek nedonosených detí na Slovensku. Problematika predčasných pôrodov a ich dopadov na prežívanie členov rodiny, by mala byť akcentovaná v odborných kruhoch aj v širokej verejnosti.

## Zoznam použitých zdrojov a literatúry

1. Antalíková, A. (2010). Podpora matky nezrelého novorodenca. In Magyarová, G., Bauer, F. et al., *Narodili sme sa nezrelí...* (19-22). Nové Zámky: NNPS.
2. Cangár, M., Krupa, S., Matej, V., Tichá, E., & Záhorcová, V. (2016) *Včasná intervencia a diagnostika pre osoby so zdravotným postihnutím v Slovenskej republike*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci.
3. Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 37(6), 666-691. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x>.
4. Čepický, P. (1992). *Psychologie ženy*. Praha: IKEM.
5. Česká neonatologická spoločnosť. (2019). *Informace pro odborníky*. Získané z <http://www.neonatology.cz/pro-odbornou-verejnost>.
6. Demová, K., Bystrická, A., & Kralovič, L. (2010). Včasná chorobnosť. In Magyarová, G., Bauer, F. et al., *Narodili sme sa nezrelí...* (70-85). Nové Zámky: NNPS.
7. Dluholucký, S. (2001). Základné definície a pojmy v neonatológii. In Zibolen, M., Zbojan, J., Dluholucký, S., Baška, T., Bauer, F., ... Valenta, J., *Praktická neonatológia* (15-21). Martin: Neografia.
8. Dokoupilová, M. (2009). Bohužel, nemôžu byť s vami. In Dokoupilová, M., Fišárková, B., Novotná, L. et al. *Narodilo se předčasně*. (53-122). Praha: Portál.
9. Dort, J. (2004). *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum.
10. Ďuricová, M., & Mimrová, V. (2019). *Psychologická problematika matek předčasně narozených novorozenců*. Neonatologické oddělení, Fakultní nemocnice Plzeň. Získané 2. januára 2019 z <http://www.neonatology.cz/upload/neonatologie.web360.cz/xxkonference/psychologicka-problematika-matek-predcasne-narozenych-novorozencu.pdf>.
11. Elstnerová, L. (2001). Anatomické a fyziologické zvláštnosti zrelého a nezrelého novorozence. In Borek, I. et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovateľské péče*. (2. doplnené vyd.). (43–50). Brno: IDVZP.

12. Fade, S. (2004). Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: A practical guide. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63, 647–653. doi <https://doi.org/10.1079/PNS2004398>.
13. Feeley, N., Zelkowitz, P., Westreich, R., & Dunkley, D. (2011). The evidence base for the Cues Program for mothers of very low birth weight infants: An innovative approach to reduce anxiety and support sensitive interaction. *The Journal of Perinatal Education*. 20; 3 142-153. doi: 10.1891/1058-1243.20.3.142.
14. Feldman, R. (2004). Mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care): Theoretical, clinical, and empirical aspects. *Infants and Young Children*. 17 (2), 145-161. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2003.tb00343.x>.
15. Fendrychová, J. et al. (2009). *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej péče v pediatrii: 2. časť – Péče o novorozence..* Brno: NCO NZO.
16. Fraley, A. (1986). Chronic sorrow in parents of premature children. *Children's Health Care*, 15(2), 114–118. doi: 10.1207/s15326888chc1502\_10.
17. Gerinec, A. (2005). *Detská oftalmológia*. Martin: Osveta.
18. Habalová, M. (2010). Zdroje reziliencie rodín detí so znevýhodnením a úlohy včasnej intervencie pri jej posilňovaní. In Horňáková, M. (ed.). *Včasná intervencia orientovaná na rodinu*. (70-76). Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.
19. Hájek et al. (2004). *Rizikové a patologické tehotenství*. Praha, Grada.
20. Hendl, J. (2005). *Kvalitatívni výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
21. Chvílová-Weberová, M. (2013). Realita traumatu rodičů po předčasném pôrodu a možný vliv na utváření vztahu mezi matkou a dítětem. *Neonatologické Listy*. 19;1, (37-40).
22. Karatzias, T., Chouliara, Z., Maxton, F., Freer, Y., & Power, K. (2007). Post-traumatic symptomatology in parents with premature infants: A systematic review of the literature. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 21(3), 249-260.

Získané

4.

januára

2019

z [https://www.researchgate.net/profile/Zoe\\_Chouliara/publication/228638264\\_Post-traumatic\\_Symptomatology\\_in\\_parents\\_with\\_premature\\_infants\\_A\\_systematic\\_review\\_](https://www.researchgate.net/profile/Zoe_Chouliara/publication/228638264_Post-traumatic_Symptomatology_in_parents_with_premature_infants_A_systematic_review_)

- of\_the\_literature/links/0deec51979489a7168000000/Post-traumatic-Symptomatology-in-parents-with-premature-infants-A-systematic-review-of-the-literature.pdf.
23. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore Neonatológia*. (2006). Získané z [http://slovenskaneonatologia.sk/wp-content/uploads/2017/04/Koncepcia\\_neonatologie.pdf](http://slovenskaneonatologia.sk/wp-content/uploads/2017/04/Koncepcia_neonatologie.pdf).
  24. Krcho, P. (2001). Intrakraniálne krvácanie. In Zibolen, M., Zbojan, J., Dluholucký, S., Baška, T., Bauer, F., ... Valenta, J., *Praktická neonatológia* (199-201). Martin: Neografia.
  25. Kučera, J., Kubelík, J., & Melichar, J. (1999). *Nové tabulky normální porodní hmotnosti pro Českou republiku*. Česko-Slovenská Pediatrie, vol. 10, p. 572 – 578.
  26. Lahner, J. M. & Hayslip Jr., B. (2003). Gender Differences in Parental Reactions to the Birth of a Premature Low Birth Weight Infant. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 18(1), (71–88). Získané 12. marca 2019 z <https://search.proquest.com/openview/3575797fb1905cd19093cbeef8df1c1b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=28214>.
  27. Lau, R., & Morse, C. A. (2003). Stress experiences of parents with premature infants in a Special Care Nursery. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19 (2), (69-78). doi: <https://doi.org/10.1002/smi.964>.
  28. Levine, A. P., & Frederickova, A. (2002). *Prebúdzanie tигра. Liečenie traumy*. Humenné: Pro Familia.
  29. Líbalová, Z., & Čepický, P. (2009). Poporodní blues. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. Roč. 19, č. 3, (14-15).
  30. 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). doi: <https://doi.org/10.1007/s007370070004>.
  31. Malíček. (2019). *O nás*. Získané 15. februára 2019 z <https://www.nasmalicek.sk/o-nas/>.
  32. Macko, J. (2001). Cerebrální problematika. In I. Borek et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovateľské péče*. (2. doplněné vyd.). (135–150). Brno: IDVZP.
  33. Maťašová, K. (2012). *Neonatológia*. Bratislava. Univerzita Komenského v Bratislave.

