Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

CITOVÁ VAZBA A PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DĚTI: ROLE HOSPITALIZAČNÍ SEPARACE V RANÉM VÝVOJI Z POHLEDU MATKY

EMOTIONAL ATTACHMENT AND PREMATURE BABIES: THE ROLE OF SEPARATION DURING HOSPITALIZATION IN EARLY DEVELOPMENT FROM THE MOTHER´S PERSPECTIVE

Bakalářská diplomová práce

Autor: **Kristýna Pečonková**

Vedoucí práce: **Mgr. Barbora Kňažek Považanová, Ph.D.**

Olomouc

2026

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Barboře Kňažek Považanové, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a cenné rady. Ráda bych vyjádřila upřímné poděkování všem matkám, které se tohoto výzkumu zúčastnily a otevřeně sdílely své zkušenosti. Jejich důvěra a ochota hovořit o osobních a citlivých tématech mi umožnily hlouběji porozumět problematice navazování mateřského vztahu k předčasně narozenému dítěti. Dále bych chtěla poděkovat svému příteli za podporu a motivaci při psaní této práce, zejména za jeho zodpovědný přístup k vlastním povinnostem, který pro mě byl inspirací. V neposlední řadě patří mé poděkování mým rodičům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Citová vazba a předčasně narozené děti: Role hospitalizační separace v raném vývoji z pohledu matky“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28.03. 2026 Podpis .....

OBSAH

Číslo **Kapitola** **Strana**

ÚVOD **5**

TEORETICKÁ ČÁST **7**

1 Citová vazba **8**

1.1 Druhy citové vazby 9

1.1.1 Jistý typ 9

1.1.2 Vyhýbavý typ 10

1.1.3 Ambivalentní typ 11

1.1.4 Úzkostně dezorganizovaný typ 11

1.2 Vazebné chování 11

1.3 Fáze ve vývoji citové vazby 13

2 Předčasný porod **15**

2.1. Rizikové faktory předčasného porodu 15

2.2. Posuzování zralosti novorozence 17

2.3. Možné následky předčasného porodu pro dítě 19

2.4. Možné následky předčasného porodu pro matku 20

3 Vývoj předčasně narozeného dítětě **23**

3.1 Motorický vývoj 23

3.1.1 Vojtova metoda 24

3.1.2 Metoda manželů Bobathových 25

3.2 Psychický vývoj 26

4 Navazování vztahu a separace z pohledu matky **28**

4.1 Vybrané bondingové metody 29

4.1.1 Klokánkování 29

4.1.2 Kojení 30

4.1.3 Rooming-in 30

4.2 Emoční prožívání matek během separace a vyrovnávací mechanismy 31

4.3 Možné dopady na vztah matka-dítě 33

VÝZKUMNÁ ČÁST **36**

5 Výzkumný problém, cíl a otázky **37**

6 Metody sběru dat a výzkumný soubor **39**

6.1 Výzkumný soubor 39

6.2 Použitá metoda a průběh sběru dat 40

6.3 Etika výzkumu 41

6.4 Sebereflexe výzkumníka 41

7 Analýza dat ... 43
7.1 Eliška ... 43
7.2 Irena ... 44
7.3 Leona ... 45
7.4 Kateřina ... 46
7.5 Marie ... 47
7.6 Viktorie ... 48
8 Výsledky ... 49
8.1 Emoční prožívání ohrožení mateřství: „*Jako tělo bez duše*“ ... 50
8.1.1 Separace jako emoční krize: „*Pořád jsem se strašně bála*“ ... 50
8.1.2 Potřeba podpory jako (ne)jistota: „*Pokud si to člověk sám neprožije, neví, jak má tu podporu pořádně dát*“: ... 52
8.2 Zkušenost s nemocničním prostředím: „*Jako by to bylo na běžícím páse*“ 53
8.2.1 Nemocniční prostředí jako místo emočního zranění: „*Vám prostě umře dítě*“ 53
8.2.2 Nemocnice jako stabilizační prvek: „*Tam udělali vše, co jsem potřebovala*“¨ 54
8.3 Proces přijímání role: „*Nebylo to takové, jaké to mělo být*“ ... 55
8.3.1 Přijetí mateřské role narušené separací: „*Ze startu jsem vůbec nepociťovala, že bych byla máma*“ ... 56
8.3.2 Mateřství jako instinktivní proces: „*Roli maminky jsem brala tak nějak automaticky*“ ... 57
8.4 Odpovědi na výzkumné otázky ... 58
9 Diskuze ... 60
10 Závěr ... 65
11 Souhrn ... 66
LITERATURA ... 68
SEZNAM TABULEK ... 77
PŘÍLOHY ... 78

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce se týká citové vazby mezi matkou a předčasně narozeným dítětem, které bylo následně po porodu od matky odděleno z důvodu hospitalizace. Citová vazba (*attachment*) vzniká v raném vývoji mezi dítětem a primárním pečovatelem, kterým je ve většině případů matka. Prvky ze vztahu matka-dítě si přenášíme i do partnerských vztahů. Myslím si tedy, že předčasně narozené děti, které musely být po porodu od matky odloučeny, mají určitou nevýhodu v navazování budoucích mezilidských vztahů. Vytváření citového pouta spočívá především v interakci mezi dítětem a jeho rodiči, kteří by měli dítěti poskytovat komfort, lásku a bezpečné zázemí. Ovšem separace dítěte od matky téměř ihned po porodu, kdy dítě bývá odloučeno až několik dní až týdnů, může tento proces významně narušit – ať už z důvodu pozdního přijetí mateřské role či omezených možností navazování raného kontaktu mezi matkou a dítětem.

K výběru tématu mě vedla osobní zkušenost mé tety, která mi umožnila nahlédnout do problematiky předčasného porodu a jeho dopadů na matku. Když mi o tom vyprávěla, vzbudila ve mně tato zkušenost zájem o hlubší porozumění psychickému prožívání matek v této náročné životní situaci, zejména v kontextu separace od dítěte a procesu přijímání mateřské role.

Spontánní předčasný porod není jednoduché dopředu diagnostikovat, jelikož ho lze poznat pouze z klinických symptomů. Mezi ně se řadí například pravidelné děložní kontrakce, předčasný odtok plodové vody, postupné zkracovaní a dilatace děložní branky. (Marková, Chvílová Weberová a kol., 2020.) Tímto bych ráda přiblížila, že pro rodičku bývá předčasný porod stresovou a nečekanou událostí, která může narušit sebepojetí její nové role – matky. Z tohoto předpokladu vyvozuji, že by se tímto mohl ovlivnit jejich vztah, a tedy i citová vazba mezi novorozencem a matkou.

Hlavním cílem mé práce je zjistit, jak matka vnímá vztah se svým dítětem po hospitalizační separaci nedonošeného novorozence a jak vypadala cesta k vytvoření vazby k dítěti, z čehož vycházejí úmysly provedeného výzkumu.

Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je sepsána do 4 kapitol, ve kterých se věnuji problematice citové vazby, rizikům předčasného porodu a emočnímu prožívání matky. Má bakalářská práce se zaměřuje na prožívání porodu a následné separace z pohledu matek předčasně narozených dětí. V teoretické části se proto věnuji jak

problematice citové vazby, tak důsledkům předčasného porodu pro matku i dítě, přičemž zdravotní komplikace mohou zároveň významně ovlivňovat psychické prožívání matky. Dále jsou zmíněny také metody, které mohou pouto s dětmi zpevnit již od počátku raného vývoje.

Výzkumná část se nejdřív věnuje popisu užitých metodologických postupů a dále přechází v část praktickou. Praktická část je vedena kvalitativním typem výzkumu – polostrukturovaným rozhovorem. Dotazováno bylo 6 matek ohledně procesu péče po porodu o matku i dítě, metod provedených ke zlepšení přilnutí dítěte k matce, včetně reakce dítěte, a v neposlední řadě ohledně vnímání role matky. Následně získaná data byla analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Zároveň bych ráda uvedla, že jsem v rámci přípravy práce využila nástroje ChatGPT (OpenAI) k orientačnímu vyhledávání odborných studií a stylistickým úpravám vlastního textu. Všechny výstupy byly dále ověřeny a přejímám za ně plnou zodpovědnost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CITOVÁ VAZBA

Citová vazba je pojem používaný ve vývojové psychologii, který představuje emoční pouto mezi dítětem a pečovateli (Khadka, 2025). Teorie citové vazby začala výzkumy Harryho Harlowa. Pozoroval, jak se mladí makaci chovají k umělé matce. První byla vytvořena z drátů a dávala mláďatům potravu. Druhá byla z plyše. I když jim matka z plyše nepomáhala plnit základní fyziologické potřeby, běželi se při hrozbě nebezpečí vždy mláďata schovat k ní. To společně s pozorováním deprimovaných dětí inspirovalo zakladatele teorie citové vazby Johna Bowlbyho. Dle něj zní definice takto: *„Trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu“* (Bowlby, 1969). Dítě tedy v případě nebezpečí a stresu vyhledává bezpečí a komfort (Kulísek, 2000). Koncept citové vazby je považován za vrozený biologický systém, který se vyvinul k podpoře přežití dítěte a slouží k adaptivní funkci (Khadka, 2025).

Bowlby své výzkumy zakládal především na psychoanalýze a etologii. To vysvětluje, proč ve své tvorbě používal termíny jako například objektní vztahy, separační úzkost atd. (Kulísek, 2000) Především ale dával přednost pojmům „citová vazba“ neboli „attachment“ a „vazebná postava“ neboli „attachment figure“, což bývá v průběhu prvních měsíců života novorozence primární pečovatel, většinou k matka, ke které si dítě vytvoří silné pouto. Tuto skutečnost vysvětlují čtyři teorie. První z nich je tzv. *teorie sekundárního pudu*, která spočívá v tom, že když matka dítěti dodává dostatek tepla a potravy, dítě se postupně naučí, že je matka zdrojem jeho uspokojení. Další teorie je tzv. *teorie primárního sání objektu*, která pojímá o přirozené tendenci zajímat se o lidský prs, a tedy i navazování přímého kontaktu matka-dítě. Třetí teorií je teorie *primárního upnutí k objektu*. Novorozenec se o sebe nedokáže sám starat a existuje vrozený sklon přidržovat se lidské osoby a být s ní v kontaktu. Dítěti se taky nelíbí, že bylo vyňato z dělohy, kde bylo bezpečí, teplo a dostatek potravy a chce se nějakým způsobem vrátit zpět. O tomto vypovídá *teorie primární touhy po návratu do dělohy* (Bowlby, 2023).

Důležité je také zmínit termín „vazebné chování“ jehož definice zní: *„chování, jehož prostřednictvím se vytváří diskriminační, rozdílný, citový vztah s osobou nebo objektem, pomocí kterého je vyvolána reakce objektu a tím iniciuje řetězec interakcí, sloužící k upevnění citového vztahu“* (Ainsworth, 1964). Pro příklad uvedu pár vzorců vazebného chování, pomocí kterých ukazuje dítě poměrnou diskriminaci vůči ostatním lidem kromě jeho vazebné osoby.

Differential crying se projeví, pokud dítě pláče, když ho někdo drží v náruči a uklidní se, až když si jej vezme do náruče zpět matka. *Differential smiling* znamená, že se dítě více usmívá na svou vazebnou osobu než na osoby cizí. *Differential vocalizatization* – dítě se snaží více komunikovat s matkou něž s cizími lidmi (Ainsworth, 1964). Pokud se tedy matka příliš vzdálí dítěti, ať už psychicky či fyzicky, vzniká pocit separační úzkosti. To, jak dítě na matčinu nepřítomnost zareaguje, záleží na druhu citové vazby.

1.1 Druhy citové vazby

Na teorii o citové vazbě vytvořenou Johnem Bowlbym navázala Mary Ainsworth. Vyvinula tzv. „*Strange situation test*“ zkráceně SST, který dokáže určit míru vztahu mezi dítětem a matkou. SST je prováděn u dětí v 1-2 letech a probíhá následujícím způsobem:

Pokoj, který je uzpůsoben na tento test (9x9 stop prostoru), je rozdělen do šestnáct čtverců, aby pozorovatel mohl nahrávat pohyb a polohu dítěte. Na jednom konci pokoje je židle s hračkami a na druhém jsou židle pro matku a pro osobu, kterou batole nezná, a tedy k ní nemá žádný vztah. Dítě má prostor si 20 minut hrát a je pozorováno. Mezi tím cizinec a matka střídavě odchází z místnosti a přichází zase zpět. Celkově je těchto „epizod“ za dvacet minut osm. Každá epizoda trvá maximálně tři minuty a vždy je sledována reakce batolete. Konkrétně si zapisovali, jak velkou má dítě touhu prozkoumávat okolí, separační úzkost, úzkost z cizích osob a jak se dítě chovalo, když po odloučení zase vidělo matku (McLeod, 2024).

Celkově bylo zaznamenáno osm různých vzorců chování, které byly rozřazeny do čtyř skupin typu attachmentu. Obecně se dělí na dvě skupiny – jistý a nejistý. Nejistý má dále ještě další rozdělení – vyhýbavý, ambivalentní a úzkostně dezorganizovaný.

1.1.1 Jistý typ

Jistý typ (také secure attachment) se označuje písmenem B. Pokud si dítě vytvoří tento typ citové vazby, opravdu pro něj představuje primární pečovatel bezpečné zázemí. V SST jej poznáme především tak, že má dítě v přítomnosti matky tendenci prozkoumávat neznámé okolí, hrát si. Zároveň ale cítí blízkost matky a usiluje o její přítomnost. Když matka místnost opustí, projevuje známky mírného až středního stresu. Když se vrátí, radostně ji vítá a stres, který dítě prožívalo, se velmi rychle uklidní (Kulísek, 2000). Tento typ si vytvoří, pokud matka reaguje na stres a obavy dítěte citlivou a milosrdnou reakcí. Dítě tak cítí, že může projevit i negativní emoce a jeho bezpečné prostředí nebude ani tak narušeno. Tato vazba se taky řadí mezi tzv.

organizované typy, u kterých dítě ví, jakou reakci může očekávat, a že se na rodiče v případě distresu může obrátit (Benoit, 2004). Matky těchto dětí jim dávají pocit, že budou jejich potřeby vyslyšeny a na potřeby dítěte reagují rychleji než matky dětí nejistých typů attachmentu. Jistý typ se v dospělosti vyznačuje stabilními dlouhotrvajícími romantickými vztahy a na rozchody tito lidé reagují pouze mírným distresem (Ouyang, 2025). Bezpečně připoutané dítě také na povrchu působí spokojenější a rodiče na něj kladou menší nároky. V předškolním věku jsou schopny vést uvolněné rozhovory a bývají popisovány jako přátelští a spolupracující (Czuba, 2024).

1.1.2 Vyhýbavý typ

Vyhýbavý typ (také insecure avoidant/anxious attachment) je označován písmenem A řadí se mezi nejisté typy attachmentu. Projevuje se tím, že má dítě k matce vyhýbavé chování. Během separace, kdy matka odejde z místnosti, nejeví vnější známky distresu. Stává se, že si začne hrát i s cizí osobou a nechová se hostilně. S matkou naopak nemá potřebu udržovat nějaký užší kontakt a je vůči ní spíš odměřené. Jeho vnější projevy emocí a stresu jsou v nepřítomnosti matky potlačeny. Avšak dle výzkumu prováděného Spranglerem a Grossmanem v roce 1993 jsou tělesné a vnější reakce dítěte s vyhýbavým typem vazby na odchod matky přiměřeně stejné jako u dětí s jistým typem vazby. Pouze vnější projevy jsou inhibovány (Kulísek, 2000). Tento typ se vytváří, pokud pečovatel odpovídá na stres odmítavou a necitlivou reakcí – například ignorováním (Benoit, 2004). Jelikož úzkostné dítě potřebuje více pozornosti, může to vést k frustraci pečovatele a tím vzniká začarovaný kruh samopodporujícího se vzorce chování – potřeba pozornosti vedoucí k necitlivé reakci pečovatele (Czuba, 2024). Také se řadí mezi organizované typy přilnutí. Dítě ví, že se v případě nebezpečí neobrátí na pečovatele a radši se mu vyhýbají. Také se vyhýbají tomu, že by v přítomnosti matky projevily negativní emoce. Tento typ vazby může vést k problémům přizpůsobení (Benoit, 2004). Studie Yotsidi et al. (2024) zkoumající vztah mezi vyhýbavou vazbou a sebevražedností a depresivní poruchou odhalila, že existuje. Ideálním způsobem léčby by v tomto případě mělo být řešení interpersonálních problémů a podpora sociálního propojení. Tyto děti v předškolním věku bývají popisovány jako asociální a izolované od ostatních. Při kontaktu s rodiči nedochází k jakémukoli pokusu o navázaní kontaktu. (Czuba, 2024)

1.1.3 Ambivalentní typ

Ambivalentní typ (také vzdorovitý, odmítavý, resistant attachment) se označuje písmenem C. V přítomnosti pečovatele se dítě s tímto typem vazby chová ambivalentně – má potřebu mít pečovatele blízko a zároveň jeho přítomnost nepřijímat. Pokud matka odejde z místnosti, jeví značné známky silného distressu a je těžké jej uklidnit. Tohle chování se také projevuje po návratu matky po separaci. Tento druh se dále dělí na aktivní a pasivní. Aktivní se projevuje tím, že dítě jeví známky agrese vůči cizí osobě a po návratu matky i vůči ní. Pasivní podtyp je opatrnější při probádávání okolí a tato potřeba je utlumena. Nejeví zájem o interakci s matkou a zároveň ukazuje potřebu mít matku v blízkosti (Kulísek, 2000). I tato vazba je organizovaná, jelikož batole doufá, že známky hněvu a agrese nebudou pečujícím ignorovány. U jedinců s tímto typem vazby se v budoucnu mohou vyvinout problémy doprovázející emoční přizpůsobení (Benoit, 2004). V romantických vztazích v dospělosti lidé s tímto typem vazby vykazují velkou míru stresu, pokud dojde k odloučení partnerů (Ouyang, 2025).

1.1.4 Úzkostně dezorganizovaný typ

Úzkostně dezorganizovaný typ (také dezorientovaný, anxious-disorganised/disoriented) se označuje písmenem D a byl do typů vazby přidán až posléze. Viditelný je hlavně při SST, jelikož se dítě chová jak vyhýbavě, tak odmítavě. V jeho chování jsou nalezeny zmatené a odporující si prvky. Batole se při kontaktu s matkou chová averzivně či agresivně, jde na něm vidět strach a po návratu matky po separaci se někdy i váže spíše na cizí osobu. Tyto děti většinou bývají traumatizované, oběťmi násilí či zneužívání a jdou na nich vidět známky deprese či absence emocí (Kulísek, 2000). Další možný důvod, který vedl k vytvoření této vazby, může být sexuální či emoční trauma a předchozí týrání pečovatele. Tento přístup může vést k vážné psychopatologii dítěte (Benoit, 2004).

1.2 Vazebné chování

Definice vazebného chování zní: „*Pouto dítěte k matce, které je výsledkem činnosti řady behaviorálních systémů, které mají blízkost k matce jako svůj předvídatelný výsledek*“ (Bowlby, 2023, s. 182). Rychlost vývoje vazebného chování se u různých dětí liší. U dokončeného prvního roku života citová vazba nelze snadno poznat. Při dovršení druhého roku života, kdy dítě začíná hbitě chodit a více se pohybovat, je vazebné chování viditelné a integrované behaviorální systémy plně aktivovány. Projevují se především při separaci dítěte od matky či čímkoli, co vzbudí v dítěti strach. Systémy ukončují svou aktivaci shledáním či kontaktem

s mateřskou postavou. Ve třetím roce života přestávají být systémy aktivovány plně, jelikož blízkost matky není tak urgentní. Dítě se totiž dokáže cítit bezpečně i na neznámém místě s vedlejšími vazebnými postavami. Musí ale tyto vedlejší vazebné postavy dobře znát, musí být zdravé a nepolekané a musí vědět, že se s matkou po krátké době znovu setká (Bowlby, 2023).

Vazebné chování se objevuje také v dospívání či v dospělosti. Objevují se však změny behaviorálních systémů a také změna vazebné postavy. V tomto období je vazebné chování považováno za typ sociálního chování. (Bowlby, 2023)

Jak již bylo konstatováno na začátku této kapitoly, Bowlby vycházel kromě psychoanalýzy také z etologie. Zkoumal primáty, u kterých se vazebné chování také vyskytuje. Zkoumal mezi nimi a lidmi rozdíly ve vzniku citové vazby. U mláděte primáta je emocionální pouto naléhavější a silnější, jelikož prožívá více strachu než kojenec z důvodu časté migrace. Nemohou si tedy vytvořit stálé útočiště, kde by se mládě cítilo v bezpečí. U kojenců je pocit strachu největší při ztrátě primárního zdroje ochrany – „*největším zdrojem teroru v dětství je samota*“ (Howe & Betts, 2023).

Vazebné chování je založeno na pozitivní mezilidské zkušenosti a v raném dětství může vazba pomoct dítěti se adaptovat na svět. Způsob, jak se děti chovají jak k primárnímu pečovateli, tak k ostatním lidem, je rozdílný a záleží na typu attachmentu. Děti s jistou vazbou hledají mateřskou postavu, pokud cítí smutek či strach. Pro děti s vyhýbavou vazbou je obtížné hledat u matky bezpečí a děti s ambivalentní vazbou občas pomoc vyžadují a občas ji odmítají (Shen, 2025).

Další důležitý faktor ovlivňující chování je prostředí, ve kterém dítě vyrůstá – rodinné prostředí. Dalo by se zde zařadit tzv. *mezigenerační rodičovství*, kdy prarodiče pomáhají s výchovou dítěte a jsou zodpovědní za dohled a vzdělávání dítěte, když jsou rodiče zaneprázdněni prací. Také je vhodno zmínit výchovné styly dle Baumrinda. První z nich je *autoritativní*, který je uznáván za nejúčinnější způsob výchovy, jelikož nejvíce naplňuje vývojové potřeby dítěte. *Autoritářský styl* je plný pravidel, co dítě smí a nesmí dělat a značí se jasnou kontrolou rodičem. *Shovívavý výchovný styl* značí citlivost vůči vývojovým potřebám dítěte, naopak osoby řídící se *přehlížejícím výchovným stylem* neberou na tyto potřeby ohled (Shen, 2025).

1.3 Fáze ve vývoji citové vazby

Citová vazba vzniká již v prenatálním věku, když matka v těhotenství přejímá mateřskou roli. Základy konceptu prenatální citové vazby položila Rubinová sledováním těhotných matek. Identifikovala 4 úkony matek přejímajících mateřskou roli. Patří mezi ně: hledání bezpečné cesty pro sebe a dítě, zajištění, aby bylo dítě přijato jejími nejbližšími, tzv. *binding-in*, což znamená vytvoření vztahu k dítěti, a dávání dítěti kus samy sebe. Vazba tedy vzniká primárně na konci druhého trimestru, jelikož již tehdy přikládá matka dítěti dostatek hodnoty a lásky (Brandon et al. 2009).

