Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2017 **Barbora Lachmanová**

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Barbora Lachmanová

Vliv předčasného porodu na sociální fungování rodiny

Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

2017

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci 27. března 2017

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D. za trpělivé a laskavé provázení, cenné odborné rady a připomínky.

PhDr. Martě Sedlářové děkuji nejen za jazykovou korekturu práce, ale i za přátelské povzbuzování během psaní.

Své rodině děkuji za pomoc, pochopení a podporu po dobu celého studia.

Největší dík však patří všem zúčastněným maminkám. Děkuji jim za jejich spolupráci, odvahu, ochotu a upřímnost.

Obsah

ÚVOD....5
1 TEORETICKÁ ČÁST....8
1.1 RODINA A NAROZENÍ DÍTĚTE....8
1.2 SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ RODINY....11
1.2.1 Koncept sociálního fungování, sociální situace....12
1.2.2 Sociální fungování rodiny....12
1.2.3 Zdravé rodinné fungování a rodinná resilience....14
1.3 PŘEDČASNÝ POROD....16
1.3.1 Předčasný porod jako zdravotnická diagnóza....17
1.3.2 Předčasný porod z pohledu porodníka....17
1.3.3 Předčasný porod z pohledu pediatra – neonatologa....18
1.3.4 Těhotenství a porod z pohledu psychologa....19
1.3.5 Předčasný porod jako psychologická zátěž....20
1.3.6 Změny v poporodní péči....22
1.3.7 Těhotenství a porod jako oblast krizové intervence....23
1.3.8 Předčasný porod ze sociálního pohledu....24
1.3.9 Postižení jako následek předčasného porodu....24
1.4 RODINNÉ FUNGOVÁNÍ A PŘEDČASNÝ POROD....26
2 VÝZKUMNÁ ČÁST....27
2.1 CÍL VÝZKUMU....27
2.2 METODOLOGIE....28
2.2.1 Výběr do vzorku....28
2.2.2 Metoda sběru dat....29
2.2.3 Předvýzkum, pilotáž....32
2.2.4 Technika analýzy....33
2.2.5 Zajištění kvality výsledků....34
2.2.6 Etické aspekty....35
2.3 VÝSLEDKY....36
2.3.1 Co jim pomohlo situaci zvládnout?....37
2.3.2 Co bylo nejtěžší?....43
2.3.3 Pozitivní přínos situace....51
2.3.4 Odpověď na výzkumné otázky....53
2.4 DISKUSE....57
2.4.1 Výsledky v kontextu současné literatury....57
2.4.2 Možnost využití výsledků v sociální práci s rodinou....60
2.4.3 Současné možnosti řešení sociální situace....61
2.4.4 Navrhovaná opatření....61
ZÁVĚR....63
POUŽITÁ LITERATURA....66
PŘÍLOHY....72

ÚVOD

Téma rodiny se dotýká každého z nás. Každý z nás z určité rodiny přicházíme, určitou rodinu zakládáme, tvoříme. Někteří naopak pociťují touhu po rodině a trpí tím, že momentálně do žádné rodiny nepatří. Rodina je jednou ze základních cílových skupin, na které se sociální práce zaměřuje. Intervence sociálních pracovníků je potřebná především ve zlomových obdobích vývoje rodiny.

Takovýmto zlomovým bodem je pro rodinu narození dítěte. Tímto okamžikem se z manželského páru stává skutečná rodina, muž a žena tímto okamžikem přijímají úplně novou roli – roli rodičovskou, roli otce a matky. Obrovská změna, kterou novorozené dítě svým příchodem vyvolá, se dotýká nejen rodičů jako jednotlivců, ale ovlivňuje celé fungování rodiny. Takovýto běh života je přirozený a pomocí vnitřního nastavení a intuice se většinou rodině daří tuto situaci zvládnout, vyrovnat se s její náročností a těšit se z ní.

Mohou však nastat situace, kdy jsou rodiče postaveni před určité problémy, se kterými nepočítali, do svých rolí jsou vměstnáni rychleji, nestačí se na ně připravit. Pokud je za takovou náročnou situaci považován porod dítěte vůbec, je porod nedonošeného dítěte situací ještě náročnější. Rodiče jsou do svých nových rolí stavěni předčasně, jsou nepřipraveni, zaskočeni, dítě je ohroženo na životě nebo zdraví, často i matka čelí vážným zdravotním komplikacím.