34. Michelena, M. (2006). *První rok pro celý život*. 1. vyd. Brno: ERA.
35. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
36. Mohr, P. (2015). Poporodní psychické poruchy. In Takács, L., Sobotková, D., Šulová L. et al. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada.
37. Mok, E., & Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), (726–734). doi: <http://dx.doi.org-1000005xv0660.han2.savba.sk/10.1111/j.1365-2702.2006.01359.x>.
38. Müller, L. (2009). Mami, tati, neboj se! In Dokoupilová, M., Fišárková, B., Novotná, L. et al. *Narodilo se předčasně*. (40-52). Praha: Portál.
39. Nicolson, P. (2001). *Poporodní deprese*. Praha: Grada.
40. *Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o označovaní novorodencov* (2009). Získané 4. februára 2019 z <http://slovenskaneonatologia.sk/wp-content/uploads/2017/04/Oznac%CC%8Covanie-novorodencov.pdf>.
41. Orišková, E. (2010). Podpora otca nezrelého novorodenca. In Magyarová, G., Bauer, F. et al., *Narodili sme sa nezrelí...* (22-23). Nové Zámky: NNPS.
42. Pařízek, A. (2008). *Kniha o těhotenství a dítěti*. (3. vyd.) Praha: Galén, 2008.
43. Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2.vyd.). Praha: Grada.
44. Pečená, M. (1999). Psychologie těhotenství. In: Čepický, P. (Eds.), *Sborník prací celostátního kongresu ČGPS ČLS JEP „Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví“*. (147–154). Praha: EUROAGENTUR, LEVRET.
45. Peychl, I. (2005). *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. Praha: Galén.
46. Praško, J. (2002). Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie*, 2002, roč. 6, č. 2. (41-46). Získané 20. marca 2019 z [https://ecitydoc.com/download/psychoterapie-poporodnich-depresi\\_pdf](https://ecitydoc.com/download/psychoterapie-poporodnich-depresi_pdf).
47. Praško, J., Hájek, T., & Preiss, M. (2002). *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha : Maxdorf.

48. Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2012). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. (2.vyd.). Praha: Galén.
49. Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie v porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s. r. o.
50. Reid, T. (2000). Maternal identity in preterm birth. *Journal of Child Health Care*, 4 (1), 23–29. doi: <https://doi.org/10.1177/136749350000400104>.
51. Renona-Rehabilitation. (2019). *Detská mozgová obrna*. Získané z <http://www.renona-rehabilitation.com/dmo.html>.
52. Rokyta, R., Marešová, D. & Turková, Z. (2003). *Somatologie I. a II.* (2. vyd.). Praha: Eurolex Bohemia.
53. Roztočil, A., Binder, T., Borek, I., Calda, P., Čepický, P, Havlíková, Š., ...Vrastyáková, J. (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada.
54. Shieve, L. A, Tian, L. H., Rankin, K., Kogan, M. D., Yeargin-Allsopp, M., Visser, M., & 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). doi: 10.1016/j.annepidem.2016.02.012.
55. Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, (39–54). doi: 10.1191/1478088704qp004oa.
56. Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.
57. Sobotková, E., Jungwirthová, I. & Gabrielová, V. (2002). *Nedonošené dítě a rodiče. „...Když není všechno tak, jak si přáli“*. Praha: Státní zdravotní ústav.
58. Sobotková, D., Dittrichová, J., & Procházková, E. (2015). Rizikový novorozenec a jeho rodiče. In Takács, L., Sobotková, D., Šulová, L. a kol. *Psychologie v perinatální péči*. (117-139). Praha: Grada.
59. Stadelmann, I. (2009). *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. (3. vyd.) Praha: One Woman Press.



60. Straňák, Z. (2009). Předmluva. In M. Dokoupilová et al., *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. (9–10). Praha: Portál.
61. Škodová, Z. (2018). *Psychológia v pôrodnej asistencii*. Vysokoškolské skriptá. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave.
62. Štembera, Z. (2004). *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf.
63. Štillová, L., & Zibolen, M. (2010). Dlhodobá chorobnosť. In Magyarová, G., Bauer, F. et al., *Narodili sme sa nezrelí...* (85-94). Nové Zámky: NNPS.
64. Šuráňová, V. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In Gulová, L., Šíp, R. (eds.), *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. (105-116). Praha: Grada.
65. Tománková, L. (2006). Péče o novorozence na vlnách času aneb pohled do historie neonatologie. *Česko-slovenská pediatrie*. 61(2), 76-83.
66. Vacek, Z. (2006). *Embryologie: učebnice pro studenty lékařství a oborů všeobecná sestra a porodní asistentka*. Praha: Grada.
67. Velemínský, M. (1993). *Milá maminko, tatínku...: těhotenství, porod, péče o novorozence*. České Budějovice: Dona.
68. Vizinova, D., & Preiss, M. (1999) *Psychické trauma a jeho terapie: psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.
69. von Gontard, A., Schwarte, A., Kribs, A., & Roth, B. (1999). Neonatal intensive care and premature birth - maternal perceptions and coping. *Archives of Women's Mental Health*, 2(1), (29–35). doi: <http://dx-1doi-1org-1000005xv0660.han2.savba.sk/10.1007/s007370050032>.
70. Weiss, P. (2010). *Sexuológia*. Praha: Grada.
71. World Health Organization. (2006). *Neonatal and Perinatal Mortality*. Získané 20. decembra 2018 z [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206\\_eng.pdf;jsessionid=0193DEAD527F959A9E652113F11B7FF5?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf;jsessionid=0193DEAD527F959A9E652113F11B7FF5?sequence=1).
72. World Health Organization. (19. februára 2018). *Preterm Birth*. Získané 2. januára 2019 z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.

73. World Health Organization. (2. januára 2019). *Maternal and Perinatal Health*. Získané 2. januára 2019 z [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/)
74. Zákon č. 448/2008 Z. z. *o sociálnych službách*. Získané z <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-448>.
75. Zbojan, J. (2001). Prvé ošetrovanie novorodenca. In Zibolen, M., Zbojan, J., Dluholucký, S., Baška, T., Bauer, F., ... Valenta, J., *Praktická neonatológia* (33). Martin: Neografia.
76. Zibolen, M. (2001). Prvé vyšetrenie novorodenca. In Zibolen, M., Zbojan, J., Dluholucký, S., Baška, T., Bauer, F., ... Valenta, J., *Praktická neonatológia* (24-30). Martin: Neografia.
77. Zbojan, P. (2005). Dětská mozková obrna a perinatální péče. In Kraus, J. et al., *Dětská mozková obrna*. (53-66) Praha: Grada.