Výsledky studie de Waal et al. (2023) ukazují, že na tvoření pouta mezi matkou a dítětem má také vliv míra podpory, kterou matky dostávají od svého partnera jak v době prenatální, tak v postnatální.

Téměř hned po porodu je dítě vybaveno určitými behaviorálními systémy. Tím je zaručeno přežití, jelikož se samo o sebe nepostará. Mohou to být primitivní systémy jako například pláč či přisání se k prsu. Novorozenec také přirozeně reaguje na smyslové podněty přicházející od druhých lidí, z čehož se postupně vytváří diskriminace a základní kámen k vytvoření citové vazby k pečovatelům (Bowlby, 2023).

V této práci bych ráda uvedla 2 teorie stádií vývoje attachmentu, které se vzájemně prolínají – dle Bowlbyho a dle Schaffera a Emersona. U obou teorií existují 4 fáze při vývoji citové vazby. První Bowlbyho fází je *orientace a signály s omezeným rozpoznáváním postavy*, která se objevuje kolem 8. týdne věku a trvá zhruba do 12 týdnů. V této fázi dítě pozoruje svět, vyhledává lidský pohled nejen své mateřské postavy. Proto kojenec většinou při navození očního kontaktu s člověkem přestane plakat. Ačkoli dítě rádo poznává a pozoruje lidi, dokáže je od sebe odlišit pouze čichem nebo sluchem. Dále již kolem 10. týdne začíná dítě rozlišovat osoby také podle zraku. Tato fáze může v nepříznivých podmínkách trvat déle než 12 týdnů. Pokud dítě prospívá, přichází fáze druhá – *orientace a signály zaměřené k jedné rozeznávané osobě.* Tato fáze probíhá podobně jako první s rozdílem, že socializační chování je již výraznější k mateřské postavě než k ostatním lidem. Ta trvá zhruba do půl roku dítěte. Pokud dítě v prostředí stále prospívá, přichází *fáze udržování blízkosti k rozeznávané postavě*, jež začíná v příznivých podmínkách v 7. měsíci a trvá do druhého až třetího roku. Dítě si postupně osvojuje nové způsoby reakcí na ostatní osoby a stále lépe je dokáže rozlišovat. U některých z nich si vytváří citové pouto a rozvíjí vazebné chování. Naopak vůči osobám, k nimž se toto pouto nevytvoří, se obvykle chová zdrženlivěji či opatrněji. Matku nadále vnímá jako svůj

bezpečný bod, z něhož může s jistotou objevovat nové podněty a prostředí. Citová vazba je v této fázi pozorovatelná. Při fázi *utváření partnerství korigovaného k cíli* se vyvíjí převážně kognitivní stránka a viditelná behaviorální. Dítě začíná chápat matčiny pocity a motivy chování. V tomto stádiu se chování dítěte stává flexibilnější a mezi matkou a dítětem vzniká tzv. *partnerství* (Bowlby, 2023).

Dále navážu teorií vývoje attachmentu, kterou vytvořili Schaffer a Emerson. Od Bowlbyho teorie se liší především tím, že se zaměřuje spíše na širší sociální vazby, zatímco Bowlby se soustředí na vztah pečovatele a dítěte (Chaudhury et al., 2025). První fáze vývoje attachmentu se nazývá *asociální stádium* a začíná od narození a trvá do 2 měsíců života. Tvrdí, že chování dítěte se soustředí hlavně na pozitivní reakce jako je úsměv nebo smích a také na oči. Konkrétní osoby nerozlišuje. Tvoří si vazbu s kýmkoli, kdo na něj pozitivně reaguje. Stádium *nerozlišujícího attachmentu* nastává kolem 6. týdne a trvá do 7. měsíce. Dítě již preferuje lidskou společnost, ale nechává se opečovávat bez rozdílu cizím člověkem či primárním pečovatelem, jelikož cizích lidí se nebojí. *Specifický attachment* začíná v 7. měsíci a trvá zhruba 8 týdnů. Kojenec v této fázi začíná rozlišovat matku od ostatních a vyžaduje bezpečí a ochranu pouze od ní. V této fázi se může objevit také separační úzkost. V posledním stádiu si dítě začíná tvořit vazbu i s ostatními blízkými lidi jako jsou například prarodiče. Ačkoli si tvoří vztah i s jinými osobami, nejvíce se prohlubuje vztah s primárním pečovatelem (Schaffer & Emerson, 1964).

2 PŘEDČASNÝ POROD

Za předčasný porod se považuje porod, který nastane před skončením 37. týdne těhotenství (Goldenberg & Rouse, 1998). Dle Romera je definice předčasného porodu*: „Patologický stav, jehož příčiny jsou anatomické, biochemické, endokrinologické a ústí v syndrom předčasného porodu, který má 3 komponenty: děložní kontrakce, zrání děložního hrdla a aktivace plodových obalů“* (Romero et al., 1997, cit. Dle Hájek, 2004. s. 263).

Dle statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR k roku 2024 skončilo předčasným porodem kolem 6,6% těhotenství (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024). Předčasný porod v některých případech nemusí mít žádný dopad, ale může také mít značná rizika. Mezi nejzávažnější rizika předčasného porodu patří neurologické poruchy (např. dětská mozková obrna), respiratory distress syndrom, neonatální sepse, porodní traumatismus nebo dokonce úmrtí novorozence. Později mohou nastat dlouhodobé následky – plicní, mentální, oční nebo sluchové (Marková & Chvílová-Weberová, 2020). Ačkoli se za předčasný porod považují všechny porody před 37. týdnem, nejvíce těchto následků nastává při porodu před 32. týdnem (Goldenberg & Rouse, 1998).

Čtyři hlavní příčiny předčasného porodu jsou předčasný nástup děložní činnosti, předčasný odtok plodové vody, předčasně vyvolaný porod kvůli onemocnění matky nebo plodu nebo fetální stres (Hájek, 2024). Po porodu se určuje tzv. hranice viability, což je rozhraní doby, kdy plod nemůže přežít mimo tělo matky a kdy naopak dokáže přežít mimo dělohu s různou formou podpory (Marková & Chvílová-Weberová, 2020). Od roku 1994 je v české legislativě hranice viability 24. týden nebo porodní hmotnost 500 g (Nedoklubko, n.d.).

2.1. Rizikové faktory předčasného porodu

Za příčiny způsobující předčasný porod řadíme mnoho faktorů. Mezi ty, které matka nijak neovlivní patří například genetika nebo různé typy nitroděložní infekce, kdy zánět přejde až do dělohy a na plodové obaly. Nitroděložní infekce bývají považovány za důvod poloviny předčasných porodů. Podobně může vyvolat porod také infekce močových cest u matky. Někteří odborníci tvrdí, že při těchto zánětech se uvolňuje látka jménem *prostaglandin*, jež se objevuje na konci obvyklého těhotenství a vyvolává porod. Mezi další hrozby patří poruchy funkce placenty, vícečetná těhotenství, vrozené vady dělohy, poškození uzávěrové funkce

děložního čípku, nemoci matky jako je diabetes či hypertenze nebo i anomálie plodu (Nedoklubko, n.d.).

Jako další riziková okolnost může patřit doba mezi otěhotněním a předešlým potratem. Pokud žena otěhotní do 6 měsíců po prodělaném potratu, může se v nynějším těhotenství vyskytnout spousta komplikací, kterým může být například i předčasný porod. (World Health Organization, 2007). Ženy, které v minulosti prodělaly předčasný porod, mají zvýšené riziko opakování této komplikace i v následujících těhotenstvích. Přibližně 70 % z nich rodí opět předčasně, obvykle do dvou týdnů od gestačního stáří, v němž proběhl jejich první předčasný porod. Několik studií naznačuje, že změna partnera mezi těhotenstvími snižuje riziko dalšího předčasného porodu, což znamená, že zde hraje roli i genetika otce (Morrison, 2011).

V této době stále roste počet osob s obezitou, roste tedy i počet osob se spánkovou apnoí. Dle Mitrogiannis et al. (2023) zvyšují poruchy dýchání při spánku mimo jiná rizika i hrozbu předčasného porodu. Souvislost mezi poruchami dýchání ve spánku a intermitentní hypoxií matky, stejně jako vztah onemocnění spojených s poruchou funkce placenty (např. preeklampsie), naznačuje, že jde o multifaktoriální problém. Na jeho vzniku se podílejí jak fyziologické změny probíhající v těhotenství, tak i samotná dysfunkce placenty. Tato zjištění mají významné důsledky pro porodnickou praxi. Vzhledem k rostoucí celosvětové míře obezity lze očekávat, že výskyt poruch dýchání ve spánku u těhotných žen bude stoupat, a proto by mělo být zváženo jejich začlenění do preventivního screeningu. Dále je vhodné věnovat zvýšenou pozornost sledování těhotných žen s prokázanými poruchami dýchání, aby se předešlo nepříznivým porodním a perinatálním následkům.

Samozřejmě mezi rizikové faktory nepatří pouze klinická onemocnění, ale také životní styl a věk matky. Těhotné ženy zažívající mnoho emocionálního nebo sociálního stresu mají větší riziko předčasného porodu (Morrison, 2011). Riziko předčasného porodu se zvyšuje u žen mladších 18 let a u žen starších 35 let. U matek ve vyšším věku se navíc častěji vyskytují těhotenské komplikace, jako je gestační diabetes mellitus nebo hypertenze (National Institute of Child Health and Human Development, 2023). Mezi rizika ovlivnitelné matkou způsobené životním stylem patří abúzus návykových látek jako jsou drogy alkohol a nikotinové produkty (Marková & Chvílová-Weberová, 2020). Jen tabákové výrobky zvyšují riziko téměř dvojnásobně (Morrison, 2011). Škodlivé výpary kouře totiž mohou mít vliv na růst plodu a také snižovat průtok krve v placentě (Nedoklubko, n.d.).

Další návyková látka, která může ovlivnit délku těhotenství, je kofein. Kofein neobsahuje pouze káva, ale také energetické nápoje, nealkoholické nápoje jako je kola a jiné, dokonce také čokoláda. Obvyklá dávka kofeinu pro netěhotné osoby nezpůsobující zdravotní potíže je 400 mg a má poločas rozkladu v průměru 3 hodiny. U těhotných žen se tento poločas zvyšuje téměř 2x tolik. Po 35. týdnu těhotenství se zvyšuje dokonce na 18 hodin těhotenství. Příčinou těchto změn mohou být měnící se hladiny hormonů v průběhu těhotenství. V současnosti se těhotným ženám nedoporučuje překročit denní dávku 200 mg kofeinu (Calda, 2015).

Těhotná žena by se neměla ani tělesně namáhat nebo pokračovat v náročném zaměstnání, jelikož to také zvyšuje riziko předčasného porodu. Například povolání vyžadující dlouhé stání působí na hormonální rovnováhu, nitrobřišní tlak a děložní průtok krve. Spojení nedostatečného příjmu živin a náročného zaměstnání zvyšuje riziko mnohonásobně. Zvedání závaží nad 12 kg několikrát denně v průběhu těhotenství zásadně zvyšuje riziko vysokého krevního tlaku, a tedy i předčasného porodu (Hájek, 2004).

Některé výzkumy tvrdí, že má vliv také etnická příslušnost. Některé rasové a etnické skupiny vykazují vyšší výskyt předčasných porodů. Afroamerické ženy mají oproti běloškám větší pravděpodobnost, že porodí předčasně, stejně jako ženy z řad amerických indiánů a domorodých obyvatel Aljašky (National Institute of Child Health and Human Development, 2023).

2.2. Posuzování zralosti novorozence

Dle délky trvání gravidity se předčasný porod rozděluje na extrémně předčasný (méně než 28+0 týdnů), velmi předčasný (od 28+0 do 31+6 týdnů), středně předčasný (od 32+0 do 33+6 týdnů) a pozdně předčasný (od 34+0 do 36+6 týdnů). Dále se předčasný porod dělí podle porodní váhy dítěte na novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností, kdy mají novorozenci méně, než 1000 gramů. Dále na novorozence s velmi nízkou porodní hmotností s váhou dítěte mezi 1000 až 1500 gramů. Novorozenci s porodní hmotností mezi 1500 gramů a 2500 gramů se řadí do skupiny novorozenců s nízkou porodní hmotností (Marková & Chvílová-Weberová, 2020).

Ihned po porodu je posuzován novorozenec podle tzv. *apgar skóre* neboli *skóre podle Apgarové*. Je to celosvětově používána škála, která se zapisuje v první, páté a desáté minutě života novorozence. Zapisují se buď 0, 1 nebo 2 body do kategorií srdeční, tep, dýchání, napětí

svalů, reakce na podráždění a barva kůže. Tyto body se při každém měření sčítají a výsledkem je trojice čísel. Pokud má dítě 8-10 bodů, je dítě v dobrém stavu a nevyžaduje zvláštní pozornost lékařů. Při 5-7 bodech potřebuje péči lékařů či sester. 1-4 body znamenají pro novorozence ohrožení života, a tudíž i intenzivní péči. Jelikož se test dle apgar skóre provádí pouze krátce po porodu, není to jasný prediktor následujícího stavu a určuje pouze stav aktuální (Nedoklubko, n.d.).

Dále se při prvním vyšetření po porodu se zaměřuje přímo na známky zralosti novorozence. Bývají vyšetřeny *anatomické znaky nezralosti* a *funkční projevy nezralosti.*

Při posuzování anatomických znaků se posuzuje zejména držení těla (flexe x extenze), uši (vyvinutá chrupavka x měkká chrupavka), oči (novorozenec otevírá x při extrémní nezralosti nejsou víčka prořezaná), nehty (přečnívají konce prstů x nepřesahují), kůže (růžové se zbytky lanuga x červená, gelatinozní s prosvítajícími cévami), plosky nohou (plné x neúplné rýhování), prsní bradavky (pigmentované x nedostatečně pigmentované), pupečník (ve středu mezi stydkou sponou a hrudní kostí x blíže sponě stydké) a genitál (sestouplá varlata s rýhovaným šourkem u chlapce nebo velké stydké pysky překrývající malé stydké pysky u dívky x nesestouplá varlata s nedostatečně rýhovaným šourkem u chlapce nebo velké stydké pysky nepřekrývají malé u dívek) (Kachlová et al., 2022). Dále ještě míra zbývajícího lanuga (žádné lanugo x polovina těla stále pokrytá lanugem) a také kromě barvy kůže se sleduje také průhlednost (nelze vidět žíly x jasně viditelné žíly) (Dubowitz et al., 1970).

U funkčních projevů nezralosti posuzujeme kardiovaskulární sytém, gastrointestinální systém, centrální nervový sytém, imunitu, homeostázu a respirační systém. Při nezralosti novorozence se objevuje hypotenze, slabé sání, intolerance potravy, porucha vyprazdňování stolice, hypotonie, apnoické pauzy, nedostatečná termoregulace, infekce či sepse, hyperbilirubinemie, náchylnost ke ztrátě vody, otoky či respirační tíseň (Kachlová et al., 2022).

Pro bezpečné propuštění z nemocnice musí dítě vykazovat určité známky. Mezi ně patří udržení teploty mezi 36,5 až 37,4 °C, stabilní frekvence tepu a dýchání, dostatečné sání mléka, dokumentace zvýšení růstu hmotnosti, úměrné vyprazdňování stolice, bez známek zvracení, klesající hodnoty hyperbilirubinemie. Důležitá je i informovanost rodičů ohledně techniky kojení, včasné intervenci při dehydrataci novorozence, správné polohy pro spánek (Marková & Chvílová-Weberová, 2020).

2.3. Možné následky předčasného porodu pro dítě

Riziko dlouhodobých nepříznivých zdravotních následků je vyšší, čím nižší je gestační věk při porodu. Zhruba 54,6 % předčasně narozených dospělých ve věku 18-64 let netrpí nějakými komorbiditami. Pokud ale počítáme pouze dospělé narozené před 28. týdnem, netrpí komorbiditami pouze 23 % osob (Crump, 2020). Je tedy zřejmé, že čím dřív se dítě narodilo, tím spíš může trpět zdravotními potížemi. U předčasně narozených dětí také hrozí vyšší riziko duševních poruch jako je například ADHD a úzkostné poruchy. Ve srovnání s dětmi narozenými v termínu mají předčasně narozené děti vyšší míru akademických neúspěchů ve smyslu horších známek a opakování ročníků (Morniroli, et al., 2023).

Předčasný porod bývá vázán s kardiovaskulárními potížemi. Ve třetím trimestru těhotenství probíhá rychlý růst srdce díky hyperplazii kardiomyocytů. Po narození se však růst kardiomyocytů mění z fetální na neonatální hyperplazii. U předčasně narozených jedinců k tomuto přechodu dochází předčasně, což může vést k morfologickým i funkčním poruchám srdce a k vyššímu riziku srdečního selhání či ischemické choroby srdeční. Dospělí, kteří se narodili předčasně, mívají menší objem obou srdečních komor a sníženou srdeční rezervu, což může přispívat k rozvoji systolické i diastolické dysfunkce a dále i k onemocnění dýchacích cest – například *bronchopulmonální dysplazii* (Morniroli, et al., 2023).

Následkem předčasného porodu může být řada chronických onemocnění postihující dýchací cesty, které se odborně nazývají *chronická respirační morbidita*. Konkrétním onemocněním postihujícím převážně velmi předčasně narozené děti je již zmíněná bronchopulmonální dysplazie (Greenough, 2013). Postihuje 20-30 % dětí, které po porodu byly připojeny na umělou plicní ventilaci (Marková & Chvílová-Weberová, 2020). Novorozenci v mnoha případech potřebují doplňkový kyslík až do dvou let věku, ale už jen pár dětí dále vyžaduje zvláštní péči až do školního věku. Předpokládá se, že soudobá forma bronchopulmonální dysplazie představuje vývojovou poruchu, při které se plíce nevyvíjejí do plně zralé struktury, a tím dochází ke zmenšení plochy určené pro výměnu plynů. Pro předčasně narozené kojence s bronchopulmonální dysplazií je také častá hospitalizace, jelikož jsou náchylnější k infekcím dolních cest dýchacích způsobenými především respiračním syncyciálním virem (Greenough, 2013).

Další z potíží, které se může vyskytovat, je tzv. *syndrom respirační tísně*. Za ten se považuje jakýkoli problém s dýchacím ústrojím u novorozenců. Novorozenci potřebují podporu dýchacích cest (Bolton et al., 2015). Objevuje se, jelikož nedonošený novorozenec nemusí mít

dostatečně zralé plíce a tím pádem nemá dostatek surfaktantu (Marková & Chvílová-Weberová, 2020). Syndrom dechové tísně (RDS) se nejčastěji vyskytuje u extrémně nezralých novorozenců. Podle literárních údajů se však může objevit i u donošených dětí – u novorozenců s porodní hmotností nad 2500 g se RDS vyskytuje přibližně v 9,9 %–11,5 % případů, přičemž děti narozené v 37. týdnu těhotenství a později tvoří asi 7,8 % všech případů (Malý & Juren, 2022). Dle statistik postihuje syndrom respirační tísně 1,5 x více chlapce než dívky z důvodu ovlivnění tvorby surfaktantu hormony a pomalejším zraním plic. Léčbou bývá podávání glukokortikoidů, které pomáhají stimulovat produkci surfaktantu. Při řádné léčbě syndrom respirační tísně časem mizí, ale může se díky němu objevit již zmíněná bronchopulmonální dysplazie (Marková & Chvílová-Weberová, 2020).

U nezralých dětí se z důvodu nedostatečného zrání plic objevuje i *apnoe z nezralosti*. U dětí narozených před 34. gestačním týdnem se objevuje téměř vždy a léčí se podobně jako syndrom respirační tísně. Navíc kromě expozice glukokortikoidů se používá zejména kofein, který stimuluje dýchací cesty (Marková & Chvílová-Weberová, 2020).

Další možný následek předčasného porodu je postihnutí ledvin. 60 % nefronů v těle dítěte vytvářejí ve 3. trimestru do 36. týdne gestačního věku a dále po porodu se nevyvíjejí. Nižší počet nefronů zvyšuje riziko vzniku hypertenze, jelikož snižuje schopnost ledvin vylučovat sodík. Zároveň podporuje rozvoj chronického onemocnění ledvin v důsledku kompenzační hyperfiltrace a zvětšení (hypertrofie) nefronů (Morniroli, et al., 2023).

Paulsson et al. (2004) se zabývali otázkou, zda předčasný porod může také znamenat určité zubní vady. Konkrétně zda postihuje změny morfologie patra, zubního skusu, rozměrů korunky zubu a zrání zubů. V systematické studii jim vyšlo, že předčasný porod má opravdu vliv na krátkodobou změnu morfologie patra především z důvodu orální intubace. Trvalá změna morfologie patra, změny zubního skusu a změněné rozměry korunky zubu se neprokázaly.

2.4. Možné následky předčasného porodu pro matku

Předčasný porod nemusí mít negativní dopad pouze na zdraví dítěte, ale také na zdraví matky. Jedním z nich může být již zmiňovaný opakovaný předčasný porod.

Rodiče dětí s velmi nízkou porodní hmotností reflektují své fyzické zdraví až rok po porodu jako mnohem horší než rodiče dětí narozených v termínu. Jsou totiž vystaveni větší zdravotní zátěži, a to vede k vyšší četnosti morbidit a úmrtnosti (Von Klein et al., 2025).

Významným rizikem předčasného porodu je rozvoj dlouhodobých kardiovaskulárních onemocnění. U žen, které porodily předčasně, byl prokázán statisticky významně vyšší výskyt kardiovaskulárních onemocnění, stejně jako vyšší míra hospitalizací a mortality související s těmito onemocněními, ve srovnání se ženami, které porodily v termínu. Dosud však není jednoznačně objasněno, zda je předčasný porod přímou příčinou těchto onemocnění, nebo zda se jedná o důsledek společných predisponujících faktorů, například genetických či cévních, které přispívají jak k rozvoji kardiovaskulárních onemocnění, tak k předčasnému porodu (Neiger, 2017).

Nízká porodní hmotnost dítěte byla spojena nejen s vyšším rizikem kardiovaskulárních onemocnění u matek, ale také s vyšší mírou úmrtí z těchto příčin; každé snížení porodní hmotnosti o 1 kg odpovídalo výraznému nárůstu rizika úmrtnosti matky a tato souvislost přetrvala i po zohlednění psychosociálních faktorů (Smith et al., 2000).