Počet předčasných porodů u nás i ve světě se v posledních letech stále zvyšuje. Zvyšuje se samozřejmě i kvalita péče o nedonošené novorozence, díky pokročilé technice v medicíně má stále více těchto dětí naději na přežití, větší naději na život bez velkých zdravotních následků.

Při své práci na gynekologicko-porodnickém oddělení se se skutečností předčasného porodu setkávám osobně, jsem svědkem zázraku zrození těchto maličkých dětí i bezprostřední péče o ně. Samotná péče o matky předčasně narozených dětí mi umožnila nahlédnout do této problematiky, díky kontaktu s nimi jsem si mohla uvědomovat náročnost situace a potřebu pochopení a pomoci. Toto se odrazilo ve výběru tématu mé bakalářské práce. Tématem práce je tedy předčasný porod a jeho vliv na sociální fungování rodiny.

Pochopením toho, co rodinám pomáhá tak náročné období zvládat, můžeme zjistit silné zdroje, se kterými by sociální pracovník mohl pracovat, využívat je a podporovat při práci s rodinou, která prochází krizí. Zaměřit se a posilovat strategie zvládání odpovídá teorii resilience v sociální práci s rodinou. Každá rodina je jiná, žádná situace není opakovatelná, vždy se jedná o jedinečnou konstelaci, ale uvědoměním si toho, co mohlo být zdrojem pro zvládání podobné situace, můžeme rodinu vést ke zvládnutí situace vlastními silami, bez násilné vnější intervence.

Jako cíl práce jsem stanovila zjistit, jak ženy prožívají dobu po předčasném porodu, identifikovat obtíže a také to, jak jako rodina tuto situaci zvládají. Předložený výzkum se zabývá sociální situací rodiny z pohledu ženy po předčasném porodu. Na situaci je pohlíženo retrospektivně, s odstupem minimálně půl roku po porodu. Výhodou tohoto přístupu je stabilizace stavu dítěte, matky i rodinných poměrů, žena si lépe uvědomuje důsledky a v tomto období je větší pravděpodobnost, že má situaci emočně zvládnutou, rozhovor v tomto období je pro ni bezpečnější. Na druhé straně však vidím i nevýhody časové prodlevy, žena už nepřikládá určitým faktorům takový význam, jako v tom samotném období, vnímání události může být zkresleno dalším vývojem situace.

Cílem práce je tedy především porozumět situaci rodiny. K dosažení cíle jsem proto zvolila metodu kvalitativního přístupu, techniku analýzy vycházející ze zakotvené teorie. Tento přístup lépe dovoluje nahlédnout do dané problematiky, dovoluje komplexnější pohled.

Práce navazuje na mou absolventskou práci „Dopady předčasného porodu na sociální fungování rodiny: příprava výzkumu“[1], která byla pojata jako teoretický základ a projekt vlastního výzkumu. Proto budou v teoretické části použity citace a fragmenty z výše uvedené práce absolventské.

Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části je zdůrazněn význam rodiny, jedna kapitola je věnována sociálnímu fungování jako metodě sociální práce, konceptu sociálních rolí podle Bartlettové, holistickému přístupu v posouzení sociální situace. Je zmíněn a vysvětlen také pojem zdravého rodinného

[1] Fragmenty této bakalářské práce jsou obsahem absolventské práce Lachmanová Barbora: *Dopady předčasného porodu na sociální fungování rodiny: příprava výzkumu* (práce bude obhajována v letním semestru 2017).

fungování a koncept resilience v pojetí Fromy Walshové. Předčasný porod je definován a přiblížen z pohledu porodníka, pediatra, z pohledu psychologického i sociálního. Dále je pojednáno o souvztažnosti předčasného porodu a fungování rodiny.