## **ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE**

**Názov práce:** Psychologická podpora matiek predčasne narodených detí na neonatologických oddeleniach

**Autor práce:** Mgr. Bc. Barbora Kuzmická

**Vedúci práce:** PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

**Počet strán a znakov:** 131 a 243 418

**Počet príloh:** 4

**Počet titulov použitej literatúry:** 77

### **Abstrakt:**

Diplomová práca sa zaoberá prežívaním matiek v súvislosti s predčasným pôrodom a možnosťami psychologickéj podpory matiek na neonatologických oddeleniach. Teoretická časť obsahuje štyri kapitoly, v ktorých sú spracované témy psychického prežívania žien počas tehotenstva a pôrodu, predčasného pôrodu ako záťažovej situácie, nedonoseného novorodenca a jeho charakteristík a systému neonatologickej starostlivosti na Slovensku a v Českej republike. Výskumná časť sa venuje analýze skúseností desiatich matiek nedonosených detí pomocou metódy interpretatívna fenomenologická analýza a analýze štyroch rozhovorov odborníkov pracujúcich s matkami nedonosených detí v nemocniciach pomocou metódy vytvárania trsov. Pre výskum bol zvolený kvalitatívny prístup. K získaniu dát bola použitá metóda pološtruktúrovaného rozhovoru. Vo výskumných otázkach je pozornosť zameraná na prežívanie matiek, psychologickú a inú odbornú podporu pre matky, vplyv predčasného pôrodu na rodinu a na faktory, ktoré ovplyvňujú adaptáciu matiek na náročnú situáciu predčasného pôrodu. Z výsledkov výskumu vyplýva, že matky po predčasnom pôrode prežívajú prevažne negatívne emócie, ako strach, obavy, výčitky. Systém psychologickéj podpory na neonatologických oddeleniach na Slovensku nie je dostatočný. Predčasný pôrod vplýva na chod rodiny z dôvodu časovej aj finančnej náročnosti starostlivosti o dieťa. Veľký vplyv na prijatie situácie má nízka informovanosť matiek o stave dieťaťa, prístup zdravotníckeho personálu a náročnosť starostlivosti o dieťa. Práca poskytuje pohľad na fenomén predčasného pôrodu a jeho dopady na matku a ostatných členov rodiny.

**Kľúčové slová:** predčasný pôrod, prežívanie matky, nedonosený novorodenec, neonatologické oddelenie, psychologická podpora, rodina nedonoseného dieťaťa

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Psychological Support for Mothers of Premature Infants on the Neonatal Intensive Care Unit

**Author:** Mgr. Bc. Barbora Kuzmická

**Supervisor:** PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 131 and 243 418

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 77

### **Abstract:**

The diploma thesis focuses on mothers' experience in connection with preterm birth and possibilities of psychological support for the mothers at neonatal intensive care units. The theoretical part consists of four chapters covering following themes: women mental experience during pregnancy and birth, preterm birth as a stress situation, preterm newborn and their characteristics and finally the neonatal care system in Slovakia and in the Czech Republic. The practical part focuses on the analysis of ten mothers of preterm newborns by using the interpretative phenomenological analysis technique. Also, by using the clustering method we analysed four interviews with the specialists who work with the mothers of preterm newborns in the hospitals. The practical part has been processed within the qualitative approach. Data were collected by using semi-structured interview. Research questions focus on mothers' experience, psychological and other special mother support, the impact of preterm birth on the family and factors which influence mothers' adaptation to a difficult situation of preterm birth. The results indicate that mothers experience negative emotions as fear, concerns and remorse after preterm birth. The system of the psychological support at neonatal intensive care units is not sufficient in Slovakia. Preterm birth influences family functioning from time and financial perspective associated with childcare. The acceptance of the situation is highly influenced by mothers' low awareness of child state, medical staff member attitude and childcare difficulty. The diploma thesis offers a view on the preterm birth phenomenon and its impact on the mother and the rest of the family members.

**Keywords:** preterm birth, mother's experience, preterm newborn, neonatal intensive care unit, psychological support, preterm newborn's family

## **Zoznam tabuliek**

Tab. 1: Fázy psychologického prežívania tehotenstva.....	10
Tab. 2: Faktory ovplyvňujúce individuálne prežívanie ženy počas pôrodu.....	12
Tab. 3: Percentily pôrodnej hmotnosti.....	27
Tab. 4: Apgarovej skóre.....	30
Tab. 5: Týždeň pôrodu.....	91

## **PRÍLOHY**

## **Zoznam príloh**

Príloha 1 Predloha rozhovoru s matkami nedonosených detí

Príloha 2 Predloha rozhovoru s odborníkmi

Príloha 3 Rozhovor s respondentkou M1

Príloha 4 Rozhovor s odborníčkou O1

## **Príloha 1 Predloha rozhovoru s matkami nedonosených detí**

1. V ktorom týždni tehotenstva ste rodili?
2. O koľké tehotenstvo v poradí išlo? Koľké dieťa v poradí?
3. Mohli by ste mi popísať priebeh tehotenstva?
4. Bolo tehotenstvo plánované a vytúžené alebo prišlo neplánovane?
5. Bolo počatie prirodzené alebo ste otehotneli asistovanou reprodukciou?
6. Bolo tehotenstvo rizikové?
7. Aký bol zdravotný stav dieťaťa po pôrode?
8. Popíšte, ako prebiehali prvé dni po pôrode.
9. Mali ste možnosť pravidelne navštevovať a podieľať sa na starostlivosti o Vaše dieťa? Ak áno, ako starostlivosť prebiehala (čo všetko Vám v nemocnici umožnili – kŕmenie, prebaľovanie a pod.)?
10. Ako dlho ste boli hospitalizovaná?
11. Ako dlho bolo hospitalizované Vaše dieťa?
12. Klokankovali ste? Ak áno, popíšte, v čom hodnotíte význam klokankovania, čo Vám prinieslo, čo ste pri ňom prežívali.
13. Ako spomínate na pôrod a obdobie hospitalizácie? Mohli by ste mi to bližšie popísať?
14. Čo ste prežívali v prvých dňoch po pôrode?
15. Ako ste vnímali Vaše dieťa? Aké emócie vo Vás vzbudzovalo, čo ste prežívali, keď ste boli pri ňom? Ako ste sa cítili, keď ste boli bez neho?
16. Aké boli Vaše pocity pred prepustením z nemocnice?
17. Ako ste zvládali dni po prepustení z nemocnice do domácej starostlivosti? Čo bolo pre Vás v týchto chvíľach náročné?
18. Mali ste možnosť po pôrode alebo počas hospitalizácie Vášho dieťaťa osloviť psychológa priamo na oddelení alebo v nemocnici? Ak áno, kto Vám túto možnosť sprostredkoval (sestry, lekári apod.)?
19. Vyhľadali ste psychológa sama mimo nemocnice? Ak áno, kedy to bolo?
20. Spolupracovali ste so psychológom na pravidelnej báze?
21. Ako prebiehali sedenia?
22. Koľko stretnutí ste mali?