S kardiovaskulárními onemocněními úzce souvisí tzv. metabolický syndrom (Catov et al., 2016). Je to souběh několika metabolických poruch, které přispívají k rozvoji kardiovaskulárních poruch a diabetu mellitu II. typu. Je spojován s obezitou, poruchou metabolismu tuků, jež se projevuje zvýšenými koncentracemi triacylglycerolů a sníženými koncentracemi HDL cholesterolu, a zvýšenou hladinou glukózy v krvi nalačno. Tyto metabolické změny jsou často doprovázeny vysokým krevním tlakem a inzulinovou rezistencí (Wilhelm, 2011). Předčasný porod zvyšuje riziko metabolického syndromu u matek nehledě na jejich metabolický stav před porodem či během těhotenství (Catov et al., 2016).

Studie (Pariente et al., 2017) se zabývala otázkou, zda může předčasný porod způsobit také onemocnění ledvin. Ze sledování bezmála 100 000 porodů, ze kterých bylo 16 364 předčasných vyvodili, že více předčasných porodů či nízký gestační věk dítěte, může způsobit také dlouhodobé onemocnění ledvin.

Další komplikace může způsobit předčasné prasknutí plodových obalů. Problémy vzniklé předčasným prasknutím plodových obalů většinou nastávají velmi brzy po porodu a jsou léčitelné. Patří mezi ně endometritida, což je zánět vnitřní děložní výstelky, či bakteriémie, což je výskyt bakterií v krevním řečišti. Obě tyto komplikace je nutno ihned řešit, jinak mohou vést až k sepsi (Furman et al., 2000).

Podle studie Benhammou et al. (2023) sice sociální status ovlivňuje především fyzické zdraví matek po předčasném porodu, největší zátěž však představuje oblast psychiky, ačkoli nebyla prokázána přímá korelace mezi sociálním znevýhodněním a emočními potížemi.

Emoční potíže se přitom netýkají pouze rizikových skupin, ale zasahuje i ženy, které se při odchodu z porodnice cítily po duševní stránce zcela v pořádku.

Na mentální zdraví matek má vliv několik faktorů – gestační věk kratší než 37 týdnů, nízká porodní hmotnost, vyšší věk matky, vícečetné těhotenství, preeklampsie, manželské potíže, samoživitelství, násilí ze strany intimního partnera, intraventrikulární krvácení, chování a vzhled dítěte na JIP (Jednotka intenzivní péče). U matek nedonošených dětí se objevují zejména úzkosti, které se objevují podstatně více než u matek donošených dětí. Příznaky úzkosti se objevují brzy po porodu a jsou spojeny s delší hospitalizací a strachem o zdraví či úmrtí novorozence. Tyto úzkosti jsou doprovázeny stresem a depresemi. U těchto žen byla zaznamenána také větší hrozba příznaků posttraumatické stresové poruchy Proto je třeba především u rizikových matek udělat psychologické vyšetření (Handady et al., 2026).

3 VÝVOJ PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO DÍTĚTĚ

Jak jsme se již mohli dočíst v předchozí kapitole předčasný porod může přinést řadu zdravotních komplikací. Některé mohou přenést následky i do pozdějšího vývoje. V předchozí kapitole jsem rozebírala především zdravotní komplikace fyzické. V této se budu zabývat následky psychickými, motorickými a metodami, které mohou motorickému vývoji přispět.

3.1 Motorický vývoj

Předčasný porod může zavinit i zpoždění ve vývoji motorickém. Může to znamenat lehké zpoždění například sezení nebo chůze. Mezi těžké poruchy patří dětská mozková obrna. Ostatní deficity v oblasti koordinace, rovnováhy, hrubé a jemné motoriky či vizuomotorické integrace, které nejsou spojeny s dětskou mozkovou obrnou (CP), se obvykle označují jako motorické poruchy bez CP. Podle diagnostických kritérií DSM-V mohou být tyto potíže klasifikovány jako vývojová koordinační porucha (Wolke et al, 2019).

Předčasně narozené děti je nutno v oblasti motorického vývoje dlouhodobě sledovat již od narození. Předčasně narozené děti mají totiž do 18 měsíců výrazně snížený vývoj týkající se hrubé motoriky než jejich vrstevníci narozeni v termínu. Na motorický vývoj taktéž negativně působí určité rizikové faktory, které jsem již zmínila v minulé kapitole. Patří mezi ně například nízké vzdělání a věk matky, nízká porodní hmotnost, chronické onemocnění dýchací soustavy nebo třeba i krvácení do mozku (Fuentefria et al., 2017).

Ráda bych zmínila Bayleyové škálu vývoje kojenců a batolat (BSID). BSID je diagnostická metoda měřící opoždění ve vývoji. V této škále se nejedná pouze o motorickou oblast, ale také kognitivní, sociálně-emoční, jazykové a behaviorální oblasti (Balasundaram, & Avulakunta, 2022). Výzkumy provedeny pomocí toho testu zjistily, že velmi předčasně narozené děti nebo děti s velmi nízkou porodní váhou skórují v psychomotorickém vývoji hůře, než děti narozené v termínu (de Keviet et al., 2009).

Za nejčastější test hodnotící motorický vývoj se považuje tzv. *Movement Assessment Battery for Children* (MABC). Je to test navržený pro identifikaci a popis motorických poruch u dětí (Brown & Lalor, 2009). Dle metaanalýzy z roku 2009 bylo z celkově 5 studií

používajících právě MABC zjištěno, že 3 oblasti motoriky (rovnováha, dovednosti s míčem a manuální zručnost) byly významně zhoršeny u velmi předčasně narozených dětí s nízkou porodní hmotností oproti dětem narozených v termínu. Nejproblémovější byla pro tyto děti oblast rovnováhy (de Keviet et al., 2009).

Za druhý nejčastější test hodnotící motorický vývoj je považován Bruininks-Oseretsky test motorické zdatnosti. V tomto testu na rozdíl od MABC je hodnoceno 8 oblastí, které hodnotí hrubou a jemnou motoriku – bilaterální koordinaci, rovnováhu, rychlost/obratnost běhu, koordinaci horních končetin, sílu, přesnost, integraci a oblasti manuální zručnosti (Dietz et al., 2019). V metaanalýze bylo opět zjištěno motorické zhoršení velmi předčasně narozených dětí oproti dětem narozeným v termínu. A to platí jak pro hrubou, tak pro jemnou motoriku (de Keviet et al., 2009).

Ke zlepšení motorického vývoje byly vyvinuty různé metody. Nejznámější se jmenují Vojtova metoda a Metoda manželů Bobathových.

3.1.1 Vojtova metoda

Vojtovu metodu vyvinul dětský neurolog Václav Vojta mezi roky 1950 až 1970. Prvně si všiml reflexní lokomoce těla při výzkumech cerebrální parézy. Objevil, že při stimulaci má tělo tendence reagovat pohybem končetin a trupu vpřed na základě nevědomých pohybových reakcí. Tak začal předpokládat, že je tělo přirozeně naprogramováno ke vzpřímenému pohybu vpřed. Nakonec začal své studie mířit právě i na kojence a pomocí určitých podnětů se dítě začalo hýbat. Nyní je metoda využívána při poškozeních centrální nervové soustavy a je považován jako „klíč“ pro vrozené motorické pohyby (Valchářová, 2013).

Vojta vytvořil i vlastní diagnostický systém ukazující potřebu Vojtovy metody a objevil tzv. *Vojtovu polohovou reakci*. Ostatní polohy převzal z již existujících polohových reakcí. První je *trakční reakce*, kdy je dítě zvedáno z polohy na zádech uchopením za distální část jeho předloktí a nadzvednuto přibližně do 45° šikmé polohy. Tímto způsobem lze posoudit reakci celého těla včetně všech končetin. *Landauova reakce* spočívá v uchopení dítěte plochou dlaní v závěsu pod břichem v horizontální poloze. Hodnotí se natažení osového orgánu a končetin. *Axilární závěs* představuje svislou polohu, při níž je dítě drženo v oblasti pasu, hlavou nahoru a zády směrem k vyšetřujícímu. Hodnotí se reakce dolních končetin. V této pozici nesmí vyšetřující vyvíjet tlak palci na dolní okraj trapézového svalu, protože by tím mohl vyvolat nežádoucí natažení dolních končetin. *Vojtovo boční sklopení* je založen na rychlém přetočení dítěte z vertikálního závěsu, kdy je zády k vyšetřujícímu, do vodorovné polohy. Slouží

k posouzení odpovědi jednotlivých končetin. *Horizontální závěs dle Collisové* spočívá v tom, že je dítě zvednuto za paži a stejnostrannou dolní končetinu z polohy na zádech do vodorovné pozice. Dítě přitom musí být vždy otočeno zády k vyšetřujícímu. V této poloze vyšetřující sleduje reakce protilehlých končetin. *Vertikální závěs dle Peipera a Isberta* je prováděn tak, že je dítě uchopeno v oblasti kolen a prudce zdviženo směrem hlavou dolů. Tímto manévrem se posuzuje odpověď horních končetin a osové soustavy. *Vertikální závěs podle Collisové* je prováděn tak, že je dítě uchopeno za koleno a plynule, bez trhavého pohybu, zvednuto hlavou dolů do svislé polohy. V této pozici se posuzuje reakce volně visící končetiny (Valchářová, 2013).

Samotná terapie pomocí Vojtovy metody spočívá ve stlačení určitých aktivačních bodů na těle dítěte. Základními polohami jsou reflexní plazení a reflexní otáčení. Aktivačními body jsou potom levý vnitřní loket, vnitřní hrana levé lopatky, výběžek nad pravým ramenem, výběžek na pravé vřetenní kosti, vnitřní část levého kolenního kloubu, přední horní trn na levé straně kyčelní kosti, hrbol na vnější straně pravé paty, rozhraní středního hýžďového svalu a velkého hýžďového svalu (Team inLIVE, 2020).

3.1.2 Metoda manželů Bobathových

Další terapeutickou metodou, která přispívá k správnému motorickému vývoji, je Metoda manželů Bobathových. Byla vypracována okolo 40. let minulého století neuropsychiatrem Karlem a fyzioterapeutkou Bertou Bobathovými. Podobně jako Vojtova metoda vychází z předpokladu, že pohybové poruchy jsou způsobeny patologickými tonusovými reflexy a hlubokými šíjovými reflexy, které dítě kvůli poškozené CNS nedokáže utlumit. Pokud se podaří tyto reflexy potlačit, může se vyvinout normální motorika. (Kolář, 2009). Na rozdíl od Vojtovy metody zde nejsou přímo určeny cviky, ale jedná se spíše o individuální fyzioterapeutický přístup (Frýdová, 2021).

Využívají zde tzv. *klíčové body*, což jsou klouby, pletence a krk ležící proximálně a také jednotlivé části těla, které jsou položeny určitým způsobem. Také používají *tapping*, což je dotýkání se a dráždění povrchových i hlubších receptorů a tím dochází k aktivaci částí a někdy i celého trupu. Než se s dítětem začne cvičit, je důležité uvést dítě do útlumové polohy, která se může u každého dítěte něčím lišit. V útlumové poloze necháváme volně pouze část trupu, kterou chceme facilitovat. Při každém stlačení se v CNS aktivuje nové synaptické spojení, které se díky poškození ještě nestačila aktivovat. Je třeba cvičení opakovat, aby pohyb mohl být zafixován do nižších nervových center (Kolář, 2009).

3.2 Psychický vývoj

Předčasný porod může mít negativní důsledky i v psychickém vývoji dítěte. Obecně platí, že čím nižší je gestační věk, tím větší je pravděpodobnost rozvoje psychických poruch (Johnson & Marlow, 2011). V literatuře se objevuje termín *behaviorální fenotyp zralosti*. Tímto termínem autoři označují „konstelaci chování, kognitivních, motorických a sociálních problémů v heterogenní populaci se společnou biologickou poruchou“ (Hodapp et al., 1999, cit. dle Marková & Chvílová-Weberová, 2020, s. 82). Tento termín nepopisuje přímo předčasně narozené děti, ale vyznačuje se pouze podobnými charakteristikami. Obecně se uvádí, že až 50 % nedonošených dětí trpí určitými vývojovými postiženími. Jedná se většinou o kognitivní poruchy, poruchy pozornosti a hyperaktivity jako je například ADHD, internalizujíci se poruchy jako je například úzkost nebo deprese a poruchy při sociálních interakcích. Tato poškození se objevují až v pozdějším věku při stoupajících akademických či sociálních nárocích (Marková & Chvílová-Weberová, 2020).

Dlouhodobé výzkumy sledující jedince narozené velmi či extrémně předčasně ukazují, že jejich kognitivní vývoj nedosahuje úrovně vrstevníků narozených v termínu ani v dospělosti. Studie EPICure zjistila, že rozdíly v IQ mezi oběma skupinami zůstávají ustálené až do 19 let věku, přičemž děti narozené extrémně předčasně vykazovaly průměrně o 18 bodů nižší IQ. Podobné výsledky potvrdily i jiné výzkumy sledující děti s velmi nízkou porodní hmotností. Kromě nižšího IQ se u předčasně narozených dětí projevují i nedostatky ve výkonných funkcích, zejména v oblasti verbální plynulosti, pracovní paměti, kognitivní flexibility a rychlosti zpracování informací. Tyto obtíže přetrvávají i v dospělosti (Wolke et al, 2019).

Studie ukázala, že extrémně předčasně narozené děti mají častěji projevy podobné poruše autistického spektra než děti narozené v termínu. I když se po zohlednění vlivu IQ rozdíly mezi skupinami zmenšily, stále byly patrné zejména v oblasti sociálních vztahů a komunikace. Výsledky tedy naznačují, že předčasné narození může samo o sobě zvyšovat riziko výskytu autistických rysů (Johnson et al., 2010).

Riziko ADHD je u těchto dětí přibližně trojnásobné až čtyřnásobné oproti dětem narozeným v termínu a dále roste s nižším gestačním věkem a porodní hmotností (Wolke et al, 2019). Studie Lindström et al. (2011) rovněž prokázala, že riziko rozvoje ADHD se zvyšuje s klesajícím gestačním věkem při narození. Nejvyšší pravděpodobnost výskytu ADHD byla zaznamenána u dětí narozených mezi 23. a 28. týdnem těhotenství a postupně klesala s rostoucí

zralostí při porodu. Nízké vzdělání matky tento vztah mezi gestačním věkem a rizikem vzniku ADHD dále posilovalo, zejména u středně předčasně narozených dětí.

U nedonošených dětí se zaznamenalo zvýšené riziko tzv. *internalizačních poruch,* mezi které patří úzkostné či depresivní poruchy. Metaanalýza Fitzallen a kol. (2021) ukázala, že předčasný porod je spojen se zvýšeným rizikem výskytu úzkostných poruch u dětí od tří do devatenácti let. Děti narozené předčasně vykazovaly významně vyšší pravděpodobnost celkové i generalizované úzkosti a specifických fobií ve srovnání se svými vrstevníky narozenými v termínu. O depresi to ovšem u předčasně narozených dětí neplatí. Autoři také apelují na rozšíření neurovývojového dohledu o systematický emoční screening, aby bylo možno zachytit včas potíže ohledně duševního zdraví (Fitzallen et al., 2021).

Studie Durankuş et al. (2020) porovnávala spánkové potíže u předškolních dětí narozených předčasně a v termínu. Zjistili, že se spánkové poruchy objevovaly u předčasně narozených dětí o 10 % více než u dětí narozených v termínu. Tento výzkum naznačuje, že předčasně narozené děti zůstávají i v předškolním věku zranitelnější v oblasti spánku.

4 NAVAZOVÁNÍ VZTAHU A SEPARACE Z POHLEDU MATKY

Bonding neboli vytváření citového pouta je proces zahrnující oblast emocí, smyslového vnímání i tělesných reakcí a podílí se na něm jak matka, tak otec. Bonding začíná již v těhotenství, ale za klíčovou se považuje první hodina života dítěte. Porodní asistentky pomáhají tomuto procesu především podporou kontaktu kůže na kůži a dalších aktivit, které posilují blízkost a emocionální spojení mezi rodiči a novorozencem (Young, 2013).

Navázaní vztahu mezi matkou a dítětem je nezbytným základem pro budoucí vztah dítěte se světem. Počáteční fáze navazování vztahu může být kvůli nezralosti dítěte odložena, jelikož je novorozenec ihned po porodu od matky separován. Rychlé odloučení na JIP přímo navazování pouta přeruší, s čímž matka nepočítá, a vede to k emocionální krizi a negativním pocitům. Matka může cítit za onu situaci vinu a strach, což značně ovlivňuje proces tvoření vztahu (Fernández Medina et al, 2018).

Negativní vliv na tvoření vazby mohou mít negativní nálady matky jako je například hněv, napětí či zmatenost. Únava a zmatenost vede k častějším pocitům hněvu a úzkosti zaměřené na dítě. (Ionio et al., 2024)

Naopak pozitivní vliv na absenci těchto emocí má kvalitní podpora nemocničního personálu, a proto studie od Ionio et al. (2024) u žen, které porodily předčasně, nezaznamenala 2 týdny po porodu poruchy nálad.

Zásadní pro navazování vztahu je self-efficacy matky, volně přeloženo jako důvěra ve vlastní schopnosti. Výzkum Evans et al. (2022) zkoumal vliv self-efficacy na vznik vazby u velmi předčasně narozených dětí. Po 6 týdnech po porodu došlo u matek s vysokým self-efficacy ke zlepšení vazby až ve 21 % případů a ve 26 % případů došlo k rozdílu schopnosti reagování matky na potřeby dítěte. Zlepšení v 6 týdnech dále predikovalo, jak se matka bude chovat po 12 měsících od porodu. Posilování sebejistoty matky a zapojování ji do péče o dítě na JIP má tedy výrazný vliv na tvorbu vztahu mezi dítětem a matkou.

4.1 Vybrané bondingové metody

Bondingové metody mimo podpory vytváření vztahu také podporují adaptaci, termoregulaci a imunitu novorozence. První způsob bondingu, který se provozuje bezprostředně po každém porodu je přiložení nahého dítěte na hruď matky, kdy následně dochází k prvnímu kojení. K přiložení dítěte na hruď by mělo proběhnout během prvních pět minut po narození a mělo by trvat přibližně jednu hodinu. Mimo vyvážení termoregulace tento způsob stabilizuje také dýchání dítěte a zvyšuje glukózu v těle (Karoľová & Kilíková, 2024). Pro matku má kontakt kůže na kůži výhodu, protože podporuje zavinování dělohy pomocí stimulace bradavek a podporuje i laktaci. Mimo to dodává pocit, že měla matka porod pod kontrolou a zvyšuje spokojenost s porodem (Kachlová et al., 2022).

Přiložení dítěte ihned po porodu je ovšem především po předčasném porodu problematické, jelikož může být dítě v kritickém stavu ihned separováno. Pokud kontakt kůže na kůži nemohl kvůli stavu dítěte proběhnout, doporučují se pro navázání vztahu, klid a jistotu matky fotografie, informace a přítomnost otce v době poporodní separace (Føreland et al., 2022).

4.1.1 Klokánkování

Při klokánkování je dítě také přikládáno na nahou kůži matky. Metoda by měla připomínat způsob, kterým klokaní matka nosí svá nezralá mláďata. Dítě je při této metodě nahé a nechává se mu jen plena. Dítě je uloženo na matčin hrudník, přímo mezi její prsa, a zaujme tzv. žabí polohu, což znamená, že je v poloze vleže na břiše s horní částí těla mírně vzpřímenou, ruce i nohy má pokrčené, hlavičku otočenou na stranu a lehce zakloněnou a je přikryto dekou. Tento úzký kontakt splňuje základní potřeby dítěte po blízkosti a doteku a zároveň stimuluje jeho smysly – hmat, rovnováhu, čich i sluch, kdy dítě vnímá matčin hlas a tlukot srdce. Během klokánkování zůstává tepová frekvence dítěte stabilní a dýchání se prohlubuje. Novorozenci také spí déle na těle matky než v inkubátoru, což šetří jejich energii a snižuje úbytek hmotnosti. Tento způsob kontaktu také pozitivně ovlivňuje kojení, protože emoce matky zvyšují produkci mléka, a zároveň podporuje přenos protilátek, které chrání dítě před infekcemi. Klokánkování má význam i pro otce, protože upevňuje citový vztah s dítětem. Děti, které tuto metodu podstoupily, vykazují lepší neurologický vývoj a vyšší inteligenci. Celkově metoda komplexně stimuluje smysly dítěte a má dlouhodobě pozitivní vliv na vývoj nedonošených novorozenců. Klokánkování ale nelze praktikovat u dětí, které mají tenkou kůži a u kterých jsou nasazeny léky k podpoře krevního tlaku (Tvrzová & Ratiborský, 2018)

Klokánkování je rovněž prospěšné pro oblast vnímání bolesti u invazivních výkonů, zkrácení doby hospitalizace, délkového růstu, růstu obvodu hlavičky a aktivaci centrální nervové soustavy (Sikorová & Suszková, 2011).

4.1.2 Kojení

Kojení se považuje za nezaměnitelný způsob novorozenecké výživy a je považováno za prediktor působící proti morbiditě dětí, jelikož působí pozitivně na zdraví dítěte. Mimo základní výživové prvky obsahuje i imunoglobuliny a bílé krvinky, které značně pomáhají k získání imunity. Kojení má také vliv na zdraví matky. Spouští postupně hormonální a fyziologické reakce, které pomáhají jejímu tělu zotavit se z těhotenství (Mazuchová et al., 2022).

V raném navazování vztahu mezi dítětem a matkou je nejdůležitější především vzájemná blízkost, a právě proto kojení zajišťuje při tak brzkém věku nesmírný posun. Ženy, které své děti kojily vykazovaly vyšší míru bezpečného připoutání než ty, které kojení nezahájily. Kojení totiž představuje kontakt kůže na kůži, strávení času tělesné blízkosti mezi dítětem a matkou, zvýšení pozornosti a citlivých reakcí matky. Při kojení jsou také v těle matky uvolňovány hormony prolaktin a oxytocin, které pozitivně ovlivňují vztah. Prolaktin má mimo spuštění uvolňování mateřského mléka také antistresové účinky. Oxytocin, kterému se laicky říká „hormon lásky“, zajišťuje ženě klid a harmonii. Je také spojen s vyvoláním mateřského instinktu (Mazuchová et al., 2022).

Předčasně narozené děti často nebývají schopny sát mléko přímo z matčina prsu, a proto existuje řada alternativních možností, jak je možno dítěti mateřské mléko podat. Patří mezi ně krmení dítěte z hrníčku nebo kádinky, krmení lžičkou, krmení stříkačkou nebo kapátkem, krmení dítěte po prstu a krmení dítěte pomocí suplementoru. Pro předčasně narozené děti byla také vyvinuta speciální umělá výživa, která obsahuje více bílkovin, minerálů a obecně kalorií, aby dítěti zaručila rychlejší růst. Tato výživa se obvykle podává, dokud dítě nedosáhne hmotnosti 3000 gramů (Králová, 2013).