V empirické části vycházím z návrhu výzkumu, který jsem zpracovala ve výše zmíněné absolventské práci. V 1. kapitole této části uvedu konkrétní cíl výzkumu a vymezím výzkumné otázky. Ve 2. kapitole vysvětlím a zdůvodním vybranou metodu kvalitativního výzkumu a prvky zakotvené teorie, budou definována kriteria výběru do vzorku a technika sběru dat. Sledované téma je velmi osobní a dotýká se intimních oblastí, proto budou rozebrány etické zásady výzkumu. Součástí kapitoly je i popis vlastní práce v terénu – realizace rozhovorů, jejich transkripce a analýza. Ve 3. kapitole předložím výsledky, které vyvodím ze získaných dat, a posoudím úroveň naplnění cíle výzkumu. V závěrečné diskuzi provedu shrnutí, výsledky uvedu do kontextu současné literatury, pojednám o významu studie pro sociálního pracovníka a navrhnu určitá opatření.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Narození dítěte vždy souvisí s tématem rodiny, jeho příchodem na svět jsou významně ovlivňovány vztahy v rodině i rodinné fungování. K porozumění tomu, co pro rodinu představuje předčasně narozené, nedonošené dítě, je potřeba definovat předčasný porod z medicínského hlediska, uvědomit si zdravotní rizika i možné následky pro matku i dítě. Vysvětlením jednotlivých teoretických pojmů a jejich vzájemným souvislostem je věnována teoretická část práce.

1.1 RODINA A NAROZENÍ DÍTĚTE

Pojem rodiny můžeme vysvětlit z různých pohledů. Sociologický slovník definuje rodinu jako „původní a nejdůležitější společenskou skupinu a instituci“. (Petrusek 1996: 940) Pro bližší pochopení takto uvedené obecné definice se zaměřme na funkce, které rodina plní nebo by měla plnit.

Matoušek (2003: 9 - 60) vyjmenovává funkce rodiny podle toho, co od rodiny očekává, co nám vysvětluje důvod její existence. Rodina jako základní společenská jednotka má biologický, reprodukční význam pro udržení lidstva. Pro dítě je modelem společnosti, ovlivňuje jeho osobní vývoj, vztahy k lidem, ukazuje hodnotovou orientaci, dítě zde poprvé zažívá konflikty i podporu. Rodina se podílí na jeho socializaci a plní funkci socializační. Rodinu chápeme také jako místo bezpečí a ochrany před vnějším nebezpečím, domov je intimním místem, dovoluje spontánnost. Tato dimenze bezpečí spolu s citově podloženými vztahy, s emocionální funkcí je nepostradatelnou podmínkou dobré rodiny, podmínkou ničím nenahraditelnou. Rodina tvoří i hospodářskou jednotku, její ekonomika je založena na solidaritě a přerozdělování hmotných zdrojů.

Rodina má význam nejen pro děti, jak by se z uvedených funkcí dalo předpokládat, ale je nepostradatelná i pro dospělé členy rodiny. Rodina, přítomnost stálého partnera a dětí je velkou hodnotou, dává lidskému životu smysl. Význam rodiny se projeví zvlášť v mezních situacích, v nesnázích. Tehdy objevuje své síly, své rezervy, rodina se dokáže mobilizovat k pomoci a vzájemné podpoře. Rodina je místem, kde

zažíváme radosti, a zároveň je i zdrojem stresu, pro děti i pro rodiče. Je místem mnohých dilemat, hledání kompromisů, přizpůsobování se i podřizování. Tak aby byly naplněny potřeby dětí a nebyl omezován osobní rozvoj dospělých. (Matoušek 2003: 9 – 60)

Rodinu můžeme chápat jako systém a charakterizovat ji jako soubor jednotlivých částí ve vzájemné interakci. Tento systém se vyznačuje vnitřními vazbami – podsystémy, vazbami navenek a zároveň určitým ohraničením vůči prostředí. Rodina jako systém vždy směřuje k rovnováze. Ve vývoji rodiny je potřeba vytvářet vztahy a je nutné komunikovat. Komunikace se svým obsahovým i vztahovým aspektem je základním kamenem rodiny. (Matoušek 2003: 77 – 82) Matějček vidí rodinný systém také jako součást dalších systémů (Matějček 2005: 359).