23. Sedenia u psychológa prebiehali len počas hospitalizácie dieťaťa alebo aj po prepustení do domácej starostlivosti?
24. V čom hodnotíte význam stretnutí so psychológom?
25. Ak by ste mali možnosť osloviť psychológa priamo v nemocnici, bezprostredne po pôrode či počas hospitalizácie Vášho dieťaťa, využili by ste túto možnosť? Ak áno, prečo?
26. Mali ste možnosť zúčastniť sa podporných skupín matiek? Ako prebiehali skupinové stretnutia? Kto ich viedol? Vedeli by ste ich zhodnotiť?
27. Ak by ste mali možnosť zúčastniť sa podporných skupinových stretnutí matiek priamo v nemocnici, využili by ste takúto možnosť? Ak áno, prečo?
28. Mali ste možnosť vyhľadať iného odborníka, ktorý Vám poskytol podporu? Ak áno, o akého odborníka šlo, akú formu pomoci Vám poskytol a ako hodnotíte prínos týchto stretnutí?
29. Žijete v manželstve alebo partnerstve?
30. Ako ovplyvnil predčasný pôrod fungovanie rodiny a chod rodinného života?
31. Ako vnímal predčasný pôrod otec dieťaťa? Vedeli by ste popísať jeho prežívanie v tom období, jeho emócie? Ako to zvládal?
32. Čo Vaše staršie deti? Ako vnímali situáciu predčasného pôrodu?
33. Ako vnímali predčasný pôrod ostatní členovia rodiny (starí rodičia, širšia rodina)?
34. Čo sa zmenilo po príchode domov?
35. Kto Vám v tomto období najviac pomohol, kto Vám bol najväčšou oporou?
36. Ste veriaca? Ak áno, akú rolu v tomto období zohrala Vaša viera?
37. Kontaktovali ste iné matky predčasne narodených detí? Ak áno, čo Vám tieto kontakty priniesli?
38. Ako v celku hodnotíte obdobie pôrodu a hospitalizácie?
39. Aké emócie vo Vás s odstupom času vyvoláva spomienka na toto obdobie?
40. Ako hodnotíte obdobie po prepustení do domácej starostlivosti?
41. Čo si myslíte, že by Vám v tej dobe pomohlo prekonať náročnú situáciu, v ktorej ste sa ocitli? Čo Vám v tom období najviac pomohlo?
42. Čo Vám naopak sťažovalo prekonať celú situáciu?
43. Čo by ste zhodnotili ako náročné či negatívne v súvislosti s pôrodom?
44. Chceli by ste ešte niečo dôležité dodať?

## Príloha 2 Predloha rozhovoru s odborníkmi

1. Aká je Vaša profesia?
2. Aké je Vaše zamestnanie? Kde pracujete?
3. Ako ste sa dostali k práci s matkami predčasne narodených detí?
4. Pracujete s matkami priamo v nemocnici?
5. Ako často pôsobíte v nemocnici?
6. Ako prebieha Vaša práca / intervencia na oddelení? Môžete mi popísať priebeh dňa?
7. Oslovujete matky sám/sama alebo Vás vyhľadávajú ony samé?
8. Kde v nemocnici prebiehajú stretnutia s matkami (špeciálna miestnosť, izby na oddelení, atď.)?
9. Približne koľko stretnutí máte s jednou matkou?
10. Pracujete s matkami len počas hospitalizácie (ich alebo dieťaťa) alebo aj po prepustení z nemocnice?
11. Akou formou práce pracujete s matkami (individuálne stretnutia, skupiny)?
12. Aké otázky či témy matky najčastejšie prinášajú na stretnutia?
13. Aké techniky práce najčastejšie využívate pri práci s matkami predčasne narodených detí?
14. V čom vidíte náročnosť predčasného pôrodu z psychologického hľadiska?
15. Ako podľa Vašich skúseností prežívajú matky predčasný pôrod?
16. Čo matkám v situácii po predčasnom pôrode podľa Vás najviac pomáha?
17. Ako ovplyvňuje predčasný pôrod chod rodiny?
18. Pracujete aj s inými členmi rodín (otec dieťaťa, súrodenci atď.)?
19. V čom vidíte význam práce priamo na oddelení neonatológie?
20. Ako hodnotíte systém psychologickej podpory matiek predčasne narodených detí na neonatologických oddeleniach?
21. Ako hodnotíte Vašu pozíciu v nemocnici? Akceptuje a podporuje Vás zdravotnícky personál? Aké podmienky pre Vás vytvorili?
22. Chceli by ste ešte niečo dodať?

## Príloha 3 Rozhovor s respondentkou M1

V: V ktorom týždni tehotenstva ste rodili?

M1: Rodila som v 29+5 týždni tehotenstva.

V: O koľké tehotenstvo v poradí šlo? O koľké dieťa v poradí?

M1: Je to naše prvé dieťa a tiež to bolo prvé tehotenstvo.

V: Mohli by ste mi popísať priebeh tehotenstva?

M1: Celých 26 týždňov tehotenstva to bolo bezproblémové dvojplodové tehotenstvo, kým v 26. týždni tehotenstva nezistili retardáciu druhého plodu, ktorý následne v 27. týždni tehotenstva umrel na zlyhanie srdca. Druhý plod vydržal len do 29+5 týždňa tehotenstva, kedy bolo tehotenstvo ukončené akútnou sekciou z dôvodu utopenia plodu v plodovej vode a následne bolo dieťa dlho oživované, čo sa úspešne podarilo, avšak s vážnymi dôsledkami. Malý má ťažké poškodenie mozgu.

V: Bolo tehotenstvo plánované a vytúžené alebo prišlo neplánovane?

M1: Tehotenstvo bolo plánované, podstúpili sme umelé oplodnenie.

V: Takže ste podstúpili umelé oplodnenie, áno?

M1: Áno, otehotneli sme asistovanou reprodukciou – IVF s embryotransferom.

V: Bolo tehotenstvo rizikové?

M1: Keďže som mala dvojplodové tehotenstvo za pomoci asistovanej reprodukcie, išlo o rizikové tehotenstvo.

V: Aký bol zdravotný stav dieťaťa po pôrode?

M1: Moje dieťa bolo oživované a vo veľmi kritickom stave. Lekári mu dávali maximálne 24 hodín života.

V: Popíšte, ako prebiehali prvé dni po pôrode.

M1: Po úspešnom oživení bolo moje dieťa prevezené na JIS, kde pobudlo 10 dní, z toho 3 dni na kyslíku. Následne bolo preložené na oddelenie rizikových novorodencov, kde pobudlo ďalších 37 dní.

V: Mali ste možnosť pravidelne navštevovať a podieľať sa na starostlivosti o Vaše dieťa? Ak áno, ako starostlivosť prebiehala (čo všetko Vám v nemocnici umožnili – kŕmenie, prebaľovanie apod.)?

M1: Drobca som mala možnosť navštevovať kedykoľvek počas dňa. Chodila som za ním 2x denne, kedy som mu priniesla odsaté materské mlieko, mala som možnosť prebaľovať ho, klokankovať, polohovať v inkubátore, učiť sa koiť, kŕmiť ho cez nosovú sondu, neskôr pomocou fľaše a cumľa. Prvé dni mi dieťa vyberali z inkubátora zdravotné sestry, neskôr som bola zaučená, ako dieťaťko bezpečne vyberať z inkubátora a ako ho tam opätovne vrátiť.