4.1.3 Rooming-in

Rooming-in se považuje za způsob bondingu, kdy matka a novorozenec zůstávají společně na jednom pokoji 24 hodin od chvíle, kdy po porodu dorazí na pokoj. Tento způsob se začal praktikovat s cílem posílení mateřské vazby mezi dítětem a matkou. Ačkoli může pobyt dítěte narušit matčin poporodní odpočinek a kvalitu spánku, a tedy i celkovou spokojenost

s nemocničním prostředím, většina matek hodnotila svůj pobyt v nemocnici pozitivně (Theo & Drake, 2017). Je také prokázáno, že rooming-in snižuje riziko pozdějšího zneužívání a zanedbávání dětí. Rooming-in zvyšuje míru kojení, což pozitivně ovlivňuje růst předčasně narozeného dítěte (De Carvalho Guerra Abecasis & Gomes, 2006).

Rooming-in u novorozenců s nízkou porodní hmotností často nebývá možný z důvodu nutnosti zůstání na JIP. Studie De Carvalho Guerra Abecasis & Gomez (2006) ukazuje, že pro novorozence s porodní hmotností nad 1750 gramů by mělo být bezpečné zůstat po porodu v pokoji s matkou. U extrémně předčasně narozených dětí by měl být rooming-in důkladně zvážen z důvodu vyšších rizik zdravotních komplikací novorozence. Obecně by však měl být rooming-in podporován, především u předčasně narozených dětí.

4.2 Emoční prožívání matek během separace a vyrovnávací mechanismy

Jak již bylo zmíněno, předčasný porod může u některých matek způsobit následky v podobě psychických problémů – konkrétně zhruba 35 % matek předčasně narozených dětí trpí poporodní depresí, 24 % úzkostí a 15 % posttraumatickou stresovou poruchou. Symptomy poporodní deprese se objevují v prvních týdnech a přetrvávají až do roku života dítěte. Zvýšené riziko depresivních příznaků souvisí rovněž s mírou stresu, který matky prožívají v prostředí neonatologické JIP. Míra depresivních symptomů také záleží na závažnosti předčasného porodu. U matek extrémně předčasně narozených dětí a velmi předčasně narozených dětí byla rozpoznána deprese až v 50 % případů. Úzkost se v tomto případě objevuje nejčastěji při 2-4 týdnech. Stejně jako deprese, tak i úzkost souvisí s gestačním věkem dítěte při narození. Úzkostí trpí nejvíce matky ve věku 19-24 let s nízkým socioekonomickým zázemím (Cîmpian et al., 2025).

Na prožívání odloučení má vliv i to, jak se rodiče mohou podílet na péči o své dítě. Pokud byla možnost pomoci při péči o novorozence, popisovali rodiče vyšší míru spokojenosti a propojení se svým dítětem. Naopak když se rodiče na péči nijak podílet nemohli, popisovali pocity šoku, stresu, zoufalství, zklamání, ztráty kontroly, osamělosti a odcizení. Což se také odrazilo v jejich emocích při propouštění dítěte z nemocnice – rodiče doprovázel strach a nízké sebevědomí související s péčí o dítě (Hua et al., 2023). Mnoho rodičů uvádí, že se necítí na propuštění připraveni. Navzdory zvýšenému riziku nepříznivých vývojových výsledků u předčasně narozených dětí rodiče uváděli, že během hospitalizace na jednotce intenzivní péče neobdrželi dostatečné informace o dlouhodobém vývoji svého dítěte ani potřebné kontakty

pro zajištění následné péče, které by byly součástí propouštěcí dokumentace (Spence et al., 2023).

Předčasný porod zasahuje nejen do samotné interakce mezi matkou a dítětem, ale také do způsobu, jakým si matka vytváří vnitřní představy o citové vazbě k dítěti. Výskyt tzv. kontrolujícího dyadického vzorce byl spojován s vyšší mírou posttraumatických stresových příznaků u matky a s narušenými či zkreslenými reprezentacemi vztahu k dítěti (Forcada-Guex et al., 2011).

Přítomnost matky na neonatologické JIP pomáhá předcházet dysfunkcím nezralého mozku dítěte. Schopnost rodičů poskytovat citlivou péči v prostředí JIP souvisí s jejich předchozími rodičovskými zkušenostmi a s mírou podpory, kterou během hospitalizace dítěte dostávají. Z tohoto důvodu je zdravotnický personál JIP vyzýván k uplatňování přístupu zaměřeného na rodinu a k vnímání rodičů jako klíčových členů týmu pečující o dítě (Spence et al., 2023).

Velmi důležitým prvkem ovlivňující psychiku matky po porodu je komunikace se zdravotníky. Pro ošetřující osoby je nutné si uvědomit, že je žena v cizím prostředí a stává se díky hormonům a stresu zranitelnější, a je třeba s ní zacházet opatrně a pečlivě. Měli by k rodičům přistupovat s respektem a aktivně jim naslouchat. Nejlepší možností, kde s nimi komunikovat je v klidném prostředí – mimo jednotku intenzivní péče. Při negativních možných následcích je vhodné začít lepšími zprávami a postupně se dostat i k těm horším (Nováková, 2019). Způsob, jakým je s matkami komunikováno také ovlivňuje jejich emocionální prožívání a přijímání mateřské role. Podporu duševní pohody tak pro matky představuje empatie ze strany zdravotníků a terapeutická konverzace s matkou. Přijímání mateřské role je ovlivněno tím, jakým způsobem jsou zapojeny do péče o své novorozence v průběhu hospitalizace na novorozenecké JIP (Im & Oh, 2021).

Je zřejmé, že matka po předčasném porodu prožívá velmi náročné období. I přes všechnu snahu zdravotníků ji tyto stresové situace ulehčit, musí si žena sama najít způsob, jak to zvládnout. Dle konceptu „sebeposílení“ vyplynuly 4 hlavní copingové strategie. Patří mezi ně „hledání podpory“, „duchovní naladění“, „vytváření naděje“ a „získávání energie od dítěte“. Matky nejčastěji vyhledávaly oporu u svých vlastních rodičů či ve svém partnerovi. K duchovnímu naladění patřily prosby k Bohu či víra v osud. Energii zase získávaly skrz těšení se z mateřství, pozitivních výsledků stavu svého dítěte a interakcemi s ním. Ve výsledku tedy

matka nachází sebedůvěru a uvědomění, že se novým okolnostem dokáže postavit (Alinejad-Naeini et al., 2021).

Vyrovnáváním se s následky předčasného porodu neprojde pouze matka, ale také otec. Pro oba rodiče je těžší se vyrovnat s komplikovaným porodem, pokud už jeden takový zažili. Pro oba rodiče je také těžké vyjádřit svůj názor ohledně péče o dítě, jelikož se od něj cítí odpojeni. Zvládání jim usnadňuje možnost limitovat počet osob, které mohou dítě na JIP navštívit. Hlavní rozdíl mezi matkou a otcem je, že otec má tendenci stát se „silnějším" partnerem a stará se především o matku. Zatímco veškerá pozornost matky směřuje spíše na dítě. Pokud otec po porodu není přítomen, přijímají lépe matky podporu ošetřujícího personálu (Hagen et al. 2016).

V České republice existuje řada podpůrných organizací, které pomáhají rodičům předčasně narozených či nemocných dětí. První z nich je Centrum provázení, které si klade za cíl podpořit rodinu od počátku závažností až po rané fáze vyrovnávání se s realitou. Péče této organizace zpravidla končí předáním rodiny do péče odborníka v blízkosti jejich bydlení v době, kdy je novorozenec z nemocnice propuštěn. Sociální služba s názvem Raná péče, poskytuje podporu spíše v pozdějším životě dítěte, když mu je přidělena diagnóza nějakého fyzického postižení či opožděného vývoje. Raná péče slouží spíše jako preventivní služba a snaží se snížit účinek prvotního postižení tak, aby nedošlo k postižení druhotnému. Poslední organizací, kterou bych ráda zmínila, je Nedoklubko. Nedoklubko je zaměřené konkrétně na nedonošené děti a snaží se zvýšit povědomí o problematice předčasného porodu tím, že organizuje různé projekty vedoucí k podpoře maminek předčasně narozených dětí (Marková & Chvílová-Weberová, 2020).

4.3 Možné dopady na vztah matka-dítě

Pro matku i dítě představuje odloučení významné oddálení tvorby pouta, což může v budoucnu znamenat potíže v celém systému rodiny. Matky předčasně narozených dětí se v prvních měsících jejich života snaží o intenzivnější zapojení a projevují o dítě zvýšený zájem. Tyto interakce však často vnímají jako více vyčerpávající a méně příjemné. V důsledku toho mají předčasně narozené děti tendenci méně srozumitelně komunikovat své potřeby a vykazují nižší míru organizační schopnosti chování ve srovnání s dětmi narozenými v termínu (Macey et al., 1987).

Signály, které vyzařují předčasně narozené děti, bývají rodičem hůře rozpoznatelné, jelikož jsou méně aktivní a méně reagují. Což znamená, že rodič musí vynaložit více snahy, aby dítěti porozuměl. To je další důvod, proč je pro rodiče interakce s předčasně narozeným dítětem více únavná než při péči o dítě narozené v termínu. Avšak tento rozdíl po roce vymizí (Goldberg, 1987).

Matkou označené dítě jako „předčasně narozené“ může vést k fenoménu sebenaplňujícího se proroctví. Předčasně narozené děti jsou v kolektivu brány za méně oblíbené a je s nimi zacházeno, jako by byli křehčí a mladší než jejich donošení vrstevníci. Tyto děti byly totiž při hře méně aktivní (Stern & Hildebrandt, 1986).

Žena, která se stane matkou a se svým dítětem má možnost se potkat pouze v nemocničním prostředí, může objevit problém v přijetí mateřské role. Ve studii Spinelli et al. (2015) identifikovala tematická analýza čtyři vzájemně provázaná témata: odloučení od dítěte, prožívání mateřské nedostatečnosti, ztrátu rodičovské role a subjektivní vnímání pozastavení času. Tato témata ukazují, že zkušenost matek s předčasným porodem nepředstavuje pouze reakci na samotný traumatický porod, ale je úzce spojena s celým procesem formování mateřství v zdravotnickém prostředí. Zjištění lze interpretovat v souladu se Sternovou teorií mateřské konstelace, která zdůrazňuje význam raných zkušeností pro utváření mateřské identity. Výsledky naznačují, že matky předčasně narozených dětí čelí specifickým obtížím, jež mohou narušovat vývoj mateřské konstelace a komplikovat jejich přechod do mateřské role. Tyto obtíže se mohou negativně promítat do utváření mateřské identity, do způsobu, jakým matka vnímá své dítě, i do kvality vztahové vazby mezi matkou a dítětem.

Jelikož u rodičů ihned po porodu panuje strach z budoucích postižení či úmrtí dítěte, jsou náchylnější k přehnanému ochranitelství, což u dítěte může vést k *syndromu zranitelného dítěte* (Macey et al., 1987). Syndrom zranitelného dítěte by však měl být chápán spíše jako projev maladaptivní rodinné dynamiky a může se objevit i v rodinách bez zjevné traumatické zkušenosti, zejména v situacích, kdy nejsou dostatečně naplněny psychické potřeby rodičů. Rodičovské vnímání nadměrného ohrožení dítěte může vést k častějšímu vyhledávání zdravotní péče, realizaci zbytečných lékařských zásahů a k nevhodným rodičovským postupům, které mohou negativně ovlivňovat vztahovou vazbu mezi rodičem a dítětem i celkový vývoj dítěte (Schmitz, 2019).

Ačkoli předčasný porod může ve výsledku vést k přehnaně ochranitelskému rodičovství, mohou stresory ohledně dítěte působit na rodiče úplně opačně. Předčasně narozené

děti jsou enormně zastoupeny v žebříčku zanedbávaných a týraných dětí. K zanedbávání a týrání předčasně narozených dětí může vést mnoho faktorů. Patří mezi ně nízký sociální status a nedostatek podpory. Ženy, které mají podporu z více stran, chovají ke svému dítěti pozitivnější emoce (Macey et al., 1987).

Z nynějších výzkumů není 100 % známo, zda si nedonošené dítě ve výsledku vytvoří k matce nejistou vazbu. Některé studie prokazují vyšší míru nejisté vazby, u části nebylo tohle zjištění statisticky prokázáno. Podrobnější analýza některých studií naznačuje, že zvýšené riziko nejisté či dezorganizované vazby se týká zejména určitých podskupin předčasně narozených dětí, konkrétně kojenců s velmi nízkou porodní hmotností, dětí s respiračními obtížemi, s delší délkou hospitalizace nebo s výraznějším vývojovým opožděním (Shaw et al., 2023).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍL A OTÁZKY

Vztahová vazba, kterou si dítě vytvoří k matce, predikuje, jak se dítě adaptuje na svět (Bowlby, 2023). Ačkoli se citová vazba matky a dítěte tvoří již v prenatálním stádiu, může mít předčasný porod negativní dopad i na mentální zdraví matky v podobě úzkosti, deprese či posttraumatické stresové poruchy (Brandon et al., 2009; Cîmpian et al., 2025). Přestože se dlouhodobé psychické potíže nemusí v každém případě u matky rozvinout, dá se říct, že předčasný porod představuje pro matku náročnou životní situaci. Předčasný porod a následná separace dítěte mohou vést k dočasnému narušení procesu navazování vztahu mezi matkou a dítětem, což může být spojeno s výskytem negativních emocí u matek (Fernández Medina et al. 2018). Negativní vliv na tvoření vazby může mít únava či zmatenost, což vede k zaměření zlosti a úzkosti směrem k dítěti, a naopak podpora matky ze strany nemocničního personálu prospívá k vytváření pouta (Ionio et al., 2024). A právě proto je tato bakalářská práce zaměřena na prožívání matek během porodu, separaci a následnou péči. Z čehož vyplývá cíl práce, kterým je porozumět subjektivnímu prožívání matek v souvislosti se separací po předčasném porodu a zjistit, jakým způsobem matky vnímají její vliv na vytváření a vývoj vztahu ke svému dítěti.

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na zkoumání dopadu separace matky a dítěte po předčasném porodu na jejich vzájemný vztah, a to z pohledu matek předčasně narozených dětí. Předčasný porod je často spojen s nutností časné separace v důsledku zdravotního stavu novorozence a hospitalizace na jednotkách intenzivní péče. To může narušit přirozený proces navazování rané vazby mezi matkou a dítětem.

Praktická část se soustředí zejména na emocionální prožitky matek, jejich vnímání blízkosti s dítětem, zkušenosti s navazováním kontaktu a případné obtíže, které v této souvislosti zaznamenávají.

Získaná zjištění mohou přispět k hlubšímu pochopení potřeb matek předčasně narozených dětí a poukázat na význam podpory rodičů v období hospitalizace dítěte. Výsledky výzkumu mohou být přínosné jak pro odborníky pracující v oblasti neonatologie a perinatální péče, tak pro pomáhající profese zaměřené na podporu rodiny v raném období po porodu.

K naplnění stanoveného výzkumného cíle byly formulovány následující výzkumné otázky, které reflektují jednotlivé oblasti zkušeností matek v souvislosti s předčasným porodem a následnou separací.

VO1: Jak matky prožívaly samotný předčasný porod a bezprostřední období po něm?

VO2: Jaké pocity matky popisují v souvislosti s návratem z nemocnice a dále se zahájením péče o dítě v domácím prostředí?

VO3: Jak matky popisují proces přijímání role matky po předčasném porodu a období separace?

6 METODY SBĚRU DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

S ohledem na stanovený výzkumný cíl a formulované výzkumné otázky byla pro realizaci výzkumu zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Kvalitativní výzkum představuje typ výzkumu, který přikládá váhu především individuální zkušenosti, percepci a chování participantů. Přispívá tedy k hlubšímu porozumění problémům, které se vyskytují v reálném prostředí (Tenny et al. 2022). V rámci této bakalářské práce tedy umožňuje zachytit subjektivní zkušenosti, prožívání a významy, které matky předčasně narozených dětí přisuzují období předčasného porodu, následné separaci a vztahu ke svému dítěti.

6.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládal ze šesti participantek. Základním kritériem pro zařazení do výzkumu bylo, aby předčasný porod proběhl nejpozději před pěti lety. Toto kritérium bylo stanoveno s cílem minimalizovat zkreslení dat v důsledku postupného zapomínání prožitků, myšlenek a emocí spojených s danou zkušeností. Další vyžadované kritérium bylo, aby dítě bylo po předčasném porodu separováno od matky. Výzkumný soubor byl zajištěn pomocí záměrného výběru. Záměrný výběr spočívá v cílené selekci jednotek na základě předem stanovených kritérií v souladu s výzkumným záměrem. Z tohoto důvodu lze záměrný výběr chápat jako vymezení cílové populace, která je v daném případě totožná se samotným výzkumným souborem (Řehák, 1978).

Výběr participantek probíhal prostřednictvím dvou gynekologických ambulancí. Matky, jež splnily podmínky pro tento výzkum, byly zdravotnickým personálem osloveny ohledně účasti ve výzkumu a o možnosti dobrovolné účasti. V případě projevení zájmu o účast a souhlasu se sdílením kontaktních údajů ambulancí, mi poskytly ambulance kontakt. Následně jsem jednotlivé participantky kontaktovala na jejich e-mailové adrese s cílem domluvit realizaci rozhovoru. Bylo dohromady osloveno deset žen, přičemž k rozhovoru došlo s šesti. Po poskytnutí rozhovoru žádná z participantek neodmítla použití jejich výpovědí pro výzkum

Pro přehlednost účastnic přikládám tabulku se základními údaji o porodu.

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru

Jméno	Gestační věk	Doba separace
Eliška	29. týden	2 měsíce
Irena	31. týden	10 dní
Leona	33. týden	12 dní
Kateřina	34. týden	6 dní
Marie	36. týden	14 dní
Viktorie	32. týden	1 měsíc

6.2 Použitá metoda a průběh sběru dat

Participantky byly osloveny na základě poskytnutých kontaktních údajů z gynekologických ambulancí – konkrétně jejich e-mail. Vzhledem k vážnosti tématu rozhovoru bylo místo realizace rozhovoru voleno samotnými účastnicemi s ohledem na jejich pocit bezpečí a komfort. Účastnícím výzkumu byla nabídnuta možnost osobního setkání na jimi vybraném místě či online hovoru. Pět účastnic preferovalo osobní setkání v klidné kavárně a jedna vzhledem k jejím časovým možnostem preferovala online hovor na platformě Google Meet.

Metodou sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který poskytuje dostatečný prostor pro individuální vyprávění účastníků výzkumu a umožňuje výzkumníkovi probádat témata, která se v průběhu rozhovoru objeví. Zároveň však umožňuje zachovat základní strukturu rozhovoru vycházející z předem připravených tematických okruhů (Adeoye-Olatunde & Olenik, 2021). Tyto okruhy byly vytvořeny na základě teoretických východisek práce a zaměřují se na zkušenosti matek s předčasným porodem, bondingem, kojením, rehabilitační péčí, přijetím mateřské role, návratem z nemocnice a současným vztahem s dítětem. Rozhovory byly vedeny s cílem porozumět perspektivě matek a zachytit jejich vlastní interpretaci prožitých zkušeností v souvislosti s ranou separací a jejím dopadem na vztah matky a dítěte.

Na začátku rozhovoru proběhlo s každou participantkou oboustranné krátké představení, byl jim vysvětlen cíl výzkumu a předložen informovaný souhlas. Účastnici, která

preferovala online setkání, byl informovaný souhlas zaslán dříve, a ještě před začátkem hovoru jej poslala v příloze zpátky podepsaný. Celý rozhovor byl nahráván na diktafon, s čímž byly účastnice před začátkem rozhovoru seznámeny a souhlasily s tím. Začátek rozhovoru byl zaměřen na základní informace o participantce a o porodu. Jádro rozhovoru tvořily tematické okruhy týkající se zkušeností s porodem, bondingem a pocitech ohledně role matky. Na konci každého rozhovoru byla matka tázána, zda by chtěla ještě doplnit nějakou informaci, která ještě nezazněla. Vzhledem k vážnosti tématu byly připraveny kontakty na krizová psychologická centra či dlouhodobé psychoterapie, kdyby v matce vzpomínky vyvolaly negativní reakci. Žádná z nich možnost nevyužila.

6.3 Etika výzkumu

Při výzkumu bylo postupováno v souladu s relevantními etickými normami Etického kodexu psychologické profese (Českomoravská psychologická asociace, 2017) a dle Zákona o zpracování osobních údajů (Zákon č. 110/2019 Sb., 2019, §16) za účelem vědeckého nebo historického výzkumu nebo pro statistické účely. Ten stanovuje povinnosti správce při zpracování osobních údajů, který musí zajistit odpovídající bezpečnost a ochranu dat účastníků výzkumu. Jména použitá v této bakalářské práci tedy nejsou reálná jména účastnic. Všechny participantky podepsaly informovaný souhlas. Všechny byly informovány o cílech a průběhu výzkumu a všechny dotazy spojeny s výzkumem jim byly zodpovězeny. Byly také seznámeny s anonymizací dat, která jsou využita pouze pro účel výzkumu a následně smazána. Souhlasily také, že v práci mohou být uvedeny úryvky rozhovoru v podobě přímé citace.

Výzkum byl dobrovolný a participantky byly seznámeny s možností odstoupit bez udání důvodu. Této možnosti žádná nevyužila. Také nebyly povinny odpovídat na všechny otázky v průběhu rozhovoru, pokud jim nebylo příjemné o něčem mluvit. Této možnosti využila pouze jedna participantka.

6.4 Sebereflexe výzkumníka

Volba tématu této bakalářské práce byla motivována osobní inspirací – příběhem mé tety, která porodila extrémně předčasně narozené dítě. Při jejím pobytu v nemocnici jí byla sestrou naznačena vysoká pravděpodobnost úmrtí dítěte a zároveň, že jako mladá matka má možnost mít další děti. Vyprávění mé tety o tomto zážitku podnítilo mou zvědavost zkoumat, jak matky v tak náročných situacích prožívají své mateřství a emoční zkušenosti.

Sama s touto zkušeností osobně nemám přímou zkušenost a nejsem matkou, což ovlivnilo mé uvědomění, že nemohu plně zažít mateřskou perspektivu. Při vedení rozhovorů se proto objevoval strach, že participantky, které jsem viděla poprvé, nebudou ochotny otevřeně sdílet své zkušenosti. Zároveň však při jejich vyprávění ve mně rostl obdiv nad jejich schopností zvládat extrémně náročné situace a otevřeně hovořit o svých pocitech.

Tato zkušenost mi umožnila reflektovat vlastní roli výzkumníka – uvědomila jsem si, že citlivý a respektující přístup je klíčový pro navázání důvěry a otevřenosti účastnic. Současně mi poskytla cenný vhled do emoční náročnosti tématu a připravila mě na systematickou a eticky citlivou interpretaci získaných dat.