Interakce probíhají i uvnitř rodiny, vzájemná spojenectví jsou definována jako podsystémy. Základní podsystémy jsou manželský, rodičovský a sourozenecký. Jasně dané hranice a správná orientace v jednotlivých rolích podsystémů dovoluje zažít svobodu, autonomii a zároveň dává pocit bezpečí a opory. (Matoušek 2003: 82 – 84)

Dobře fungující podsystémy zaručují dobře fungující celek, porucha v jednom z podsystémů ovlivní funkce celého systému. Rodina nejsou jenom jednotliví členové, ale to jejich vzájemné působení. Takto rozumí rodině Matějček. (2005: 359)

Nukleární, jádrová rodina je tvořena otcem, matkou a dětmi a je součástí širší rodinné sítě. Tato širší rodina spolu s okruhem přátel, známých, institucí tvoří sociální okolí rodiny. Okruh širších vztahů, širší rodiny pomáhá zvláště mladým rodinám, ty jsou mnohdy na vnějších vztazích závislé a pouze s jejich pomocí se vyrovnávají s nároky rodinného života. Podpůrná síť přichází na pomoc i v době závažných událostí, v případě vážné nemoci, při narození dítěte. Tehdy se angažuje především matka mladé matky a podílí se na zvládání situace. (Matoušek 2003: 84 – 85)

Narození dítěte je velkým zásahem do rodiny. Pro jeho výchovu je vhodný trvalý svazek mezi rodiči. Dnešní pojetí rodiny se však proměňuje, nejobvyklejší je sice manželská rodina se dvěma dětmi, ale přibývá domácností s jedním dospělým, převážně matkou, přibývá neúplných rodin, svobodných matek, partnerství bez soužití, zvyšuje se počet párů žijících spolu v nesezdaném soužití. Slábne potřeba legitimizovat početí dítěte sňatkem. Nesezdaná soužití jsou všeobecně přijímána, forma soužití není tak

důležitá jako samotné rodičovství. Teprve dítě mění život páru od povahy života jednotlivce. Odlišení života rodičovstvím je pro mnohé významnější než potvrzení soužití sňatkem. (Možný 2006: 258 – 265)

Dítě – lidské mládě je dlouho odkázáno na rodičovskou péči. Úloha matky a kojení jsou biologicky nenahraditelné a psychologicky významné pro utváření pouta mezi matkou a dítětem. Chování rodičů vůči dítěti je zčásti instinktivní, intuitivní, ovlivněné hormonálně, a to u matky i u otce. Vztah rodičů k dítěti se vytváří ještě před narozením dítěte, matka s dítětem jsou v interakci a vzájemně reagují na chování a prožívání toho druhého. (Matoušek 2003: 66)

Těhotenství je podle Matějčka složitým dějem, rychlým, dramatickým a nezvratným. Dítě má již před narozením vrozené předpoklady a je připraveno pro náš svět. Porod je stresujícím okamžikem pro dítě i pro matku, není jen medicínskou záležitostí. Je potřeba podporovat intimní a co nejčasnější kontakt dítěte s matkou i s otcem. Otec může budovat svůj vztah k dítěti i svou přítomností u porodu. Časným kontaktem matky a dítěte se slaďuje jejich biorytmus, dítě se učí komunikovat, stává se pro rodiče partnerem. Vzniká pevná emoční vazba. Odloučení a absence této citové vazby může způsobit separační úzkost dítěte. (Matějček 2005: 253)

Narození dítěte však kromě pocitu uspokojení a radosti vnáší do vztahu rodičů problémy. Matka se zaměřuje na dítě, jejich osobnosti se prolínají, je pro dítě zdrojem podnětů, ochrany v neznámém a cizím světě. Období po porodu je pro matku silné emočně, stav má svůj účel, je přechodný. Klade na otce dítěte velké nároky, otec je dočasně v pozadí, žádá se po něm přizpůsobení, dítě řídí režim rodiny, stává se pro muže konkurentem. Matka zároveň žádá po partnerovi pomoc a podporu. Tyto nároky jsou prožívány současně s radostí, společným sdílením. Období narození dítěte je proto charakterizováno jako období prvních manželských krizí, zátěžová situace se projevuje podle statistik na prvním rozvodovém vrcholu. (Matoušek 2003: 66 – 70) Přesto podle retrospektivních výzkumů dnešní starší lidé hodnotí období založení rodiny jako nejšťastnější. (Matoušek 2003: 93)