V: Ako dlho ste boli hospitalizovaná?

M1: Na oddelení rizikovej gravidity som bola hospitalizovaná 3 týždne a následne po pôrode som bola hospitalizovaná na oddelení šestonedelia 4 dni.

V: Ako dlho bolo hospitalizované Vaše dieťa?

M1: Dokopy 47 dní, 10 dní na JIS, 37 dní na oddelení rizikových novorodencov.

V: Ako ste spomenuli, klokankovali ste. Mohli by ste mi popísať, v čom hodnotíte význam klokankovania, čo Vám prinieslo, čo ste pri ňom prežívali?

M1: Áno, klokankovala som. Prvý krát mi bol malý vyložený z inkubátora na klokankovanie až siedmy deň po pôrode. Bol to ten najkrajší pocit na svete. Klokankovala som každú možnú chvíľu a to aj po prepustení z nemocnice do domáceho prostredia. Dalo by sa povedať, že sa „klokankujeme“ dodnes, túlime a „mojkáme“ sa, ako aj drobca nosíme v ergonomickom nosiči.

V: Ako spomínate na pôrod a obdobie hospitalizácie? Mohli by ste mi to bližšie popísať?

M1: Bolo to to najkrajšie a zároveň najhoršie obdobie môjho života. Chybou zdravotnej sestry na oddelení rizikovej gravidity, ktorá ma dala neskoro na monitor, umrelo moje dieťa v pôrodnom boxe a následne som bola urgentne prevezená na pôrodnú sálu, kde mi z tela vybrali dve mŕtve detičky. Jedno bolo mŕtve už dva týždne tehotenstva a druhé sa našťastie podarilo po dlhom čase oživiť, čo však má negatívne zdravotné dôsledky.

V: Čo ste prežívali v prvých dňoch po pôrode?

M1: Boli to dni plné strachu o život synčeka, ktorý vo veľmi kritickom stave bojoval v inkubátore o svoj život. Zároveň to boli dni plné šťastia a radosti, lebo som sa stala mamou. Porodila som si najväčšiu lásku svojho života. Taktiež som sa cítila odhodlaná urobiť pre drobca maximum, aby bol šťastný a mal s nami pekný život.

V: Ako ste vnímali Vaše dieťa? Aké emócie vo Vás vzbudzovalo, čo ste prežívali, keď ste boli pri ňom? Ako ste sa cítili, keď ste boli bez neho?

M1: Milovala som ho od prvého momentu ako som ho uvidela. Bol tak krásny, tak drobný a krehký... Mala som pocit, že ho musím chrániť. Rátala som dni, kedy si ho budem môcť konečne zobrať domov. Vždy, keď som sa vrátila z nemocnice do prázdneho bytu, rozplakala som sa. Ja som bola doma, ale moje dieťa bolo stále v nemocnici, samé bez svojej mamy. Ja zas bez neho. Noc bola najhoršia, nemohla som spať, lebo som stále myslela na to, čo asi robí moje dieťa, či sa k nemu správajú sestričky pekne, či nehladuje, či je prebalený...

V: Aké boli Vaše pocity pred prepustením z nemocnice?

M1: Bola som plná očakávaní, nevedela som, čo ma čaká, ale bola som odhodlaná všetko zdolať. Veľmi som sa tešila, že môj drobec bude konečne pri mne a už mi ho nikto nezoberie so slovami „mamička prosím vráťte dieťaťko do inkubátora, už je čas ísť domov“... Vždy mi to trhalo srdce.

V: Ako ste zvládali dni po prepustení z nemocnice do domácej starostlivosti? Čo bolo pre Vás v týchto chvíľach náročné?

M1: Dni po prepustení boli krásne a zároveň náročné. Museli sme si nájsť „spoločnú reč“ a nastaviť sa na režim. Nespali sme cez deň a ani v noci. Tým, že sa narodil drobec ťažko postihnutý sme okrem klasických povinností novorodičov, museli absolvovať aj návštevy odborných ambulancií ako aj rehabilitačného centra, kde sme chodili cvičiť Vojtu. Cvičili sme aj doma 4x denne. Mali sme veľmi náročný program.

V: Mali ste možnosť po pôrode alebo počas hospitalizácie Vášho dieťaťa osloviť psychológa priamo na oddelení alebo v nemocnici? Ak áno, kto Vám túto možnosť sprostredkoval (sestry, lekári a pod.)?

M1: Žiaľ, táto možnosť mi nebolo ponúknutá, čo ma vzhľadom na moju situáciu dosť prekvapilo a prekvapuje ma to dodnes. Určite by som túto možnosť využila.

V: Vyhľadali ste psychológa sama mimo nemocnice? Ak áno, kedy to bolo?

M1: Mala som možnosť hovoriť so psychológom až po začiatku spolupráce s CVI, kedy bola pani psychologička priamo u nás doma. V najbližšej dobe však zvažujem navštevovať psychologickú ambulanciu pravidelne a konečne sa dať v tomto smere riadne dokopy, nakoľko doteraz na nejaké pravidelné stretnutia nebol čas, a to z dôvodu dlhodobo nepriaznivého stavu drobca.

V: Spolupracovali ste so spomínanou psychologičkou na pravidelnej báze?

M1: Nie, je to však v dohľadnom čase v pláne.

V: Ako prebiehali sedenia?

M1: Pokiaľ sa bavíme o psychológovi v rámci CVI, tak sedenie bolo u nás doma za prítomnosti môjho syna.

V: Koľko stretnutí ste mali?

M1: So psychológom CVI som absolvovala 2-3 stretnutia, kde mi bolo odporúčané navštevovať pravidelne psychologickú ambulanciu. Doteraz som žiaľ na to čas nemala.

V: *Takže stretnutia so psychológom počas hospitalizácie ste nemali, iba po prepustení z nemocnice prostredníctvom CVI, inak ste nespolupracovali so psychológom, áno?* (Sedenia u psychológa prebiehali len počas hospitalizácie dieťaťa alebo aj po prepustení do domácej starostlivosti?)

M1: Áno, tak.

V: Ak by ste mali možnosť osloviť psychológa priamo v nemocnici bezprostredne po pôrode či počas hospitalizácie Vášho dieťaťa, využili by ste túto možnosť? Ak áno, prečo?

M1: Určite by som túto možnosť využila. Problém by sa tak podchytil hneď na začiatku a mohla som sa tak neskôr vyhnúť výkyvom nálad, emócií a frustrácii.

V: Mali ste možnosť zúčastniť sa podporných skupín matiek? Ako prebiehali skupinové stretnutia? Kto ich viedol? Vedeli by ste ich zhodnotiť?

M1: Nie.

V: Ak by ste mali možnosť zúčastniť sa podporných skupinových stretnutí matiek priamo v nemocnici, využili by ste takúto možnosť? Ak áno, prečo?