7 ANALÝZA DAT

Analýza dat byla provedena prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy – zkráceně IPA. Interpretativní fenomenologická analýza zakládá na porozumění individuální zkušenosti člověka a umožňuje zkoumat, jaký význam jedinec udává svým prožitým zkušenostem, a tím přispívá k porozumění jednotlivým událostem či procesům jakožto zkoumaným fenoménům. Součástí přístupu IPA je tzv. dvojitá hermeneutika, což znamená, že se účastník rozhovoru snaží porozumět své vlastní zkušenosti a zároveň se výzkumník snaží pochopit, jak respondent k tomuto porozumění došel (Řiháček et al. 2013).

Interpretativní fenomenologická analýza se realizuje ve 4 fázích. V první fázi výzkumník seznamuje s přesným přepisem rozhovoru, jako je v mé práci, či například s dílem respondenta. V této fázi jde při mém výzkumu o opětovné čtení textu a snahu odkrývat skryté významy. V druhé fázi si dále určuje předběžná témata rozhovoru. Ve třetí fázi výzkumník seskupuje tato témata do skupin. Ve čtvrté tato témata propojuje do tabulky výsledků (Biggerstaff & Thompson, 2008).

Pro výzkum, realizovaný v rámci bakalářské práce a analyzovaný prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy, je obvykle doporučován vzorek o velikosti přibližně 3–6 participantů. Tento rozsah umožňuje provést hloubkovou a detailní analýzu jednotlivých případů (Řiháček et al. 2013).

Nyní Vám krátce představím jednotlivé participantky s kouskem jejich příběhu.

7.1 Eliška

Paní Elišce bylo 25 let, když se jí v 29. týdnu narodila její dcera. Paní Eliška začala v průběhu těhotenství silně krvácet, a lékaři rozhodli, že dceru porodí akutním císařským řezem. Vše se událo tak rychle, že se po dobu porodu akorát bála o zdraví dcery. Dceru jí nepřiložili na hruď, chodili po porodu pouze klokánkovat. Kojení z důvodu velikosti dcery nebylo možné. Celou zkušenost popisuje jako velmi náročnou pro psychiku. Celkem od sebe byly odloučeny dva měsíce po porodu. V příběhu Elišky a její dcery nastala velká komplikace – zánět mozkových blan, kterým se dcera nakazila čtrnáct dní po porodu. Podpora partnera nebyla dostatečná. Eliška také uvedla, že díky předešlému zaměstnání byla vůči náročným situacím odolnější, než by byly jiné matky.

Eliščina zkušenost je silně ovlivněna nejistotou ohledně zdravotního stavu její dcery, která se stává součástí její každodennosti. Eliška uvádí, že každou hodinu musela volat, jak na tom dcera je, což lze chápat jako způsob, jak si v situaci, kterou nemohla nijak ovlivnit, udržet alespoň určitý pocit kontroly. Neustálé zjišťování informací o zdravotním stavu dcery tak nepředstavuje pouze projev obav, ale i snahu zvládat dlouhodobý strach o její život. Zároveň Eliška popisuje výrazný dopad této zkušenosti na své psychické prožívání, když uvádí, že celou zkušenost vnímala jako náročnou pro psychiku a že ji nic nerozesmálo. Ale nenastala situace, že by jen v kuse plakala. Tyto výroky naznačují stav emoční otupělosti, který lze interpretovat jako ochrannou reakci na dlouhodobé ohrožení dítěte. Emoční odstup se zde nejeví jako nedostatek mateřských emocí, ale spíše jako způsob, který Elišce umožňoval situaci psychicky unést. Hlavní témata, která z rozhovoru s Eliškou vyplynula byla: Aktivní monitorování zdravotního stavu jako snaha o zachování kontroly, Emoční otupělost jako reakce na ohrožení vnitřní pohody, Osamělost při prožívání krizové situace a Profesní zkušenost jako forma emoční obrany.

7.2 Irena

Paní Irena zažila předčasné porody dva. Oba byly diametrálně odlišné vzhledem ke gestačnímu věku dítě, ale oba proběhly přirozeně. Pro tento rozhovor paní Irena popisovala myšlenky a pocity především ze svého prvního porodu. K vyprávění hlavně o prvním porodu nebyla vyzvána. Lze tedy uvažovat, že pro ni tento porod byl relevantnější i dle jejich slov: „*Mám strašný strach o toho prvního. Ještě větší, než mám strach o toho druhého. A myslím, že to tak budu mít celý život.*“ Prvního syna porodila ve 31. týdnu a druhého ve 34. týdnu. První porod popisuje oproti tomu druhému velmi negativně a jako selhání zdravotnického personálu. Kojení neprobíhalo, jelikož se syn z důvodu malé velikosti nechtěl přisát. Odjezd z nemocnice byl pro paní Irenu emočně velmi náročný. Druhý porod naopak popisuje jako příjemný. Syna jí chvíli nechali u sebe a velmi jí pomohl následný první dotek. Také si myslí, že tohle přiložení pomohlo k lepší adaptaci jejího syna. S oběma syny také docházela cvičit metodu manželů Bobathových, což pro děti nebývá příjemné, a uvedla, že „*maminka také cítí, když dítě pláče.*“

Paní Irena popisuje první předčasný porod jako zkušenost silného oddělení od dítěte, které pro ni mělo zásadní dopad na následné prožívání. Bezprostředně po porodu jí byl syn pouze ukázán a následně převezen k další péči, přičemž možnost kontaktu byla velmi omezená. Tuto zkušenost shrnuje slovy: „*To, co bylo součástí mě, bylo jinde, než jsem já*“, čímž vyjadřuje pocit narušení jednoty mezi ní a dítětem. Odjezd z nemocnice bez syna označuje jako „*konec*

světa“ a popisuje, že po návratu domů se cítila jako „*tělo bez duše*“. Tyto výpovědi naznačují stav výrazného vyčerpání a psychické prázdnoty, který byl doprovázen obavami z dalšího vývoje situace. V tomto období pro paní Irenu nebyla podpůrná ani komunikace s okolím, kdy otázky na to, jak se má, vnímala jako zatěžující. Později, po přivezení syna domů, se v jejím prožívání objevuje silná potřeba kontroly, kterou popisuje neochotou syna „*půjčovat*“ a úzkostí v situacích, kdy byl v péči někoho jiného. Tato potřeba kontroly se jeví jako přetrvávající reakce na původní zkušenost nejistoty a oddělení, která i s odstupem času ovlivňuje její vztah ke staršímu synovi. Paní Irena prožívá oddělení od syna jako hlubokou ztrátu součásti sebe sama. Z čehož vyplynulo hlavní téma: Separace od dítěte jako prediktor vývoje vztahu. Dalšími významnými tématy jsou: Neosobní zdravotnická péče jako zdroj bezmoci, Strádání podpory jako nedostatek zkušeností nejbližších osob, Přijetí role matky jako instinkt a Kontrola jako způsob zmírnění strachu.

7.3 Leona

Paní Leona je nyní matkou dvou dětí. Jako první se jí narodila dcera ve 33. týdnu. Porod byl vyvolán medikamentem a proběhl přirozeně a velmi rychle. Po porodu paní Leonu s dcerou pouze vyfotili a ihned započala následná péče. A tímto také pro paní Leonu započala negativní zkušenost s nemocničním prostředím. Paní Leona bez dcery domů neodjela a zůstala v prostředí nemocnice, aby jí byla poblíž. Jelikož dcera byla uložena do inkubátoru, musela paní Leona každý den za dcerou docházet a nemocniční personál jí nedovolil na dceru ani sáhnout se slovy „*předčasně narozené děti se nehladí*“ a vystrašili tak paní Leonu ještě více, že by její dcera mohla zemřít, pokud na ni sáhne. Kojení jí také stresovalo a po dvou měsících tedy z tohoto důvodu kojit přestala. Uvádí, že trvalo dlouho, než přijala mateřskou roli a naučila se ji pořádně milovat. Stále si dle jejich slov cestu k sobě hledají, jelikož je dcera na paní Leonu hodně fixovaná, což paní Leona vnímá jako vyčerpávající.

Paní Leona popisuje zkušenost předčasného porodu jako silně oddělující a náročnou. Ihned po porodu byla dcera odvezena k péči, a paní Leona s ní měla pouze krátký kontakt prostřednictvím fotografie a nepřišlo jí, že by se stala matkou. Tento okamžik představuje pro ni zásadní ztrátu kontroly a pocit odcizení od dítěte. Omezený kontakt a zákaz hlazení či klokánkování ještě více prohlubovaly její zkušenost jako emocionálně náročnou a odloučenou. Paní Leona si nepřála rozebírat své pocity o tom, jak se cítila, když s dcerou přijela z nemocnice domů. Uvedla pouze: „*protože jak říkám, nebylo to takové, jak to mělo být*“. Také dlouho trvalo, než se naučila svou dceru milovat a rozumět jejím signálům, což ukazuje, že mateřství pro ni

nebylo automatické, ale postupný proces budování vztahu. Nedostatek podpory od okolí, kterou považovala za nezbytnou, prohloubil její pocit izolace, jak sama říká: „*podpora nebyla taková, jakou bych tehdy potřebovala*“. I v současnosti vnímá, že dcera je na ni velmi závislá, a že cesta k vzájemnému propojení stále vyžaduje energii, protože cestu si k dceři stále nějakým způsobem hledá. Lze taky interpretovat, že postupné přijímání role vedlo k rozvoji fixace dcery na matku. Celkově se tak pro paní Leonu stala zkušenost nemocniční péče a prvního porodu významnou událostí, která formuje nejen její vztah k dítěti, ale i její vlastní identitu matky, její potřebu kontroly a prožívání mateřské role. Témata plynoucí ze zkušenosti paní Leony jsou: Separace jako trnitá cesta k přijetí role matky, Strach jako vývoj asertivity, Mateřství jako proces učení a Nemocniční zkušenost jako důvod zpomalení vývoje vztahu.

7.4 Kateřina

Paní Kateřina je matkou dcery, která se narodila ve 34. týdnu těhotenství. Porod byl vyvolán medikamentem a proběhl přirozeně a dle slov paní Kateřiny „*se drala na svět, protože věděla, že se tu bude mít dobře*“. Předčasný porod popisuje jako šok, ale zároveň jako hezkou zkušenost. Zpětně si přesně nevybavuje, jak to vnímala, protože se vše seběhlo rychle. Ačkoli byl porod vyvolán, neměla čas se nějak připravit. Paní Kateřinu těsně před porodem převezli do jiné nemocnice, jelikož v té původní neměli dostatek inkubátorů. Tuhle zkušenost bere pozitivně, jelikož by jinak byla její dcera převezena do jiné nemocnice sama, a tudíž by paní Kateřina neměla možnost svou dceru v inkubátoru navštěvovat. Navštěvovala ji každé tři hodiny a dle jejích slov se učila manipulovat s miminkem. Po šesti dnech v inkubátoru přesunuli lékaři dceru na pokoj paní Kateřiny.

Zkušenost paní Kateřiny s předčasným porodem je charakterizována ambivalencí mezi počátečním šokem a následným pozitivním hodnocením celé situace. Přestože byl porod vyvolán medikamentózně a proběhl rychle, paní Kateřina jej zpětně vnímá jako „*hezkou zkušenost*“, přičemž její výpověď naznačuje tendenci hledat v náročné situaci smysl a pozitivní význam. Významným aspektem její zkušenosti byla hospitalizace v jiné nemocnici, kterou hodnotí pozitivně, jelikož jí umožnila být s dcerou v kontaktu a pravidelně ji navštěvovat. Tento opakovaný kontakt vnímá jako prostor pro postupné učení se mateřské péči a navazování vztahu s dítětem. Kojení prožívala ambivalentně – na jedné straně bylo zdrojem stresu a tlaku ze strany okolí, na straně druhé však kontakt prso–dítě představoval důležitý prostředek vytváření blízkosti i v situaci, kdy nebylo možné plné kojení. Emoční prožívání paní Kateřiny se v čase proměňovalo. První týden po porodu popisuje jako úzkostný, avšak postupně docházelo k úlevě

a posilování pozitivního vztahu k dceři. Klíčovým zdrojem zvládání celé situace byla pro paní Kateřinu podpora manžela, kterou opakovaně označuje za zásadní. V současnosti svůj vztah s dcerou hodnotí jako velmi dobrý, přičemž její výpověď naznačuje, že proces adaptace na mateřskou roli byl pozvolný, ale úspěšný. Hlavní témata vyplývající z analýzy jsou: Předčasný porod jako zvládnutelná zkušenost, Nemocniční zkušenost jako zdroj duševní pohody, Fyzický kontakt jako prediktor navazování vztahu, Mateřská role jako postupný proces, Podpora partnera jako strategie zvládání.

7.5 Marie

Paní Marie otěhotněla po několika nezdařených pokusech umělého oplodnění. Její porod byl z důvodu preeklampsie plánovaný jako předčasný. V jedné porodnici jí řekli, že pokud neporodí do 34. týdne, může miminko zemřít. Paní Marii však převezli do jiné nemocnice, kde porodila v 36. týdnu chlapečka. Nejdřív jí porod plánovali vyvolat, což se však nezdařilo, a proto šla na císařský řez. Situaci hodnotila tak, že byla ráda, protože nad tím neměla čas přemýšlet. Celý porod hodnotí velmi pozitivně a byla by ráda, kdyby to zažila znovu. Po porodu jí syna dali na hruď a paní Marie byla šťastná. Jak jí ale syna vzali z důvodu nízkého cukru do inkubátoru, začala mít paní Marie „zvláštní“ pocity. Jako by jí dítě nechybělo. Dítě chodila vždy přebalit a nakrmit umělou výživou.

Zkušenost paní Marie s předčasným porodem je výrazně formována kombinací dlouhé cesty k otěhotnění a následného rychlého průběhu porodu, nad kterým podle svých slov neměla prostor přemýšlet. Tento nedostatek času k přemýšlení hodnotí zpětně pozitivně, protože ji chránil před zahlcením obavami. Přestože samotný porod popisuje velmi kladně a kontakt kůže na kůži po narození syna prožívala jako šťastný okamžik, následná separace dítěte kvůli zdravotním komplikacím zásadně ovlivnila její emoční prožívání. Paní Marie popisuje zvláštní pocity prázdnoty a absence vazby, kdy uvádí, že jí dítě „*vlastně vůbec nechybělo*“ a že „*k němu nic necítila*“. Mateřství se pro ni v tomto období nejevilo jako samozřejmá součást identity, což dokládá i její výpověď o tom, že se v označení maminka dlouho nepoznávala. Kontakt s dítětem měl zpočátku spíše funkční charakter, spojený s péčí a povinností než s emoční blízkostí. I v současnosti paní Marie reflektuje, že vztah se synem vnímá jako méně tělesně blízký, než by si přála, což naznačuje přetrvávající otázky týkající se kvality jejich vzájemného propojení. Zkušenost předčasného porodu a raného odloučení tak pro paní Marii představuje významný moment, který ovlivnil její prožívání mateřské role i vztah k dítěti jako proces, jenž se formoval pomalu a bez očekávané samozřejmosti. Z analýzy rozhovoru s paní

Marií vyplynulo několik témat: Separace jako vznik emoční prázdnoty, Role matky jako nutnost péče bez vazby, Nejistota v roli matky jako přetrvávající záležitost, Nedostatek fyzické blízkosti jako osobní pochybení.

7.6 Viktorie

Příběh paní Viktorie začíná bakteriální infekcí, která jí spustila předčasný porod ve 34. týdnu těhotenství. Měla pocit, že je na porod stále brzy. Porod proběhl přirozeně a syna jí přiložili ihned na hruď. Po porodu se zdálo být vše v pořádku, ačkoli po pár hodinách její syn začal také vykazovat známky infekce a byl proto převezen do jiné nemocnice a jeho stav se zhoršoval. Za synem mohla paní Viktorie dojet až za dva dny. Lékaři upozornili paní Viktorii na možné postižení mozku. Viktorie si svého syna mohla znovu podržet až po třech týdnech od porodu. Mléko po pár týdnech odsávání bohužel ztratila. Celou tuto zkušenost rychlé separace hodnotí paní Viktorie jako plnou strachu.

Zkušenost paní Viktorie s předčasným porodem je od počátku prožívána jako narušení očekávaného průběhu událostí. Porod popisuje jako rychlý a spojený s pocitem, že „*to ještě nemělo proběhnout*“, což naznačuje nepřipravenost a ztrátu možnosti se na situaci psychicky naladit. Krátký okamžik po porodu, kdy se zdálo, že je dítě v pořádku, je velmi rychle vystřídán zhoršením jeho zdravotního stavu a následným převozem do jiné nemocnice. Tento náhlý obrat je spojen se silným strachem o život dítěte a s nejistotou ohledně jeho budoucího vývoje. Separace od dítěte, která trvala několik týdnů, je paní Viktorií prožívána jako období výrazné bezmoci, kdy mohla pouze volat a zjišťovat informace, aniž by měla možnost situaci jakkoli ovlivnit. Fyzický kontakt s dítětem přichází až s odstupem času a je doprovázen obavami, že by mu mohla ublížit, což ukazuje, že blízkost není spojena s úlevou, ale se zvýšenou úzkostí. Návrat domů bez dítěte popisuje jako velmi tíživý, přičemž domov vnímá jako prázdný prostor bez očekávaného miminka. I po propuštění dítěte z nemocnice přetrvávají obavy z možného postižení, které ovlivňují její opatrné chování a potřebu mít dítě neustále pod dohledem. Postupně však popisuje, že se strach začal zmírňovat v souvislosti s možností být s dítětem více v kontaktu a společně situaci zvládat. V současnosti hodnotí vztah se synem jako dobrý, přičemž strach, který zpočátku dominoval jejímu prožívání mateřství, již není tak výrazný jako v období po porodu. Témata plynoucí z této analýzy jsou: Předčasný porod jako nečekaná událost, Budoucnost jako nejistota, Separace jako zdroj ztráty kontroly, Prázdnota po návratu domů a Vliv plynutí času jako znovunabytí jistoty.

8 VÝSLEDKY

V této kapitole jsou představeny výsledky interpretativní fenomenologické analýzy rozhovorů s participantkami. Analýza identifikovala několik hlavních témat, která odrážejí způsob, jakým účastnice výzkumu interpretují svou zkušenost s navazováním vztahu se svým předčasně narozeným dítětem a vše, co této zkušenosti mohlo předcházet.

Na základě analýzy se vynořilo několik témat. Témata dále ústí do podtémat, která se liší podle polarity či významu zkušenosti. Pro větší přehlednost je zde přiložena tabulka výsledků.

Tabulka 2: Tabulka výsledků

Hlavní témata	Podtémata
Emoční prožívání ohrožení mateřství: „*Jako tělo bez duše*“	Separace jako emoční krize: „*Pořád jsem se strašně bála*“ Potřeba podpory jako (ne)jistota: „*Pokud si to člověk sám neprožije, neví, jak má tu podporu pořádně dát*“:
Zkušenost s nemocničním prostředím: „*Jako by to bylo na běžícím páse*“	Nemocniční prostředí jako místo emočního zranění: „*Vám prostě umře dítě*“ Nemocnice jako stabilizační prvek: „*Tam udělali vše, co jsem potřebovala*“
Proces přijímání role: „*Nebylo to takové, jaké to mělo být*“	Přijetí mateřské role narušené separací: „*Ze startu jsem vůbec nepociťovala, že bych byla máma*“ Mateřství jako instinktivní proces: „*Roli maminky jsem brala tak nějak automaticky*“

8.1 Emoční prožívání ohrožení mateřství: „*Jako tělo bez duše*“

Rozhovory s matkami předčasně narozených dětí poukázaly na jednu výraznou skutečnost – přestože se jejich zkušenost odehrála před několika měsíci či lety, stále v nich zanechává silnou emoční stopu. Některé emoce, zejména strach, v nich přetrvávají dodnes. Svá prožívání z tohoto kritického období dokázaly popisovat velmi živě a autenticky. Z tématu emocí se přirozeně vymezila dvě klíčová podtémata, která se v jejich výpovědích objevovala: emoční krize a potřeba podpory.

8.1.1 Separace jako emoční krize: „*Pořád jsem se strašně bála*“

Jak již napovídá samotný název tohoto podtématu, předčasný porod a následné období separace vyvolaly u participantek široké spektrum emocí, které však byly převážně negativního charakteru. Fenomén negativních emocí prostupuje příběhy paní Elišky, Ireny, Leony a Viktorie.

Pro paní Elišku nepředstavoval nejtěžší aspekt zkušenosti samotný předčasný porod ani následná separace, ale až pozdější onemocnění dcery zánětem mozkových blan. Tento moment ve své výpovědi popisuje jako emočně náročnější než předchozí události. Den, kdy se o zhoršení zdravotního stavu dozvěděla, byla dcera již zaintubovaná, což paní Eliška popisuje slovy: „*To byl hrozný pohled na ni.*“ V této fázi čelila výrazné nejistotě ohledně přežití dcery. Následné opakované telefonáty do nemocnice, které uskutečňovala přibližně každou hodinu, lze interpretovat jako snahu alespoň částečně obnovit pocit kontroly nad situací. Přestože v počáteční fázi měla možnost dceru navštěvovat a klokánkovat, právě bezmoc vycházející ze ztráty možnosti aktivně zasáhnout a pomoci se jeví jako klíčový zdroj její emoční zátěže. Tato interpretace lze také podložit výpovědí paní Elišky: „*To mě nerozesmálo nic. To už nechci nikdy zažít.*“

V období separace, kdy syn paní Ireny ležel v inkubátoru a ona byla v domácím prostředí, dominoval jejímu prožívání strach a pocity smutku. Sama popisuje, že při usínání pociťovala výraznou nejistotu: „*Když jsem chodila spát, tak jsem měla strach, co bude druhý den.*“ Uvádí, že v tomto období nedokázala normálně fungovat ani „*vidět světlo na konci tunelu*“, což vyústilo i do partnerské krize. Tento strach se projevil i po společném návratu domů, kdy popisuje silnou potřebu mít dítě pouze u sebe: „*Nikomu jsem ho nechtěla dávat. Ale opravdu jsem měla strach toho prvního někomu půjčit aji do ruky a hned jsem ho chtěla zpátky.*“

Lze jej interpretovat jako důsledek přetrvávající obavy z opakované separace, která formovala její vztah k synovi i po odeznění kritického období.

Strach dominuje také v příběhu paní Leony, jejíž prožívání bylo silně ovlivněno přístupem lékařů. Z této zkušenosti jí v paměti zůstala věta: „*Vám prostě umře dítě*“, která v ní vyvolala intenzivní pocity strachu a stresu. Tuto zkušenost lze interpretovat jako traumatizující moment, jenž významně formoval její emoční prožívání v daném období. Zároveň se však z její výpovědi ukazuje, že tato náročná zkušenost přispěla k rozvoji její asertivity. Sama reflektuje změnu ve svém postoji slovy: „*Hlavně teď už bych si nenechala líbit, kdyby na mě byl někdo zlý*,“ což naznačuje posun směrem k větší ochraně sebe sama i svého dítěte.

Paní Viktorii doprovázely negativní pocity ihned, co jí došlo, že se schyluje k předčasnému porodu. „*Měla jsem pocit, že se to ještě nemělo stát,* “ dodala. Vše se nakonec zdálo být v pořádku, ale v příběhu paní Viktorie se objevil náhlý zvrat, který v ní podnítil úzkost ohledně zdravotního stavu dítěte. Popsala, že při návratu z nemocnici jí bylo líto, že nemůže se svým synem být pořád: „*Měli jsme mít doma miminko a teď tam bylo jen prázdno.*“ Popsala, že ačkoli se snažila rozptýlit, myšlenky jí stále putovaly na jejího syna, který ležel v nemocnici. Paní Viktorie popisuje, že se za synem do inkubátoru chodívali pouze dívat, přičemž skutečnost, že byl napojen na množství hadiček, v ní posilovala vnímání jeho křehkosti a ohrožení. Když si jej mohla poprvé vzít do náruče, obávala se, že by mu mohla ublížit. Tuto zkušenost lze interpretovat tak, že pohled na novorozené dítě v ohrožení života v paní Viktorii vyvolal intenzivní pocity strachu, které přetrvávaly i v následujícím období, dokud nezískala jistotu, že je jeho zdravotní stav stabilní.

Výpovědi participantek ukazují, že zkušenost předčasného porodu a následná separace byla prožívána především pocity strachu a nejistoty. Strach se objevuje v různých podobách – jako obava o samotné přežití dítěte, jako bezmoc plynoucí ze ztráty kontroly nad situací, ale i jako dlouhodobý pocit ohrožení, který přetrvával i po ukončení hospitalizace. Zkušenost separace se promítala do jejich každodenního fungování, partnerských vztahů i způsobu, jakým se vztahovaly ke svému dítěti. Současně se u některých participantek ukazuje, že tato emočně náročná zkušenost vedla k proměně jejich postoje k sobě samým, například k větší potřebě ochrany, kontroly či asertivního vystupování. Separace tak v jejich prožívání nepředstavovala pouze časově ohraničené období, ale zkušenost s dlouhodobým významem.

8.1.2 Potřeba podpory jako (ne)jistota: *„Pokud si to člověk sám neprožije, neví, jak má tu podporu pořádně dát“*:

V předchozím podtématu dominovalo téma emocí, s čímž se přirozeně pojí potřeba sdílet tohle břímě se svými nejbližšími osobami. U některých účastnic téma podpory znamenalo míru copingu a u jiných naopak nejbližší osoby nepředstavovaly jisté podpůrné místo, které v době emočního vypětí potřebovaly. Fenomén podpory se týká příběhu paní Elišky, Ireny, Leony a Kateřiny.

Paní Eliška popsala, že od své rodiny dostala velkou míru podpory. Chyběla jí však ale podpora ze strany manžela: „*On to taky tak jako by moc neprožíval, protože on si to asi pořád neuvědomoval, že se to tak stalo.*“ Později k tomuto tématu také dodala „Jako *on byl podpora, ale ne taková, jakou bych si v té době představovala.*“ Ke svému tvrzení také přidala, že se potřeboval odreagovat, ale měl spíše upřednostnit ji. Lze tedy interpretovat, že ačkoli paní Eliška získala pochopení od své rodiny, stále ji to nenahradilo podporu jejího partnera, kterou v tu dobu potřebovala o něco více a cítila se tedy v tomto období osaměle.

Obdobnou zkušenost popisuje paní Leona. Její rodina bydlí daleko od ní, a proto byla odkázána pouze na podporu partnera a jeho rodiny. Paní Leona uvádí, že partner byl také vystresovaný, což mohlo prohloubit pocit osamělosti paní Leony. K tomuto tématu dodala: „*Ale měla jsem podporu, to jo. Nebylo to tak, jak jsem si představovala, ale jo.*“

Z minulé podkapitoly je zřejmé, že pro paní Irenu bylo nejvíce zatěžující období separace, kdy byla „*jak tělo bez duše*“ a tohle období tak vyústilo také v partnerskou krizi. Pro paní Irenu bylo také zatěžující, když se jí někdo ptal, jak se má, nebo když se někdo bavil, o zdravotním stavu jejího syna, jako o normální věci: „*Oni to brali jako normální věc, ale to nebyla normální věc.*“ Paní Irena reflektuje, že člověk, který podobnou zkušenost sám neprožil, často neví, jakým způsobem druhého v takové situaci podpořit. Na rozdíl od paní Elišky potřebovala paní Irena naopak podporu někoho s podobnou zkušeností. Dle mé interpretace lze vyvodit, že potenciálně nápomocným v tomto náročném období by byla možnost setkání s jinou matkou předčasně narozeného dítěte, která by sdílela podobnou zkušenost a mohla ji ujistit.

Paní Kateřina popisuje zkušenost s partnerskou podporou v kontrastu k výpovědi paní Elišky. Její partner pro ni představoval bezpečný bod, který jí pomáhal udržet duševní pohodu v náročném období. Do nemocnice za ní přijížděl vždy, když to bylo možné, což lze interpretovat nejen jako významný zdroj podpory pro paní Kateřinu, ale také jako příležitost k navazování vztahu mezi otcem a dítětem. Významná pro ni byla rovněž praktická pomoc

partnera v oblasti domácí péče, kterou popisuje slovy: „*Ten se všechno tak detailně naučil, jak měl.*“ Paní Kateřina dále hodnotí poporodní období převážně pozitivně, což naznačuje, že právě partnerská podpora pro ni představovala klíčový faktor přispívající k udržení duševní pohody a zvládání celé situace.

Celkově lze shrnout, že potřeba podpory byla u všech participantek výrazná, avšak její konkrétní podoba se lišila v závislosti na individuálním prožívání, dostupnosti blízkých osob a míře sdílené zkušenosti. Podpora tak významně ovlivňovala způsob, jakým ženy náročné období separace a předčasného porodu zvládaly.

8.2 Zkušenost s nemocničním prostředím: „*Jako by to bylo na běžícím páse*“

Při psychicky náročných situacích je pro člověka klíčové, v jakém prostředí se zrovna nachází a jaké pocity v něm to prostředí evokuje. Proto je také důležité zmínit, jakou zkušenost s nemocničním prostředím matky zažily a jak působilo na jejich prožívání. Tohle téma rezonovalo 5 matkami – v pozitivním i negativním rázu.

8.2.1 Nemocniční prostředí jako místo emočního zranění: „*Vám prostě umře dítě*“

Nemocniční prostředí je v kontextu předčasného porodu obvykle vnímáno jako místo odborné péče, bezpečí a naděje. Z perspektivy matek předčasně narozených dětí se však může stát i prostorem výrazného emočního ohrožení. Způsob komunikace zdravotnického personálu, volba slov a celkový přístup k rodičům v krizové situaci mohou zásadním způsobem ovlivnit jejich prožívání a dlouhodobou interpretaci celé zkušenosti. Výpovědi participantek naznačují, že některé verbální projevy ze strany zdravotníků byly vnímány jako zraňující a zanechaly v nich hlubokou emoční stopu. Nemocniční prostředí se tak v jejich prožívání nepojilo pouze s péčí o dítě, ale také s pocity strachu, stresu a bezmoci. Tento podtematický okruh se zaměřuje na to, jakým způsobem mohlo být nemocniční prostředí – prostřednictvím komunikace a interakcí – pro některé matky zdrojem emočního zranění.

U paní Elišky a paní Ireny se nezávisle na sobě objevilo při otázce o nemocničním prostředí slovní spojení „*jak na běžícím páse*“. Paní Eliška uvedla: „*Oni se chovali ke všem stejně, že neprožívali to nějak extra.*“ Z čehož zní, že ačkoli byla dcera ve vážném stavu při nemoci, v nemocnici ji nikdo neujistil, že její dcera bude v pořádku. Paní Eliška má také negativní zkušenost s umístěním na pokoj s dalšími maminkami, které dle jejich slov pořád

brečely, což v ní podněcovalo ještě větší míru negativních pocitů spojených s nemocnicí. Paní Irena popsala, že jí od zdravotnického personálu chyběla empatie. Ještě před porodem za ní na pokoj přišla skupina doktorů, kteří jí začali popisovat, co vše se při porodu může pokazit. Tento zážitek považuje za velmi nepříjemný a popisuje svůj porod jako katastrofu.

Další nepříjemnou zkušenost popisuje paní Leona, a to v období separace. Paní Leona šla svou dceru na neonatologii pohladit do inkubátoru a sestra na službě ji *„okřikla, že předčasně narozené děti se nehladí“*. Ačkoli to paní Leona přisuzuje tlaku, který je vyvíjen na zdravotníky, vyvolalo to v ní strach a tvrdí, že znovu se o to nepokoušela. V daném okamžiku paní Leona podlehla požadavkům zdravotnického personálu, což lze interpretovat jako projev obedience. Z tohoto prožitku se v ní podle mé interpretace vytvořil určitý emoční blok, který jí zároveň umožnil reflexi – pokud by se podobná situace opakovala, dokázala by se postavit sama za sebe.

Tyto příběhy lze jemně propojit prostřednictvím společného tématu: nemocniční prostředí a interakce s personálem formovaly jejich emoční zkušenost nejen jako zdroj péče, ale také jako prostor emočního ohrožení. I když se konkrétní projevy zátěže lišily – od pocitu bezmoci přes nedostatek ujištění až po vznik emočního bloku – všechny kazuistiky ukazují, že způsob komunikace a přístupu personálu měl zásadní vliv na to, jak ženy svou situaci interpretovaly a zvládaly.

8.2.2 Nemocnice jako stabilizační prvek: *„Tam udělali vše, co jsem potřebovala“*

Ačkoli se v předchozí kapitole ukázalo, že nemocniční prostředí mohlo být pro některé matky zdrojem emočního zranění, výpovědi dalších participantek nabízejí odlišnou zkušenost. Pro tyto ženy představovala nemocnice prostor odborné péče, jistoty a bezpečí, který jim v náročném období pomáhal zvládat nejistotu spojenou s předčasným porodem. Tohle téma se týká zejména příběhu paní Kateřiny, Marie a Viktorie.

Paní Kateřina byla před porodem dvakrát převezena do jiné nemocnice, což by pro některé matky mohlo představovat zdroj stresu a nejistoty. Pro ni však tyto přesuny znamenaly možnost zůstat na stejném místě jako její novorozená dcera, což vnímala jako zásadní a uklidňující aspekt celé situace. Ve svých výpovědích vyjadřovala vděčnost za přístup zdravotnického personálu, zejména zdravotních sester, které ji postupně učily, jak s miminkem zacházet: „*Ty sestry tě tam hlídaly, co a jak máš dělat*.“ Tento dohled a praktické vedení jí poskytovaly pocit jistoty a kompetence v péči o dítě.

Paní Kateřina dále popisuje svou zkušenost s nemocničním prostředím jako celkově pozitivní a zdůrazňuje důvěru v doporučení lékařů, která důsledně dodržovala. Lze interpretovat, že právě kombinace odborné péče, jasných instrukcí a podpůrného přístupu personálu přispěla k jejímu pocitu bezpečí a spokojenosti v náročném období.

Pozitivní zkušenost s nemocničním prostředím paní Marie vyjádřila především při tématu porodu. Její manžel bohužel k porodu nestihl dojet, a proto byla paní Marie odkázána především na podporu zdravotního personálu. Lékařka si s ní v průběhu porodu povídala a zdravotní sestra porod natáčela a fotila. Paní Marie tak nemusela myslet na to, že její manžel o něco přichází, což v ní vyvolávalo pozitivní myšlenky. Tohle tvrzení lze podpořit výpovědí paní Marie: *„Já, kdybych mohla, tak na druhý den jdu znova, protože já fakt z toho žádné psychické újmy nemám.“*

Paní Viktorie vyjadřovala důvěru v profesionalitu zdravotnického personálu, když uvedla: *„Byla jsem ráda, že se o něj od začátku starali profíci.“* Toto přesvědčení pro ni v kontextu závažnosti celé situace představovalo zdroj jistoty a pomáhalo jí alespoň částečně zmírnit pocity nejistoty a ohrožení.

Společným prvkem výpovědí paní Kateřiny, Marie a Viktorie byla důvěra v odbornost zdravotnického personálu a pocit, že jsou situací aktivně provázeny – ať už prostřednictvím jasných instrukcí, empatické komunikace, nebo praktické pomoci. Tyto aspekty jim pomáhaly zmírňovat nejistotu a umožňovaly vnímat náročné období jako zvládnutelné. Nemocnice se tak v jejich prožívání nestávala zdrojem ohrožení, ale naopak místem, kde bylo možné nalézt jistotu, klid a oporu.

8.3 Proces přijímání role: *„Nebylo to takové, jaké to mělo být“*

Přechod do mateřské role je obvykle spojován s očekáváním blízkosti s dítětem, pocitem naplnění a postupným utvářením mateřské identity. V kontextu předčasného porodu a následné separace však může být tento proces výrazně narušen. Tato podkapitola se zaměřuje na to, jak ženy prožívaly přijímání mateřské role a jak vnímaly navazování vztahu se svým dítětem.

8.3.1 Přijetí mateřské role narušené separací: *„Ze startu jsem vůbec nepociťovala, že bych byla máma“*

Výpovědi některých participantek naznačují, že mateřská role pro ně nevznikala samozřejmě ani okamžitě, ale byla provázena pocity nejistoty, ztráty kontroly a pochybností o sobě samých. Tento tematický okruh se zaměřuje na to, jak ženy prožívaly proces přijímání mateřské role v situaci, kdy „to nebylo takové, jaké to mělo být“, a jakým způsobem se s touto zkušeností postupně vyrovnávaly. Tento tematický okruh Přijetí mateřské role narušené separací se týká příběhů paní Leony, Kateřiny a Marie.

Paní Leona popisuje přijímání mateřské role jako „dost těžké“. V období bezprostřední separace od dcery uvádí, že si ani plně neuvědomovala, že se stala matkou, a že jí trvalo dlouhou dobu, než tento fakt dokázala přijmout. Sama tuto zkušenost reflektuje slovy: „*I ta cesta jako celkově byla dlouhá, než jsem ji začala pořádně milovat. Protože jak říkám, nebylo to takové, jaké to mělo být.*“ Z její výpovědi je patrné, že proces navazování vztahu s dcerou byl vnímán jako narušený a neodpovídal jejím představám o mateřství. Paní Leona zároveň naznačuje, že mluvit o vztahu se svou dcerou je pro ni i s časovým odstupem obtížné, a přeje si tomuto tématu dále nevěnovat. Tuto skutečnost lze interpretovat jako přetrvávající citlivost a možný dlouhodobější dopad separace na prožívání mateřské role. Podporou této interpretace je její srovnání se zkušeností s druhorozeným synem narozeným v termínu, u něhož podobné pocity neuvádí, což naznačuje specifický vliv rané separace na její vztah k dceři. Paní Leoně také dlouho trvalo, než se naučila porozumět signálům, které její dcera vysílá, což také mohlo přispět k delšímu procesu přijetí role matky.

Také paní Kateřina popisuje, že si bezprostředně po porodu plně neuvědomovala, že se stala matkou. V prvním týdnu po narození dcery se u ní objevovala výrazná úzkost a potřeba plakat při pohledu na dítě. Z její výpovědi však zároveň vyplývá postupná proměna tohoto prožívání – přibližně po třech měsících uvádí, že si s dcerou začaly být blízké a vztah mezi nimi se začal stabilizovat. Tento posun spojuje zejména s nastavením každodenního režimu, který pro ni představoval důležitý rámec a oporu. Lze tak interpretovat, že proces přijímání mateřské role byl u paní Kateřiny zpočátku narušen, avšak postupně se vyvíjel směrem k větší jistotě a emoční blízkosti.

Paní Marie rovněž nepociťovala, že se stala matkou. Uvedla, že se v označení maminka dlouho vůbec necítila, a i po několika měsících se s tím, že je maminka stále sžívá. Bezprostředně po začátku separace se u paní Marie začaly objevovat „*zvláštní pocity*“, které sama popisuje slovy: „*Já tu sice mám dítě, ale mně to vůbec jako nechybí. Já k němu nic necítím*

a já prostě půjdu domů." Z její výpovědi je patrné odcizení, které ji doprovázelo v raném období po porodu. Paní Marie zároveň uvádí, že jí trvalo delší dobu, než si s dítětem našly k sobě cestu. Postupně docházelo ke změně v jejím prožívání, kterou shrnuje slovy: „*Už to bylo moje*." Proces přijímání mateřské role byl pro paní Marii náročný a neprobíhal okamžitě. Z její výpovědi však vyplývá, že v čase docházelo k postupnému utváření vztahu k dítěti a k pozvolnému přijetí mateřské role.

Výpovědi paní Leony, paní Kateřiny a paní Marie ukazují, že proces přijímání mateřské role po předčasném porodu a separaci nebyl ani u jedné z nich okamžitý či samozřejmý. Společným prvkem jejich zkušeností je počáteční emoční odstup od dítěte a pocit, že mateřství „*nenastalo tak, jak mělo*". Zatímco paní Leona popisuje dlouhodobější narušení vztahu k dceři, které je pro ni i s časovým odstupem citlivým tématem, u paní Kateřiny a paní Marie se postupně objevuje proměna prožívání v čase. U paní Kateřiny dochází ke stabilizaci vztahu v souvislosti s nastavením režimu a každodenní péče, zatímco paní Marie popisuje postupné nalezení vztahu k dítěti slovy „*už to bylo moje*". Tyto kazuistiky společně ukazují, že proces přijímání mateřské role po zkušenosti separace může mít různou dynamiku i délku trvání. Je však výrazně ovlivněn časem, možností kontaktu s dítětem a subjektivním prožíváním každé ženy.

8.3.2 Mateřství jako instinktivní proces: „*Roli maminky jsem brala tak nějak automaticky*"

Separace ale nemusí znamenat pouze narušení procesu utváření mateřské role. Ačkoli příběhy všech žen byly doprovázeny nejistotou, přijaly konkrétně paní Eliška, Irena a Viktorie svou roli matky jako samozřejmost.

Přestože paní Eliška v období separace prožívala silné pocity strachu a nejistoty, zároveň se těšila na následující den, kdy bude moci svou dceru znovu navštívit. Pravidelné odsávání mateřského mléka každé tři hodiny pro ni představovalo způsob, jak s dcerou zůstat v kontaktu i v době fyzické nepřítomnosti: „*Já myslím, že tím, že jsem musela doma pořád odsávat mlíčko co tři hodiny, tak to bylo, jako by byla s námi*." Lze interpretovat, že paní Eliška si prostřednictvím kojení propojila mateřství s aktivní péčí o dítě. Sama uvádí, že nikdy necítila, že by svou dceru nechtěla, což naznačuje, že mateřská role pro ni byla přítomná i navzdory separaci. Z výpovědi rovněž vyplývá, že se nad otázkou mateřství a svých prožitků zamýšlela již dříve: To dokládá skutečnost, že se jí její matka ptala, zda v souvislosti se separací nepociťuje úzkost.

Paní Irena uvádí, že pouto k jejímu synovi bylo přirozené. Sama tuto skutečnost přisuzuje přirozenému porodu. Přijetí mateřské role popisuje jako automatické: „*A tu roli maminky jsem brala tak jako automaticky, že jsem věděla, že jo jsem ta maminka, že mi to bylo příjemné a sžila jsem se s tím opravdu příjemně, že pro mě nebyl nic problém.*“ Z její výpovědi vyplývá, že navzdory tomu, že porod neprobíhal dle představ, byl kontakt se synem provázen výhradně pozitivními emocemi. Lze tedy interpretovat, že proces přijímání mateřské role u paní Ireny proběhl plynule a bez výraznějších vnitřních pochybností.

V interpretaci celého příběhu paní Viktorie se opakovaně objevuje motiv strachu. Zpočátku se obávala, že by svému synovi mohla ublížit, avšak přímý kontakt s ním pro ni postupně představoval zásadní zlom. Sama uvádí, že možnost být se synem a mít ho u sebe jí přinesla úlevu a posílila její jistotu: „*Ale myslím si, že od té doby, co jsem mohla přímo za ním a třeba ho mít u sebe, tak že se ten strach zlepšil a věděla jsem, že to nějak zvládneme.*“ Lze tedy interpretovat, že fyzický kontakt se synem sehrál klíčovou roli v redukci strachu a podpořil u paní Viktorie proces přijímání mateřské role.

V příbězích paní Ireny, Elišky a Viktorie se ukazuje, že proces přijímání mateřské role úspěšně proběhl navzdory silným emocím spojeným s předčasným porodem a následnou separací. U všech tří žen byl přítomen výrazný strach, který však neznamenal odmítnutí mateřství, ale spíše doprovázel jeho okamžité utváření.

8.4 Odpovědi na výzkumné otázky

Na začátku výzkumného procesu byly stanoveny 3 výzkumné otázky. První otázka zjišťuje, jakým způsobem prožívaly matky předčasný porod a období následující po něm. Druhou otázkou dále zjišťujeme, jak matky popisují proces přijímání mateřské role po předčasném porodu a separaci a zda byl tento proces v důsledku předčasného porodu nějakým způsobem narušen. Poslední otázka se zaměřuje na emoce matek spojené s návratem z nemocnice a zahájením následné péče o dítě.

VO1: Jak matky prožívaly samotný předčasný porod a bezprostřední období po něm?

Předčasný porod představuje pro každou matku individuální prožitek. Zatímco některé participantky jej popisovaly jako zdroj i pozitivních či silných momentů, jiné by na tuto událost vzhledem k negativní zkušenosti raději zapomněly. Navzdory těmto rozdílům se však jejich výpovědi shodovaly v základním emocionálním prožitku, který byl charakterizován šokem,

strachem a nejistotou. Zejména pocit ztráty kontroly v krizovém období, kdy nebylo jasné, zda dítě přežije, měl pro některé matky dlouhodobý dopad a přetrvával u nich ve formě strachu i s časovým odstupem.

VO2: Jaké pocity matky popisují v souvislosti s návratem z nemocnice a dále se zahájením péče v domácím prostředí?

Návrat z nemocnice a zahájení péče v domácím prostředí matky popisují jako emočně ambivalentní období. Kromě úlevy a radosti z možnosti být s dítětem doma přetrvávaly výrazné pocity strachu, nejistoty a zvýšené odpovědnosti za zdravotní stav dítěte. U některých matek se tyto obavy projevovaly zvýšenou tendencí dítě ochraňovat. Celkově lze návrat domů chápat jako přechodové období, v němž se prolínají pozitivní i negativní emoce. Ačkoli byly matky dotazovány také na rehabilitační metody realizované jak v profesionálním, tak v domácím prostředí a na to, jak to ovlivňovalo jejich prožívání, analýza dat v této oblasti neodhalila žádné významné výsledky.