M1: Túto možnosť by som taktiež využila... Niet nato podeliť sa o svoje obavy a pocity aj s inými matkami, ktoré si prechádzajú tým istým.

V: Mali ste možnosť vyhľadať iného odborníka, ktorý Vám poskytol podporu? Ak áno, o akého odborníka šlo, akú formu pomoci Vám poskytol a ako hodnotíte prínos týchto stretnutí?

M1: Oslovila som CVI, ktoré má množstvo skvelých zamestnancov, ktorí sú veľkí odborníci vo svojich profesiách, majú citlivý a ľudský prístup.

V: Žijete v manželstve alebo partnerstve?

M1: Žijem v manželstve, tento rok budeme spolu už 14 rokov.

V: Ako ovplyvnil predčasný pôrod fungovanie rodiny a chod rodinného života?

M1: Smrť malej, predčasný pôrod, náročná starostlivosť o nášho inak obdareného synčeka nás s manželom viac spojila a zocelila. Samozrejme boli, sú a aj budú dni, kedy dôjde ku konfliktom medzi nami z dôvodu vyčerpania, frustrácie a večného boja s prírodou, okolím, lekármi, diagnózami a zlými prognózami pre nášho jediného milovaného syna.

V: Ako vnímal predčasný pôrod otec dieťaťa? Vedeli by ste popísať jeho prežívanie v tom období, jeho emócie? Ako to zvládal?

M1: Bol šťastný, že sa konečne stal otcom. Mal však veľké obavy, ako to všetko zvládne, či dokáže byť dobrým otcom nášmu špeciálnemu dieťaťku, či bude naďalej dobrým manželom, či mi bude vedieť pomôcť a byť mi oporou, keď to budem potrebovať. A rovnako ako ja, aj on sa nevedel dočkať, kedy si konečne drobca donesieme domov. Hodiny dokázal sedieť pri postieľke a pozorovať drobca ako sladko spinká. Manžel mi je obrovskou oporou, bez neho by som nemala šancu zvládať našu situáciu.

V: *Vaše dieťaťko je Vaše prvorodené, nemá starších súrodencov, áno?* (Čo Vaše staršie deti? Ako vnímali situáciu predčasného pôrodu?)

M1: Áno.

V: Ako vnímali predčasný pôrod ostatní členovia rodiny (starí rodičia, širšia rodina)?

M1: Drobec je prvé a jediné dieťa, ktoré sa v rodine narodilo predčasne. Vnímanie rodiny bolo rôzne. Jedni plakali a báli sa spolu s nami, druhí to brali „športovo“ a mali veľké očakávania, čo sa malého budúcnosti a zdravia týka.

V: Čo sa zmenilo po príchode domov?

M1: V podstate všetko. Do zabehnutej domácnosti prišiel nový člen, ktorý vyžadoval 24 hodinovú nadštandardnú starostlivosť, ktorú sme sa mu snažili poskytovať pri enormnom nedostatku spánku

a sebarealizácie. Trvalo nejaký čas, kým sme si zvykli a naučili sa, že niektoré veci musia ísť bokom. Donútilo nás to prehodnotiť predošlý spôsob života a naučilo určovať si priority.

V: Kto Vám v tomto období najviac pomohol, kto Vám bol najväčšou oporou?

M1: Manžel, ktorý sa aj dnes ponáhl'a z práce domov len aby bol s nami. Veľkou oporou mi bola aj moja mamina, ktorá je pracujúca a býva ďaleko, ale vždy je tu pre mňa na telefóne a vždy, keď to jej práca a okolnosti dovoľujú, príde aj s ocinom a starajú sa nám o drobca. Prípadne nás pobalím a ideme k nim my. A vďaka nim si oddýchneme a máme možnosť tráviť čas aspoň chvíľu ako dvojica. Kým bol malý ešte bábätko a nebolo ešte evidentné, že je ťažko postihnutý, chodili nám pomáhať s kočikovaním aj svokrovci, ktorí od nás bývajú neďaleko. Ako však drobec rastie a pribúdajú diagnózy, intenzita ich návštev a pomoci sa znižuje.

V: Ste veriaca? Ak áno, akú rolu v tomto období zohrala Vaša viera?

M1: Verím, ale do kostola nechodím.

V: Kontaktovali ste iné matky predčasne narodených detí? Ak áno, čo Vám tieto kontakty priniesli?

M1: Po pôrode som bola v kontakte s maminami, s ktorými sme sa zoznámili počas pobytu na oddelení rizikovej gravidity alebo neskôr na oddelení rizikových novorodencov. Niektoré priateľstvá stále pretrvávajú a sme v kontakte, iné skončili. Som tiež členkou facebookovej skupiny určenej rodičom predčasne narodených detičiek, ako aj skupiny pre inak obdarené detičky. Je skvelý pocit vedieť, že v tom nie ste sama a s ostatnými mamičkami sa navzájom podporujeme, povzbudzujeme, radíme sa, držíme si navzájom palce v našich bojoch, pomáhame si a aj si spolu poplačeme.

V: Ako v celku hodnotíte obdobie pôrodu a hospitalizácie?

M1: Aj po 39 mesiacoch od pôrodu som plná emócií, ktoré nie sú vždy pozitívne. Snažím sa na to zlé zabudnúť a myslieť len na to dobré, čo je však niekedy veľmi ťažké. Neviem sa stále odosobniť a nezaujato hodnotiť celé to bláznivé, dobro-zlé obdobie. Možno časom.

V: Aké emócie vo Vás s odstupom času vyvoláva spomienka na toto obdobie?

M1: Moje emócie sú veľmi zmiešané a vždy závisí od aktuálnych okolností, či sú pozitívne alebo veľmi negatívne. Rada by som však na sebe v tejto oblasti popracovala a to s pomocou pravidelných sedení u psychológa.

V: Ako hodnotíte obdobie po prepustení do domácej starostlivosti?

M1: Bolo to obdobie plné všetkého, lásky, emócií, strachu, obáv, odhodlania, chuti bojovať, prehodnocovania nášho vzťahu, života,...do toho množstvo povinností okolo drobca.

V: Čo si myslíte, že by Vám v tej dobe pomohlo prekonať náročnú situáciu, v ktorej ste sa ocitli? Čo Vám v tom období najviac pomohlo?

M1: Odborná pomoc, napríklad psychológ, prípadne nejaká popôrodná asistentka, ktorá by bola rodičom ako sme my k dispozícii, aby mne ako matke pomohla s počiatočnou starostlivosťou o drobca, kým bol tatinko

v práci. Taktiež by nám veľmi v tom čase pomohlo, keby sme vedeli o existencii CVI, o ktorom sme sa dozvedeli náhodou až podstatne neskôr. V tom náročnom období nám pomohla hlavne viera v lepšiu budúcnosť, povzbudivé slová našich rodičov ako aj rodičov, ktorí si sami predčasným pôrodom prešli.

V: Čo Vám naopak sťažovalo prekonať celú situáciu?