VO3: Jak matky popisují proces přijímání role matky po předčasném porodu a období separace?

Výpovědi matek ukazují, že proces přijímání role matky po předčasném porodu a období separace byl individuální a lišil se jak v časovém úseku, tak v emočním prožívání. U některých žen bylo přijetí mateřské role okamžité a samozřejmé, zatímco u jiných probíhalo postupně a bylo provázeno pocity odcizení, nejistoty či emoční prázdnoty.

U matek, které popisovaly okamžité přijetí role matky, byla tato zkušenost často spojena s porodem a prvním kontaktem s dítětem. I přes přítomnost strachu a obav o zdravotní stav dítěte vnímaly mateřství jako přirozenou a pozitivní součást své identity. Naopak u některých matek vedla separace k dočasnému narušení procesu utváření mateřské role, kdy ženy popisovaly, že si dlouho nepřipadaly jako matky nebo že jejich vztah k dítěti vznikal postupně. Celkově lze proces přijímání role matky chápat jako individuální a časově proměnlivý, přičemž období separace představovalo faktor, který mohl jeho průběh zpomalit.

9 DISKUZE

Cílem této práce bylo prozkoumat zkušenost matek předčasně narozených dětí s navazováním vztahu se svým dítětem. Mým záměrem bylo také přiblížit, které aspekty měly dopad na formování tohoto vztahu. Výsledky analýzy IPA ukázaly, že pro 6 matek, které se účastnily rozhovoru, tuto zkušenost nejvíce ovlivnilo jejich emocionální prožívání, míra podpory, kterou v tomto náročném období získaly od svých blízkých, a zacházení nemocničního personálu. Proces navazování vztahu a přijímání mateřské role byl brán některými participantkami jako samozřejmý a instinktivní. U jiných však období separace tento proces dočasně narušilo a na určitou dobu pozastavilo utváření vztahu k dítěti.

Srovnání výsledků s jinými zdroji

Emoce, které doprovázely participantky tohoto výzkumu v době předčasného porodu a separace, byly šok, bezmoc a strach, což koresponduje s teoretickým rámcem studie Hua et al. (2023). V teoretickém rámci této studie autoři předpokládali, že se tyto pocity u matek vyskytují především u matek, kterým nebylo umožněno zapojit se do péče o své novorozené dítě v průběhu hospitalizace. Přestože se v rámci tohoto výzkumu objevovaly u matek pocity šoku, bezmoci a strachu, nebylo možné hlouběji zachytit jejich kontextuální pozadí ani mechanismy jejich vzniku. Tuto skutečnost lze považovat za limit výzkumu a zároveň za podnět pro budoucí šetření, která by se měla zaměřit na detailnější exploraci těchto emočních prožitků a jejich souvislostí.

Pro některé účastnice tohoto výzkumu byla v době separace klíčová podpora partnera či jiných blízkých osob. V případě, že účastnice nedostávaly dostatečnou podporu, projevoval se u nich pocit osamělosti. Naopak u jedné z účastnic podpora partnera přispívala k pocitu bezpečí a stability během období separace. Ačkoli studie de Waal et al. (2023) nebyla zaměřena konkrétně na předčasně narozené děti, uvádí, že vyšší míra partnerské podpory souvisí s prožíváním pozitivních pocitů matkou a tím také podporuje vytváření citového pouta s dítětem v prenatálním i v postnatálním období. Ačkoli jsem se v tomto výzkumu nezabývala prenatálním obdobím ani měřením konkrétního typu vazby dítěte k matce, jeho závěry jsou v souladu s mými zjištěními týkajícími se souvislosti mezi nízkou mírou vnímané podpory a intenzivnějším prožíváním negativních emocí.

Zjištění týkající se dočasného pozastavení navazování vztahu v důsledku separace koresponduje se studií Fernández Medina et al. (2018), v níž autoři zkoumali proces bondingu v kontextu hospitalizace dítěte na novorozenecké jednotce intenzivní péče. Mateřství bylo v této studii spojováno s pocity prázdnoty a emoční krizí, zejména v situacích, kdy docházelo k oddělení matky a dítěte. Podobné prožívání se objevovalo i ve výpovědích některých participantek tohoto výzkumu, které popisovaly pocity nejistoty či dočasného odstupu od dítěte v období separace. Lze tedy předpokládat, že omezený fyzický kontakt s dítětem a nemožnost bezprostředně se podílet na péči mohou zpomalit proces utváření vztahu mezi matkou a dítětem.

Autoři (Medina et al., 2018) zároveň poukazují na význam podpory zdravotnického personálu, která může usnadnit proces navazování vztahu mezi matkou a dítětem a zmírnit negativní dopady hospitalizace na prožívání matek. Pro matky je podle studie Im a Oh (2021) důležitá empatie ze strany zdravotníků a možnost aktivního zapojení do péče o dítě během hospitalizace na novorozenecké jednotce intenzivní péče. Tyto aspekty se jako významné objevovaly i ve výpovědích participantek tohoto výzkumu. Matky, které svou zkušenost popisovaly spíše pozitivně, zdůrazňovaly empatické vystupování zdravotnického personálu, důvěru v jeho odbornost a především pocit, že jsou aktivně zapojeny do péče o své dítě. Naopak matky, které vnímaly jednání zdravotníků negativně, poukazovaly zejména na nedostatek empatie, jenž se podle jejich výpovědí projevoval jak neprofesionálním vystupováním personálu, tak neosobním přístupem k péči. Způsob komunikace a jednání zdravotnického personálu proto ovlivňoval nejen aktuální prožívání matek, ale také to, jak na zkušenost s předčasným porodem zpětně vzpomínaly.

Studie Forcada-Guex et al. (2011) zjistila, že předčasný porod zasahuje nejen do samotné interakce mezi matkou a dítětem, ale také do způsobu, jakým si matka vytváří vnitřní představy o citové vazbě k dítěti. Výskyt tzv. kontrolujícího dyadického vzorce byl přitom spojován s vyšší mírou posttraumatických stresových příznaků u matky. Autoři tak poukazují na to, že je důležité věnovat se posttraumatickým stresovým příznakům, které matku doprovází. Zvýšená potřeba zachování kontroly a s ní spojené dopady na mateřské prožívání se objevovaly jako jedno z témat v některých rozhovorech tohoto výzkumu. Vzhledem k tomuto zjištění by bylo vhodné, aby se budoucí výzkumy zaměřily na objektivní posouzení míry posttraumatických stresových příznaků, například prostřednictvím standardizovaných diagnostických nástrojů, aby došlo k vyšší míře porozumění matkám.

Přehledová studie Shaw et al. (2023), která vychází z několika výzkumů, ukazuje, že předčasně narozené děti si nemusí nutně vytvářet nejistou citovou vazbu k matce.

Identifikovány byly spíše určité rizikové skupiny kojenců, u nichž je pravděpodobnost vzniku nejisté vazby vyšší, například u dětí s velmi nízkou porodní hmotností, respiračními obtížemi či vývojovým zpožděním. Účastnice tohoto výzkumu byly rovněž dotazovány na otázky, které by mohly přibližně napovědět o charakteru citové vazby jejich dítěte. Z jejich odpovědí však nebylo možné jednoznačně určit typ vazby, který si dítě vytvořilo. Tato skutečnost může vyplývat také z toho, že citová vazba se formuje postupně v průběhu času a její charakter se může proměňovat v závislosti na dalších zkušenostech matky a dítěte. Pro účely budoucího výzkumu by proto bylo vhodné zaměřit se na longitudinální sledování vztahu mezi matkou a dítětem nebo využít standardizované nástroje pro screening citové vazby, například prostřednictvím dotazníkových metod.

V teoretické části této práce byla samostatná podkapitola věnována bondingovým metodám, které se používají, mimo zdravotních výhod, také k navazování vztahu mezi matkou a dítětem. Klokánkování, které podporuje vytváření vztahu, stabilizaci tepové frekvence, dýchání a stimulaci smyslových receptorů dítěte, bylo nabídnuto pouze 2 participantkám (Tvrzová & Ratiborský, 2018). Kojení také podporuje vztah matka-dítě díky kontaktu kůže na kůži a času stráveném v těsné blízkosti dítěte (Mazuchová et al., 2022). I přes to většina participantek nemohla kojit či kojily krátkou dobu z důvodu ztráty mateřského mléka. To dokazuje také teoretická část práce (Králová, 2013), kde autorka dokazuje, že předčasně narozené děti nebývají schopny mateřské mléko sát přímo z mateřského prsu. Naopak rooming-in by měl být u předčasně narozených dětí podporován – samozřejmě po důkladném zvážení lékařů ohledně zdravotního stavu dítěte (De Carvalho Guerra Abecasis & Gomez, 2006). Možnost rooming-in byla v rámci mého výzkumu umožněna pouze jedné matce. Ostatní participantky tuto možnost neměly, nicméně všechny pravidelně navštěvovaly své děti hospitalizované na neonatologické jednotce intenzivní péče. Bondingové metody mají pozitivní důsledky na zdraví dítěte, matky a také prospívají při navazování vztahu mezi pečovatelem a dítětem (Karoľová & Kilíková, 2024; Kachlová et al., 2022). I přesto byly bondingové metody umožněny pouze několika participantkám, což může naznačovat, že některé matky neměly dostatečný prostor pro bezprostřední navázání kontaktu s dítětem po porodu. Z některých rozhovorů přitom vyplynulo, že fyzický kontakt byl vnímán jako klíčový faktor při navazování vztahu mezi matkou a dítětem.

Limity studie

Tato práce se rovněž potýká s několika limity. V rámci zpracování teoretické části by bylo vhodné věnovat větší pozornost subjektivnímu prožívání matek předčasně narozených

dětí. Výzkumy zaměřené přímo na hlubší analýzu mateřského prožívání nebyly ve vyhledávacím procesu zastoupeny v dostatečné míře. Tato skutečnost může představovat limit teoretického ukotvení práce a zároveň podnět pro další rozšíření literární rešerše.

Přestože byl naplněn doporučovaný počet 3–6 participantů pro diplomové práce využívající interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA), bylo by vhodné zajistit vyšší míru homogenity výzkumného souboru (Řiháček et al., 2013). V rámci navazujícího výzkumu by bylo žádoucí vymezit vzorek například na matky extrémně předčasně narozených dětí, neboť heterogenita současného souboru mohla být ovlivněna mimo jiné i relativně krátkou dobou separace matky a dítěte, která mohla ovlivnit intenzitu a charakter prožívané zkušenosti. Homogenita vzorku mohla rovněž být omezena realizací výzkumu pouze v určitém regionu. To může snižovat reprezentativnost vzorku. Za přínosné by rovněž bylo zahrnout do budoucího výzkumu rozhovor s matkou, která porodila v termínu. Pocity objevující se při porodu a následném přijímání mateřské role totiž nemusí být samozřejmé ani v případě fyziologického porodu. Perspektiva matky dítěte narozeného v termínu by tak mohla přispět k hlubšímu porozumění specifickým i sdíleným aspektům těchto zkušeností.

Za další limit práce lze považovat omezenou úroveň mých vlastních zkušeností s vedením výzkumných rozhovorů a s aplikací interpretativní fenomenologické analýzy. Nedostatečná praxe mohla ovlivnit hloubku vedení rozhovorů, zejména schopnost flexibilně reagovat na výpovědi participantek, rozvíjet témata a citlivě pracovat s významy sdělení. Současně je možné, že menší zkušenost s metodologickými postupy IPA mohla ovlivnit proces interpretace dat, a to například ve smyslu méně diferencovaného zachycení významů u jednotlivých případů či jejich vzájemných souvislostí. Tento limit však zároveň představuje důležitou zkušenost pro další odborný rozvoj a zdokonalení v budoucí výzkumné praxi.

Přínosy

Mimo limitů má tato práce také řadu přínosů. Tato práce přispívá k hlubšímu porozumění emocionálním zkušenostem matek předčasně narozených dětí a procesu přijímání mateřské role. Příběhy našich participantek ukazují, jak se strach, úzkost a pocity bezmoci prolínají s postupným upevňováním mateřské identity. Práce se zaměřuje na klíčové faktory, které podporují či komplikují navazování vztahu k dítěti, především fyzický kontakt s novorozencem a podpora partnera či zdravotnického personálu, a zároveň ukazuje, že separace a nevhodná komunikace mohou tento proces dočasně pozastavit.

Tato práce také poskytuje podklad pro praxi v neonatologických odděleních, zejména co se týká podpory bondingových aktivit a empatie při komunikaci s rodiči. Identifikace témat, jako je potřeba kontroly nebo obavy o dítě, může dále napomoci plánování preventivních a podpůrných intervencí či cílené psychologické podpory pro matky v období po předčasném porodu.

10 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat prožívání matek, u kterých došlo k předčasnému porodu, a také práce prozkoumat zkušenosti matek konkrétně v oblasti předčasného porodu, bondingu, vývojových rehabilitačních metod a identifikací se s rolí matky.

Z mého zjištění vyplývá, že matky v období porodu a následné separace prožívají intenzivní emocionální zkušenosti, které jsou spojeny s různými aspekty této situace. U účastnic výzkumu se projevovalo široké spektrum emocí, mezi nimiž dominovaly především strach a nejistota. Tyto emoce byly nejčastěji spojeny s ohrožením života dítěte, pocitem bezmoci vyplývajícím z nemožnosti dítěti pomoci či s dlouhodobým pocitem ohrožení. U některých participantek intenzivní emoční prožívání rovněž vedlo k přijetí nových hodnot a postojů, například k rozvoji asertivity nebo k silnějšímu ochranitelskému postoji vůči dítěti. Dalším významným aspektem, který ovlivňoval prožívání matek, byla přítomnost podpory. I když forma podpory byla u jednotlivých účastnic odlišná, její přítomnost významně modulovala jejich emocionální zkušenosti. Významný vliv na prožívání matek mělo také chování zdravotnického personálu. Matky, které vzpomínaly na svůj pobyt v nemocnici negativně, interpretovaly své zkušenosti jako období bezmoci a nejistoty, které u jedné participantky dokonce přispělo ke vzniku emočního bloku vůči dítěti. Naopak ženy, které svůj pobyt hodnotily pozitivně, vnímaly nemocniční prostředí jako podporující prostor, a to díky empatické komunikaci personálu, profesionalitě lékařů a možnosti aktivní péče o dítě. Proces přijetí mateřské role se ukázal být u všech účastnic vysoce individuální. Zkušenosti matek lze rámcově rozdělit podle toho, zda k přijetí role došlo téměř okamžitě a instinktivně, nebo zda šlo o postupný proces učení. U matek, které se s mateřskou rolí identifikovaly rychle, navazování kontaktu probíhalo zejména prostřednictvím fyzického kontaktu. U matek, jejichž separace dočasně pozastavila navazování vztahu, probíhalo přijetí mateřské role postupně a velmi individuálně jak z hlediska časového, tak dynamického průběhu.

Závěrem je důležité zdůraznit význam podpory matek, které procházejí náročným obdobím, a to nejen v případě předčasného porodu. Podpora matky v této citlivé fázi může výrazně ovlivnit její emocionální prožívání, kvalitu vazby s dítětem a celkový průběh adaptace na mateřskou roli.

11 SOUHRN

Za Předčasný porod se považuje porod, který nastane před skončením 37. týdne těhotenství (Goldenberg & Rouse, 1998). Žena, která se stane matkou a se svým dítětem má možnost se potkat pouze v nemocničním prostředí, může objevit problém v přijetí mateřské role. Tyto obtíže se mohou negativně promítat do utváření mateřské identity, do způsobu, jakým matka vnímá své dítě, i do kvality vztahové vazby mezi matkou a dítětem (Spinelli et al., 2015). Tato bakalářská práce se proto zabývá tématem citové vazby u předčasně narozených dětí, která se i přes separaci vytváří mezi matkou a dítětem. Studie Forcada-Guex et al. (2011) zjistila, že předčasný porod zasahuje nejen do samotné interakce mezi matkou a dítětem, ale také do způsobu, jakým si matka vytváří vnitřní představy o citové vazbě k dítěti. Proto cílem této bakalářské práce bylo zmapovat, jakým způsobem matky prožívají zkušenost předčasného porodu, separace a následné péče o dítě. Práce je rozdělena na dvě částí – teoretickou a výzkumnou.

Teoretická část je rozdělena do 4 kapitol. První kapitola se věnuje problematice citové vazby, jejím typům, vazebnému chování a fázím vývoje citové vazby. Druhá kapitola se zaměřuje na rizikové faktory předčasného porodu, členění novorozenců podle stupně zralosti a možné medicínské důsledky jak pro dítě, tak pro matku. Cílem kapitoly je poskytnout čtenáři komplexní přehled o problematice předčasného porodu a potenciálních zdravotních následcích. Třetí kapitola se zabývá psychickými a motorickými následky předčasného porodu u dítěte a zahrnuje také přehled rehabilitačních metod, které mohou podporovat zdravý motorický a psychický vývoj. Čtvrtá kapitola se zaměřuje především na prožívání matek předčasně narozených dětí a na proces navazování vztahu s dítětem.

Praktická část pojímá základní vymezení výzkumu. V praktické části byly položeny tři výzkumné otázky, které pojímají prožívání samotného předčasného porodu a období po něm, návrat matek z nemocnice, následnou péči o dítě a v neposlední řadě také proces přijímání mateřské role. Výzkum byl realizován v kvalitativním designu formou polostrukturovaného rozhovoru, což umožnilo zachytit subjektivní prožívání každé participantky. Výzkumu se celkem zúčastnilo šest participantek, které splnily podmínky výzkumného souboru. Průběh rozhovoru se nahrával na diktafon, následně doslovně přepsán a anonymizován. Analýza

probíhala prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy, před níž proběhla sebereflexe výzkumnice, aby se zamezilo vkládání vlastních pocitů do analýzy.

Z analýzy vzešly celkem tři témata, které se následně rozdělily do šesti podtémat. Témata byla v rámci analýzy rozdělena na základě polarity výpovědí participantek a významu jejich zkušeností. Prvním identifikovaným tématem bylo emoční prožívání, které se dále členilo na dvě podtémata: prožívání emoční krize a aspekt podpory. Pocity, jež matky provázely v souvislosti s předčasným porodem, zahrnovaly především strach a nejistotu, přičemž u některých participantek vedly k rozvoji nových hodnot a postojů, například k vyšší asertivitě či posílení ochranitelského postoje vůči dítěti. Druhé podtéma – podpora – byla matkami vnímána individuálně; zahrnovala potřebu partnerské podpory i peer konzultace s dalšími rodiči.

Druhým hlavním tématem se stala zkušenost s nemocničním prostředím, jež se přirozeně rozdělila na zkušenosti pozitivní a negativní. Matky, které nemocnici a personál hodnotily negativně, charakterizovaly své prožitky jako nepříjemné a nevzpomínaly na ně kladně. Naopak pro některé participantky nemocniční prostředí představovalo prostor jistoty a empatie, který jim poskytoval podporu a pocit bezpečí.

Třetím tématem byl proces přijetí mateřské role, který se rámcově rozlišoval na proces instinktivní a proces postupného učení se. Matky, jež se k mateřské roli identifikovaly postupně, popisovaly tento proces jako učení se režimu péče, porozumění signálům dítěte a hledání vhodných cest ke kontaktu s ním. Ostatní matky přijaly svou roli téměř automaticky. I přes prožívání strachu a nejistoty probíhalo utváření mateřské identity okamžitě a spontánně.

LITERATURA

Adeoye-Olatunde, O. A., & Olenik, N. L. (2021). Research and scholarly methods: Semi-structured interviews. *JACCP: JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY*, *4*(10), 1358-1367. https://doi.org/10.1002/jac5.1441

Ainsworth, M. D. (1964). Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, *10*(1), 51-58.

Alinejad-Naeini, M., Peyrovi, H., & Shoghi, M. (2021). *Self-reinforcement: Coping strategies of Iranian mothers with preterm neonate during maternal role attainment in NICU; A qualitative study*. Midwifery, 101, Article 103052. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103052

Balasundaram, P., & Avulakunta, I. D. (2022). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567715/

Benhammou, J., D'Apolito, V., Gire, C., Rousseau, J., Burguet, A., Sicuri, E., & Pierrat, V. (2023). Maternal health-related quality of life at 1 year after a preterm birth: role of socioeconomic status at birth. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *77*(12), 765–771. https://doi.org/10.1136/jech-2023-220591

Benoit, D. (2004). *Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome.* Paediatr Health, 9(8):541-545.

Biggerstaff, D., & Thompson, A.R. (2008). Interpretační fenomenologická analýza (IPA): Kvalitativní metodologie volby ve výzkumu zdravotní péče. *Qualitative Research in Psychology* , *5* (3), 214–224. https://doi.org/10.1080/14780880802314304

Bolton, C. E., Bush, A., Hurst, J. R., Kotecha, S., & McGarvey, L. (2015). Republished: *Lung consequences in adults born prematurely.* Postgraduate Medical Journal, 91(1082), 712–718. https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2014-206590rep

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (No. 79). Random House.

Bowlby, J. (2023). *Vazba* (2. upravené vydání). Portál.

Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., & Evans, H. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. Journal of prenatal & perinatal psychology & health: APPPAH, 23(4), 201.

Brown, T., & Lalor, A. (2009). *The Movement Assessment Battery for Children – Second edition (MABC-2): A review and critique. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 29*(1), 86-103. https://doi.org/10.1080/01942630802574908

Calda, P. (2015). Kofein a těhotenství. *Actual Gyn*, 7, 21-22. https://www.actualgyn.com/clanek/2015/166

Catov, J. M., Althouse, A. D., Lewis, C. E., Harville, E. W., & Gunderson, E. P. (2016). *Preterm delivery and metabolic syndrome in women followed from prepregnancy through 25 years later.* Obstetrics & Gynecology, 127(6), 1127–1134. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001434

Cîmpian, D. M., Strete, G. E., Cîmpian, C. I., Suciu, L. M., Cucerea, M., Bacârea, V., & Puşcaşiu, L. (2025). *The impact of preterm birth on parents' mental health and the role of family-centred interventions: A narrative review*. Children, 12(10), Article 1311. https://doi.org/10.3390/children12101311

Chaudhury, S., Dhillon, R., & Kumar Yadav, H. (2025). *Emerging horizons in human development and well-being* (2. upravené vydání). P.K. Publishers & Distributors.

Crump C. ,(2020). Přehled zdravotních výsledků dospělých po předčasném porodu. *Early Hum Dev* . 150:105187. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2020.105187.