M1: Lekári a ostatný zdravotný personál, ktorý nás miesto pomoci deptal, ponížoval a znevažoval. Vždy pre nás mali len zlé správy a všetko, čo sme robili hodnotili negatívne. Mávala som pocit, že som tou najhoršou matkou na svete.

V: Čo by ste zhodnotili ako náročné či negatívne v súvislosti s pôrodom?

M1: Rozhodne chýba riadna informovanosť na oddelení rizikovej gravidity a to hlavne pre matky prvorodičky. Ste v cudzom prostredí, sama, plná otázok, emócií a hormónov, a zdravotný personál sa k Vám správa, ako by ste im boli na obtiaž. Keď sa chcete niečo, čokoľvek opýtať odbijú Vás bez akejkoľvek odpovede na Vaše otázky. Rovnako tak by bolo vhodné, aby na pôrodných sálach boli nainštalované kamery, aby existoval videozáznam z pôrodu a nie len papierové záznamy, ktoré sa dajú sfaľšovať a použiť v prípade problémov proti matke.

V: *Zaujímavý postreh. Vychádzate z vlastnej skúsenosti?*

M1: Áno z vlastnej, nerada by som to však bližšie rozoberala.

V: Chceli by ste ešte niečo dôležité dodať?

M1: Problematike predčasných pôrodov by sa malo venovať viac pozornosti. Matky by automaticky mali dostať pomoc psychológa a personál oddelenia rizikovej gravidity, pôrodnice, oddelenia šestonedelia by mal pravidelne absolvovať komunikačné kurzy.



## Príloha 4 Rozhovor s odborníčkou O1

V: Aká je Vaša profesia?

O1: Som špeciálny pedagóg a pedagóg vývinového pohybu IDMI, tiež certifikovaná laktačná poradkyňa.

V: Aké je Vaše zamestnanie? Kde pracujete?

O1: Pracujem ako poradca CVI, lektor predpôrodnej rodičovskej prípravy a laktačná poradkyňa.

V: Ako ste sa dostali k práci s matkami predčasne narodených detí?

O1: V rámci laktačného poradenstva a poradenstva CVI.

V: Pracujete s matkami priamo v nemocnici?

O1: Áno aj.

V: Ako často pôsobíte v nemocnici?

O1: Jedenkrát do týždňa celý pracovný deň.

V: Ako prebieha Vaša práca / intervencia na oddelení? Môžete mi popísať priebeh dňa?

O1: Pred rodičovskou skupinou sa stretávame s vrchnou sestrou kvôli porade, aké mamy si pýtali kontakt na poradkyne, poradíme sa, koľko matiek príde a ktoré treba navštíviť individuálne. Následne vedieme rodičovskú skupinu matiek v trvaní 2 až 3 hodiny, potom nasledujú individuálne stretnutia s matkami na izbách pri inkubátoroch.

V: Oslovujete matky sám/sama alebo Vás vyhľadávajú ony samé?

O1: Aj sama, aj nám ich posielajú personál oddelení.

V: Kde v nemocnici prebiehajú stretnutia s matkami (špeciálna miestnosť, izby na oddelení atď.)?

O1: Skupinové stretnutia prebiehajú v seminárnej miestnosti a individuálne už na izbách alebo v iných priestoroch oddelenia.

V: Približne koľko stretnutí máte s jednou matkou?

O1: Percentuálne asi približne 60% matiek 1 krát, 20% 2 krát a 20% 3 a viac krát. Stále sa tie percentá menia (zlepšujú v prospech viacnásobných účastí na skupine).

V: Pracujete s matkami len počas hospitalizácie (ich alebo dieťaťa) alebo aj po prepustení z nemocnice?

O1: Iba ak si nás vyhľadávajú samé ako poradcov CVI, tak s nimi pracujem aj po prepustení z nemocnice. Ale to je výnimočné. Na oddelení, kde pôsobíme (oddelenie patologických novorodencov) je táto služba ponúkaná vrchnou sestrou, ktorá je angažovaná osobou, ktorá má snahu a je autorom myšlienky zlepšovania podmienok starostlivosti o matku a dieťa.... Avšak na inom oddelení (detská JIS) táto iniciatíva chýba, preto nie všetky mamy rizikových novorodencov sa dostanú k informáciám o následnej podpornej službe.

Ojedinele sú na skupinu prizvané, aj na základe individuálnej aktivity personálu, matky detí z JIS a budúce matky s indikáciou rizikového tehotenstva (matky z iných oddelení nemajú však veľmi informácie).

V: Akou formou práce pracujete s matkami (individuálne stretnutia, skupiny)?

O1: Skupinovo aj individuálne.

V: Aké otázky či témy matky najčastejšie prinášajú na stretnutia?

O1: Emočné témy, prežívanie momentálnej situácie, rozprávajú aj veľmi hlboké príbehy dramatických a traumatických udalostí pred pôrodom, počas pôrodu a po pôrode a popisujú ako na ne jednotlivé kľúčové momenty vplývali. Výpovede obsahujú vlastné prežívanie, komentáre ku komunikácii personálu, ale ich veľká téma je aj popis prežívania partnera a rodinných príslušníkov. Najdôležitejšie je, že im chýba psychická podpora pri spracovaní informácií. Traumatické udalosti sú pre ne veľkou záťažou a sťažujú sa, že im nemá kto pomôcť spracovať tieto informácie. Nemajú sa koho opýtať, ak sa opýtali, boli odmietnuté, ponížené, ich strachy a neistoty boli zosmiešnené. Dĺžka čakania na informáciu je tiež pre tieto matky traumatická. Že personál má informácie, ale matke iba povedia, že jej ich nemôžu podať. Matky strácajú dôveru, sú ohrozené tým, že nemajú informácie pravdivo a načas a nepovažujú ich lekári a personál za partnera. Dôležité je sa s nimi porozprávať. To, že o ne má niekto záujem ich upokojí. Až druhoradou upokojujúcou zložkou je obsah informácií. Aj keď im niekto povie ťažkú správu veľmi láskavo a podporne, tak to vedú lepšie prijať a spracovať, matka to ocení. Keď sa aj banálna vec komunikuje zraňujúcim spôsobom, matiek sa to veľmi dotýka a narúša to ich psychickú pohodu a schopnosť sústrediť sa na povinnosti. Personál toho od nich veľa očakáva, čaká, že si hneď všetko zapamätajú a zvládnu. Keď sú v zlom psychickom stave, nevedia tieto očakávania naplniť, zorganizovať si povinnosti. Cítia sa zbytočné, nevedia nájsť svoju rolu. Chýbajú informácie, letáky, inštruktáže. Nezrozumiteľnosť toho, čo sa kedy bude diať je pre ne veľkou záťažou. My vidíme, že toto je tak náročná situácia, ktorá prirodzene vedie matku k potrebe si uľaviť. Takýto psychický tlak, ako prežívajú, sa nedá dlhodobo ustáť a matky hľadajú únik zo situácie (hnev, depresia a pod.), ale veľmi často sa potom stávajú pasívnymi a vzdávajú sa rodičovských kompetencií, prechádzajú do stavu dôvery v personál a inštitúciu, odchádzajú domov a návštevy dieťaťa sú pre ne bolestné. A preto je lepšou stratégiou obmedziť návštevy, aby sa neretraumatizovali. To vedie k narušeniu puta k dieťaťu, je pre ne úľavou radšej z priestoru nemocnice odísť. Následne popisujú stav ako oddelenie od dieťaťa, strach, či sa oň budú vedieť postarať („Čo ak mu ublížim?“, nechcú ho vybrať z inkubátora, je to pre ne tlak a stres).

V: Aké techniky práce najčastejšie využívate pri práci s matkami predčasne narodených detí?

O1: Rozhovor, koučingové otázky, zážitkové aktivity, praktické ukážky.

V: V čom vidíte náročnosť predčasného pôrodu z psychologického hľadiska?

O1: Predčasný pôrod je traumatický proces na úrovni zdravotnej, sociálnej aj osobnostnej. Maminy sa konfrontujú s vlastným zlyhaním, že nezvládli rolu, žijú svet neistoty, výčítiek a hľadania vinníkov. Je to proces, ktorý nie je časovo ohraničený, akoby plávajú v časopriestore, kde nevedia, kam to smeruje. Je tam málo možností nachádzať istoty a záchytné body. Záchytným bodom by mal byť sprievodca tým procesom, ktorý im dá podporu, pomôže formulovať otázky a hľadať odpovede.

V: Ako podľa Vašich skúseností prežívajú matky predčasný pôrod?

O1: Je u nich silná potreba niekomu dôverovať, kto im vysvetlí, čo sa v danej situácii nedeje dobre, čo v danej situácii bude viesť k pozitívnym riešeniam rizikovej situácie a ak dôverujú, tomu, že sú v dobrých rukách, tak rizikové okolnosti predčasného pôrodu zvládajú lepšie, ako keď je to pre nich nejasné, nezrozumiteľné a nemôžu nikomu dôverovať. Prežívajú strach, úzkosť, frustráciu, neistotu, sklamanie, hnev, ale poznám aj matky, čo sú až na úrovni úplného zúfalstva. Sú veľmi zraniteľné v sebadôvere. Je to pre ne obdobie, kedy majú minimum zdrojov bezpečia. A už vtedy im padne dobre, že majú niekoho na koho sa môžu obrátiť (už počas rizikového tehotenstva). Na predpôrodnej príprave maminy očakávajú hlavne toto uistenie.

V: Čo matkám v situácii po predčasnom pôrode podľa Vás najviac pomáha?

O1: Najkľúčovejšia z môjho poznania je dôvera vo všetky osoby, ktoré podávajú informácie o ich zdravotnom stave a o dieťatku, pretože pre ne nie je kľúčová samotná informácia, ale či dôverujú človeku, ktorý danú informáciu podáva. Či im rozumie a je ochotný odpovedať na všetky otázky. Že človek pre ne robí maximum (lekár, personál). Pomôže im, že tú matku niekto vypočuje aj keď tam taký človek asi často nie je.

V: Ako ovplyvňuje predčasný pôrod chod rodiny?

O1: V prvom rade je to šok a vo väčšine prípadov to znamená veľa organizačných zmien pre členov rodiny. Je to veľká neistota ako podať informácie ďalej v okolí (širšej rodine, v práci a pod.), rodina rieši, komu čo povedať, lebo sama má zmätok. Rodina samotná hľadá podporu, hľadá kompetentného človeka, ktorému môžu rodičia dieťaťa formulovať potreby. Riešia zvýšené ekonomické výdavky.

V: Pracujete aj s inými členmi rodín (otec dieťaťa, súrodenci atď.)?

O1: Zvyčajne s matkami, niekedy sú prítomní aj otcovia alebo starí rodičia.

V: V čom vidíte význam práce priamo na oddelení neonatológie?

O1: Prvou motiváciou je zníženie miery stresu, ktorý matka prežíva, či už skupinovou prácou alebo individuálnym rozhovorom, na ktorom pomenujú svoje potreby a môžu ďalej byť schopné pýtať si pomoc. Následne majú nové možnosti pýtať si podporu a tým sa vlastne posilňujú ich kompetencie ako rodičov. To je náš prvotný cieľ, aby sa posilňovali rodičovské kompetencie.

V: Ako hodnotíte systém psychologickej podpory matiek predčasne narodených detí na neonatologických oddeleniach?

O1: Systém nie je, je však zrejmé, že ak sa nájde človek, ktorý poskytne matke psychologickú podporu, tak to má veľmi ďalekosiahly dosah na celý proces pre matku (nemusí to byť psychológ, často je to niekto úplne iný, neodborník, napríklad upratovačka, ktorá sa pohybuje na oddelení pravidelne). Ak takého človeka matka mala, tak je to pre ňu veľmi silná väzba. Ale zo strany nemocnice systém podpory chýba. Prax ale ukazuje, že má význam, preto hľadanie cesty k systémovej podpore je nevyhnutné.

V: Ako hodnotíte Vašu pozíciu v nemocnici? Akceptuje a podporuje Vás zdravotnícky personál? Aké podmienky pre Vás vytvorili?

O1: Naša pozícia je podporená osobnou iniciatívou staničnej sestry z oddelenia patologických novorodencov a dobrým vzťahom k vedeniu CVI a toto je záštita pre naše sebavedomie na tom oddelení, že prinášame očakávanú a potrebnú pomoc. Naša rola sa postupne vyvíja, personál sa pomaly adaptuje na našu prítomnosť na oddelení, aj sa postupne začína zaujímať o našu činnosť. Vnímame aj medzi personálom rozpaky a nedôveru pre našu pozíciu a máme naplánované spoločne stretnutia, kde by sme si vyjasnili ďalšie fungovanie a naše kompetencie na oddelení. Pripravujeme tiež spoločný informačný materiál pre rodičov predčasne narodených detí.

V: Chceli by ste ešte niečo dodať?

O1: Gynekologicko-pôrodnické oddelenie, kde sú matky v starostlivosti kvôli rizikovému tehotenstvu, oddelenie detskej JIS a oddelenie rizikových novorodencov by mali mať vypracovaný systém vzájomnej spolupráce. Vzájomná spolupráca a posúvanie informácií je v prospech podpory mamy a dieťaťa, ich zdravia. Keď je predsa v psychickej pohode matka, je väčšia pravdepodobnosť, že aj stav dieťaťa sa zlepší. Keby mali tieto oddelenia spracovanú jednotnú koncepciu a stratégiu, tak by to prospelo všetkých úrovniach. Je prirodzené, že deti, ktoré označujeme za rizikových novorodencov, by mali mať možnosť včasnej intervencie či podpory. Vnímame to ako prevenciu vo vývinových procesoch detí, pretože v súčasnosti pribúda detí so špeciálnymi potrebami rôzneho spektra. A každé dieťa by malo mať právo získať včasnú podporu.