Czuba, B. (2024). *Úloha vztahu mezi matkou a dítětem v emočním vývoji člověka*. https://journals.upol.cz/Magister/article/view/89

Českomoravská psychologická asociace. (2017). Etický kodex psychologické profese. https://cmpsy.cz/files/EK/Eticky-kodex-psychologicke-profese-12-2017.pdf

De Carvalho Guerra Abecasis, F., & Gomes, A. (2006). Rooming-in for preterm infants: How far should we go? Five-year experience at a tertiary hospital. *Acta Paediatrica*, *95*(12), 1567-1570. https://doi.org/10.1080/08035250600771441

de Kieviet, J. F., Piek, J. P., Aarnoudse-Moens, C. S., & Oosterlaan, J. (2009). Motor development in very preterm and very low-birth-weight children from birth to adolescence: A meta-analysis. *JAMA, 302*(20), 2235–2242. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1708

de Waal, N., Boekhorst, M. G. B. M., Nyklíček, I., & Pop, V. J. M. (2023). Maternal-infant bonding and partner support during pregnancy and postpartum: Associations with early child social-emotional development. *Infant Behavior and Development*, *72*, 101871. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101871

Dietz, L., Mano, N., Mazza, S., Mettus, J., Myers, Z., Savidge, L., & Holbein-Jenny, M. A. (2019, December 13). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, 2nd ed. (BOT-2)*. APTA Evidence-Based Practice Resources. https://www.apta.org/patient-care/evidence-based-practice-resources/test-measures/bruininks-oseretsky-test-of-motor-proficiency

Dubowitz, L. M. S., Dubowitz, V., & Goldberg, C. (1970). Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. *The Journal of Pediatrics, 77*(1), 1-10. https://doi.org/10.1016/S0022-3476(70)80038-5

Durankuş, F., Uslu, C., & Yalçin, S. S. (2020). Comparison of sleep problems between term and preterm-born preschool-age children. *Sleep Medicine, 75*, 420–425. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.013

Evans, T., Boyd, R. N., Colditz, P. B., Sanders, M., & Whittingham, K. (2022). Predictors of maternal bonding and responsiveness for mothers of very preterm infants. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 29*(2), 391–402. https://doi.org/10.1007/s10880-021-09833-w

Fernández Medina, I., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Camacho Ávila, M., & López-Rodríguez, M. D. M. (2018). *Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. Women and Birth, 31*(4), 325–330. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008

Fitzallen, G. C., Sagar, Y. K., Taylor, H. G., & Bora, S. (2021). Anxiety and depressive disorders in children born preterm: A meta-analysis. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 42(2), 154-162. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000898

Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development*, *87*(1), 21-26. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006

Føreland, A. M., Engesland, H., Kristoffersen, L., & Fegran, L. (2022). Postpartum Experiences of Early Skin-to-Skin Contact and the Traditional Separation Approach After a Very Preterm Birth: A Qualitative Study Among Mothers. *Global Qualitative Nursing Research*, *9*. https://doi.org/10.1177/23333936221097116

Frýdová, G. (2021). *Život rodiny s dítětem s dětskou mozkovou obrnou a role sociálního pracovníka* [Bakalářská práce, Univerzita Hradec Králové]. https://theses.cz/id/y3rvzp/STAG70753.pdf

Fuentefria, R. N., Silveira, R. C., & Procianoy, R. S. (2017). Motor development of preterm infants assessed by the Alberta Infant Motor Scale: Systematic review article. J Pediatr (Rio J), 93(4), 328–342. https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.03.003

Furman, B., Shoham-Vardi, I., Bashiri, A., Erez, O., & Mazor, M. (2000). *Clinical significance and outcome of preterm prelabor rupture of membranes: Population-based study.* European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 92(2), 209–216. https://doi.org/10.1016/S0301-2115(99)00257-2

Goldenberg, R. L., & Rouse, D. J. (1998). Prevention of Premature Birth. *New England Journal of Medicine*, *339*(5), 313-320. https://doi.org/10.1056/nejm199807303390506.

Goldberg, S. (1979). Premature Birth: Consequences for the Parent-Infant Relationship: The normal pattern of interaction in which both infant and parent initiate and respond to mutually complementary behavior is difficult to establish when the infant is premature. *American Scientist*, *67*(2), 214–220. http://www.jstor.org/stable/27849153

Greenough, A. (2013). Long-term respiratory consequences of premature birth at less than 32 weeks of gestation. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.07.004

Hájek, Z. (2004). *Rizikové a patologické těhotenství*. Grada Publishing.

Handady, G., Rao, S. S., Pai, K. K., Raj, S. E. A., Shetty, K. S., Mithra, P. P., & Rai, S. (2026). The psychological effects of preterm birth on postnatal mothers: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *26*(1), 25. https://doi.org/10.1186/s12884-025-08504-0

Hagen, I. H., Iversen, V. C., & Svindseth, M. F. (2016). Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatrics*, *16*(1). https://doi.org/10.1186/s12887-016-0631-9

Howe, D., & Betts, L. (2023). *Attachment across the lifecourse: A brief introduction*. Bloomsbury Publishing.

Hua, W., Zhou, J., Wang, L., Li, C., Zheng, Q., Yuwen, W., & Jiang, L. (2023). *'It turned my life upside down': Parents' emotional experience of the transition with their preterm infant from birth to discharge home — A qualitative study*. Australian Critical Care, 36(5), 679–686. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.007

Im, M., & Oh, J. (2021). Nursing support perceived by mothers of preterm infants in a neonatal intensive care unit in South Korea. *Child Health Nursing Research*, *27*(2), 146-159. https://doi.org/10.4094/chnr.2021.27.2.146

Ionio, C., Ciuffo, G., Colombo, C., Melani, O., Figlino, M. F., Landoni, M., Castoldi, F., Cavigioli, F., & Lista, G. (2024). *Preterm birth and maternal mood states: What is the impact on bonding?* Pediatric Reports, 16(1), 35–45. https://doi.org/10.3390/pediatric16010004

Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D., & Marlow, N. (2010). Autism spectrum disorders in extremely preterm children. *The Journal of Pediatrics, 156*(4), 525-531.e2. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.10.041

Johnson, S., Marlow, N., (2011). Předčasný porod a psychiatrické poruchy v dětství. *Pediatr Res* **69** , 11–18 https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e318212faa0

Kachlová, M., Kučová, J., & Petrášová, V. (2022). *Ošetřovatelská péče v neonatologii*. Grada Publishing.

Karoľová, Ľ., & Kilíková, M. (2024). Bonding – vzťah podporujúci dojčenie. *Pediatrie pro praxi*, 25(3), 187–189. https://doi.org/10.36290/ped.2024.039

Khadka, C. (2022). The Evolution of Attachment Theory: From Bowlby to Modern Perspectives. *TUTA Journal*, 125-140. https://doi.org/10.3126/tutaj.v10i1.74328

Kolář, P. (2009). Rehabilitace v klinické praxi. Galén.

Králová, J. (2013). *Kojení nedonošených novorozenců* [Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav porodní asistence]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. http://hdl.handle.net/10563/21513

Kulísek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie, 45*(5), 404–423

Lindström, K., Lindblad, F., & Hjern, A. (2011). Preterm birth and attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren. *Pediatrics, 127*(5), 858-865. https://doi.org/10.1542/peds.2010-1279

Malý, J., & Juren, T. (2022). Dechová tíseň (respiratory distress) donošeného a lehce nedonošeného novorozence: Doporučený postup Česká neonatologická společnost. https://www.cneos.cz/wp-content/uploads/2022/08/RDS_Term_LatePreterm_2022.pdf

Marková, D., & Chvílová-Weberová, M. (2020). Předčasně narozené dítě: následná péče - kdy začíná a kdy končí? Grada Publishing.

Mazúchová, L., Maskálová, E., & Divoková, D. (2022). *Úspěšné kojení: Sebeúčinnost matek*. Grada.

McLeod, S. (2024) *Mary Ainsworth: Strange Situation Experiment & Attachment Theory.* https://www.simplypsychology.org/mary-ainsworth.html?ezoic_amp=1&ref=theredish.com%2Fweb

Macey, T. J., Harmon, R. J., & Easterbrooks, M. A. (1987). Impact of premature birth on the development of infant in the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(6), 846–852. https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.6.846

Mitrogiannis, I., Evangelou, E., Efthymiou, A., Kanavos, T., Birbas, E., Makrydimas, G., & Papatheodorou, S. (2023). Risk factors for preterm birth: an umbrella review of meta-analyses of observational studies. *BMC Medicine*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12916-023-03171-4

Morniroli, D., Tiraferri, V., Maiocco, G., De Rose, D. U., Cresi, F., Coscia, A., Mosca, F., & Giannì, M. L. (2023). *Beyond survival: the lasting effects of premature birth.* Frontiers in Pediatrics, 11, 1213243. https://doi.org/10.3389/fped.2023.1213243

Morrison, J. C. (Ed.). (2011). *Preterm Birth: Mother and Child*. In Tech.

National Institute of Child Health and Human Development. (2023, May 9). *What are the risk factors for preterm labour and birth?* https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/who_risk

Nedoklubko. (n.d.). Předčasný porod. Citováno 27.10. 2025 z https://www.nedoklubko.cz/predcasny-porod-zakladni-informace/

Nedoklubko. (n.d.). Předčasný porod – základní informace / APGAR skóre. Citováno 23. 10. 2025 z https://www.nedoklubko.cz/predcasnyporod-zakladni-informace/apgar-skore/

Neiger, R. (2017). *Long-term effects of pregnancy complications on maternal health: A review*. *Journal of Clinical Medicine, 6*(8), 76. https://doi.org/10.3390/jcm6080076

Nováková, J. (2019). *Psychika rodičů předčasně narozených dětí* [Bakalářská práce, Západočeská univerzita v Plzni]. NAOS Digital Repository, Západočeská univerzita v Plzni. http://hdl.handle.net/11025/38597

Ouyang, X. (2025). Research on the Role of Attachment Style on the Dynamics of Romantic Relationship. Communications in Humanities Research, 65(1), 6-9. https://doi.org/10.54254/2753-7064/2024.19689

Paulsson, L., Bondemark, L., & Söderfeldt, B. (2004). *A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, tooth-crown dimensions, and tooth maturity and eruption*. *Angle Orthodontist, 74*(2), 269–279. https://angle-orthodontist.kglmeridian.com/view/journals/angl/74/2/article-p269.xml

Pariente, G., Kessous, R., Sergienko, R., & Sheiner, E. (2017). *Is preterm delivery an independent risk factor for long-term maternal kidney disease?* Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 30(9), 1102–1107. https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1205022

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

Řehák, J. (1978). K pojmu „reprezentativita“ v sociologických výzkumech. *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review*, *14*(5), 489–507. http://www.jstor.org/stable/41129310

Shaw, R. J., Givrad, S., Poe, C., Loi, E. C., Hoge, M. K., & Scala, M. (2023). Neurodevelopmental, Mental Health, and Parenting Issues in Preterm Infants. *Children*, *10*(9), 1565. https://doi.org/10.3390/children10091565

Shen, Q. (2025). Effects of Intergenerational Parenting on Children's Attachment Behaviors: The Mediating Role of Basic Psychological Needs. *International Journal of Education and Humanities*, *18*(1), 262-267. https://doi.org/10.54097/twksbc96

Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964). The development of social attachments in infancy. Monographs of the society for research in child development, 1-77.

Schmitz, K. (2019). Vulnerable Child Syndrome. *Pediatrics In Review*, *40*(6), 313-315. https://doi.org/10.1542/pir.2017-0243

Sikorová, L., & Suszková, M. (2011). Benefity metody klokánkování pro nedonošeného novorozence-evidence based practice. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, *2*(3), 230-238.

Smith, G. D., Harding, S., & Rosato, M. (2000). *Relation between infants' birth weight and mothers' mortality: Prospective observational study.* BMJ, 320(7238), 839–840. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7238.839

Spinelli, M., Frigerio, A., Montali, L., Fasolo, M., Spada, M. S., & Mangili, G. (2016). *"I still have difficulties feeling like a mother": The transition to motherhood of preterm infants' mothers*. Psychology & Health, 31(2), 184–204. https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1088015

Spence, C. M., Stuyvenberg, C. L., Kane, A. E., Burnsed, J., & Dusing, S. C. (2023). *Parent experiences in the NICU and transition to home*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(11), 6050. https://doi.org/10.3390/ijerph20116050

Stern, M., & Hildebrandt, K. A. (1986). Prematurity Stereotyping: Effects on Mother-Infant Interaction. *Child Development*, *57*(2), 308. https://doi.org/10.2307/1130586

Team inLIVE. (2020). Jak správně cvičit Vojtovu metodu? Nebojte se dětského pláče. inLIVE. inSPORTline. https://www.insportline.cz/inlive/jak-spravne-cvicit-vojtovu-metodu-nebojte-se-detskeho-place

Tenny, S., Brannan, J. M., & Brannan, G. D. (2022). *Qualitative study*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://europepmc.org/article/NBK/nbk470395

Theo, L. O., & Drake, E. (2017). *Rooming-In: Creating a Better Experience*. *Journal of Perinatal Education, 26*(2), 79–84. https://doi.org/10.1891/1058-1243.26.2.79

Tvrzová, I., & Ratiborský, J. (2018). Metoda klokánkování u předčasně narozených dětí na jednotce intenzivní péče. *Pediatrie pro praxi*, *19*(1), 57-59.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.(2024) Výsledky individuálních perinatálních dat za rok 2024 (analytická studie). https://www.nzip.cz/data/2419-narodni-registr-reprodukcniho-zdravi-perinatalni-vysledky-2024. 13.10.2025.

Valchářová, P. (2013). *Vojtova metoda* [Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav porodní asistence]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. http://hdl.handle.net/10563/20719

Von Klein, E. E., Foster, C., Zickafoose, J., Parker, M. G., Patrick, S. W., Roumie, C. L., & Gonzales, G. (2025). *Parental health after preterm birth: Insights from the National Survey of Children's Health.* Academic Pediatrics, Article 103182. https://doi.org/10.1016/j.acap.2025.103182

Wolke, D., Johnson, S., & Mendonça, M. (2019). The life course consequences of very preterm birth. *Annual Review of Developmental Psychology, 1*, 69–92. https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-084804

World Health Organization. (2007). Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 13-15 June 2005. In *Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 13-15 June 2005*.

Wilhelm, Z. (2011). Metabolický syndrom. *Farmacie pro praxi*, *7*(5), 223-226.

Yotsidi, V., Ntakolia, C., Rannou, I., Stavrou, P. D., Ferentinos, P., Douzenis, A., Smyrnis, N., Gavriilidou, E., & Gournellis, R. (2024). Suicidality and self-compassion in patients with major depressive disorder: the mediating role of the avoidant attachment type. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome. https://doi.org/10.4081/ripppo.2024.826

Young, R. (2013). The Importance of Bonding. *International Journal of Childbirth Education*, *28*(3), 11–16.

Zákon č. 110/2019 Sb., Zákon o zpracování osobních údajů (2019) https://www.e-sbirka.cz/sb/2019/110?zalozka=text

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru 40
Tabulka 2: Tabulka výsledků 49

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstract of thesis
3. Informovaný souhlas
4. Osnova rozhovoru

Příloha 1. Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Citová vazba a předčasně narozené děti: Role hospitalizační separace v raném vývoji z pohledu matky

Autor práce: Kristýna Pečonková

Vedoucí práce: Mgr. Barbora Kňažek Považanová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 83 stran, 136 609 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 93

Abstrakt:

Cílem této bakalářské práce bylo zkoumat prožívání matek předčasně narozených dětí během porodu a následné separace na neonatologické jednotce intenzivní péče. Výzkum byl realizován prostřednictvím kvalitativního přístupu a interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), přičemž vzorek tvořilo 6 participantek. Z analýzy vyplývá, že matky prožívaly široké spektrum emocí, přičemž nejčastěji dominovaly strach, nejistota a pocit bezmoci. Intenzita prožívání byla ovlivněna faktory, jako je podpora partnera, kvalita komunikace a chování zdravotnického personálu. U některých matek silné emoční zkušenosti vedly k rozvoji nových hodnot, například asertivity či ochranitelského postoje vůči dítěti. Proces přijetí mateřské role byl u participantek vysoce individuální – některé matky jej prožívaly instinktivně a okamžitě, jiné postupně v důsledku dočasné separace od dítěte. Výsledky práce zdůrazňují význam psychologické a sociální podpory matek v náročných situacích, která může ovlivnit jak emoční prožívání matky, tak kvalitu vazby s dítětem a jeho sociálně-emoční vývoj.

Klíčová slova: Předčasný porod, Citová vazba, Mateřská role

Příloha 2. Abstakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Emotional attachment and premature babies: The role of separation during hospitalization in early development from the mother´s perspective

Author: Kristýna Pečonková

Supervisor: Mgr. Barbora Kňažek Považanová, Ph.D.

Number of pages and characters: 83 pages, 136 609 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 93

Abstract:

The aim of this thesis was to examine the experiences of mothers of premature babies during childbirth and subsequent separation in the neonatal intensive care unit. The research was carried out using a qualitative approach and interpretative phenomenological analysis (IPA), with a sample of 6 participants. The analysis shows that mothers experienced a wide range of emotions, with fear, uncertainty and a sense of helplessness being the most common. The intensity of the experience was influenced by factors such as partner support, quality of communication and the behaviour of medical staff. For some mothers, strong emotional experiences led to the development of new values, such as assertiveness or a protective attitude towards the child. The process of accepting the maternal role was highly individual for the participants – some mothers experienced it instinctively and immediately, while others gradually as a result of temporary separation from the child. The results of the work emphasize the importance of psychological and social support for mothers in challenging situations, which can affect both the mother's emotional experience and the quality of the bond with the child and its socio-emotional development.

Key words: Preterm birth, Attachment, Maternal Role

Příloha 3. Informovaný souhlas

Vážená paní/slečno,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumu v rámci mé bakalářské diplomové práce.

Název výzkumné studie: Citová vazba a předčasně narozené děti: Role hospitalizační separace v raném vývoji z pohledu matky

Autor: Kristýna Pečonková

Kontaktní údaje:

Tel. číslo: +420 732 554 708

E-mail: kristyna.peconkova01@upol.cz

Název pracoviště: Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého

Vedoucí práce: Mgr. Barbora Kňažek Považanová, Ph.D.

Cíl výzkumu: Cílem výzkumu je analyzovat, jak hospitalizační separace ovlivňuje citovou vazbu mezi matkou a předčasně narozeným dítětem v raném vývoji. Důraz bude kladen na subjektivní zkušenost matek, jejich prožívání separace a její možné dopady na vnímání vztahu s dítětem.

Popis výzkumu: Výzkum bude realizován metodou polostrukturovaného rozhovoru. Otázky se budou týkat subjektivních pocitů matky od porodu až po raný věk jejího dítěte. Rozhovory, které budou nahrávány na nahrávací zařízení, budou posléze převedeny do písemné podoby. Nahrávka ani přepis rozhovoru nebudou zveřejněny. Nahrávky budou po získání dat smazány. Získané data budou použity v bakalářské diplomové práci. Při výzkumu bude postupováno v souladu s etickými kodexy a příslušnými zákony GDPR.

Veškeré informace, které poskytnete, budou **anonymizovány**. V práci nebude uvedeno Vaše jméno, bydliště, kontaktní údaje, ani jiné údaje, které by Vás, členy Vaší rodiny nebo jiné osoby, kterých se výzkum týká, mohly identifikovat. V případě, že budou součástí prezentovaných výsledků úryvky rozhovorů nebo přímé citace, budou uvedeny pouze v anonymizované podobě a tak, aby je nebylo možné spojit s Vaší osobou. Vaše účast v tomto výzkumu je zcela **dobrovolná** a můžete z něj kdykoli vystoupit, a to bez udání důvodů. Zároveň nejste povinna odpovídat na všechny otázky, které Vám budou v průběhu rozhovoru položeny.

V případě potřeby mě můžete kdykoli kontaktovat pro další doplňující informace. Na veškeré Vaše dotazy ráda odpovím.

Svým podpisem níže potvrzuji, že jsem byla seznámena s veškerými informacemi o cílech a průběhu tohoto výzkumu a dobrovolně souhlasím se svojí účastí v tomto výzkumu. Byla jsem seznámena s tím že se mohu kdykoli rozhodnout od své účasti ve výzkumu odstoupit. Souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů pro účely zpracování dat, které vzešly z výzkumu. Dále souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu. Zároveň souhlasím, že mi autorka výzkumu odpověděla na všechny otázky týkající se výzkumu. Souhlasím, že rozhovor bude nahráván na nahrávací zařízení za účelem zaznamenání dat. Prohlašuji, že jsem srozuměna s tím, že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytuji bezúplatně.

Jméno a příjmení účastníka:

Datum:

Podpis účastníka:

Podpis autora výzkumu:

Příloha 4. Osnova rozhovoru

Obecné údaje

Kolik Vám bylo let, když jste předčasně porodila?

V kolika týdnech jste porodila?

Jak dlouho jste byla od svého dítěte odloučena?

Jak dlouho jste byla v nemocnici vy a jak dlouho Vaše dítě?

Bylo Vaše dítě převezeno do jiné nemocnice, než té, ve které jste rodila?

Bylo možné Vaše dítě při hospitalizaci navštěvovat?

Porod

Jak probíhal Váš porod? (Přirozeně, Císařským řezem, …)

Jak jste vnímala svůj porod?

Vyskytly se při porodu nějaké komplikace? Popř. Jaké?

Bonding

Jakou máte zkušenost s bondingovými metodami? (Např. položení dítěte na hruď matky, kojení, …, později klokánkování, rooming-in,…)

Byly provedeny před či po separaci?

Jaké pro Vás bylo kojení?

Jakou máte zkušenost s bondingem při návštěvách v nemocnici?

Jak na bondingové metody dítě reagovalo?

Jak na Vás dítě reagovalo, když se bonding neprováděl?

Jak jste se při bondingových metodách cítila vy?

Jakou míru podpory jste dostala od nemocničního personálu a od Vašich blízkých?

Prováděla jste se svým dítětem nějaké metody, které by mohly přispět ke zdravému vývoji dítěte? Jaké?

Jak na ní dítě reagovalo v průběhu? / Měla pozitivní výsledky?

Jak jste se při ní cítila Vy?

Pocity ohledně nové role

Jak myslíte, že jste přijala roli matky, když bylo Vaše dítě od Vás separováno?

Jaké pocity jste měla při návratu z porodnice domů?

Jaké pocity jste měla, když jste si dítě mohla přinést domů?

Cítila jste v tomto období podporu svých nejbližších?

Pokud ano, koho a jaký způsob podpory?

Jak jste se cítila, když někdo Vaše dítě hlídal?

Jak dítě v prvních letech života reagovalo na cizí lidi? (Babičky, dědečkové, hlídání) Vzpomenete si, jak se dítě chovalo v prvních letech života při prozkoumávání nových míst?

Jaký je nyní vztah mezi vámi a Vaším dítětem?