Možný cituje Alici Rossiovou, která přechod k rodičovství charakterizuje jako nezvratný. „Dítě se nedá vzít zpět nebo vyměnit za jiné. Dítě, které tu dosud nebylo, tu

jednoho dne je.“ Rodičovství je trvalé, nikdy nemůžeme být exrodiči. (Rossiová in Možný 2006: 148)

Rodina musí ve svém vývoji reagovat na určité změny. Změny mohou být dány životním cyklem a přicházejí jako kontinuální, pozvolné. Změny náhlé, diskontinuální rodina prožívá jako události. Působí větší zátěž a stresy, kladou na rodinu větší nároky. Takovou kritickou událostí může být narození dítěte, rozvod, nový sňatek. V těchto zlomových okamžicích rodina mobilizuje své síly, objevuje adaptační strategie. Pokud rodinu chápeme jako systém, pak je její podstatnou vlastností určitá schopnost sebezáchovy a sebeopravy. Rodina má tendenci ke stabilizaci, k obnově funkce. Podle Matějčka velká většina rodin krizové události zvládne bez zásahu zvenčí. Různé rodiny mají různou schopnost sebezáchovy, některé potřebují vnější pomoc. Ta by však měla být zaměřena spíše k podpoře sebeopravné tendence rodiny než zasahovat a jednat za rodinu. (Matějček 2005: 359)

1.2 SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ RODINY

Koncept sociálního fungování je ústředním konceptem, který stále ovlivňuje soudobou sociální práci v českém prostředí. Autorkou tohoto konceptu je Harriet Bartlettová, která jej v 70. letech vytvořila pod vlivem rodinné strategické terapie. V našem prostředí je to Libor Musil a Pavel Navrátil, kteří se tomuto tématu věnují a koncept Bartlettové rozpracovávají. (Votoupal 2013: 79 – 87)

Votoupal (2013) označuje Musila a Navrátila za odborníky, kteří vycházejí přímo z práce Bartlettové. Budu tedy používat právě jejich definici daného konceptu. Z této definice vyplývají následující pravidla: Lidé a prostředí jsou neustále v interakci. Prostředí klade na člověka určité požadavky a člověk na ně nějak musí reagovat. Snahou je dosáhnout určité rovnováhy. To, že k rovnováze nedochází a člověk situaci nezvládá, může být dáno nedostatky na straně daného klienta nebo nedostatky na straně sociálního prostředí ve formě neadekvátního očekávání. (Musil, Navrátil 2002: 277, Navrátil 2003: 87)

1.2.1 Koncept sociálního fungování, sociální situace

Koncept sociálního fungování je spojen s pojmem sociální situace a pojmem zvládání jako schopností naplňovat a prožívat určité role. V procesu socializace procházíme určitým vývojem a zaujímáme rozmanité role. S každou rolí jsou spojena určitá očekávání, ta pociťujme jako tlaky, které na nás působí, při nenaplnění rolí se necítíme dobře. Pak záleží na míře schopností a dovedností tuto situaci řešit. Právě tento bod je podle konceptu sociálního fungování místem pro intervenci sociálního pracovníka. (Navrátil 2001: 12 – 14)

Navrátil zdůrazňuje, že model sociálního fungování pomáhá v pochopení momentální životní situace, je dobře využitelný při zpracování vlastního posouzení životní situace. Využívá její dynamiku a napětí stejně jako statickou stránku. Toto všechno tvoří celistvý, komplexní pohled na životní situace ve všech 4 dimenzích – biologické, psychologické, sociální a noogenní. Tyto 4 dimenze nestojí vedle sebe odděleně, ale vzájemně se prolínají a ovlivňují. Mnohorozměrnost může být pro sociálního pracovníka inspirativní, ale i náročná a vyžadující otevřený přístup. (Navrátil in Matoušek 2013: 226) Votoupal (2013: 79 – 87) však poukazuje také na nedostatky a limity tohoto konceptu při práci s rodinami.

1.2.2 Sociální fungování rodiny

S vymezeným sociálním fungováním jednotlivce je analogické i sociální fungování rodiny. Stejně tak i životní situaci rodiny můžeme chápat jako životní úkoly postavené před rodinu nebo různé okolnosti, které členům rodiny brání životní úkoly zvládat vlastními silami, a proto potřebují pomoc zvenčí.

Jako zlomové úkoly se mohou jevit přirozené přechodové situace, např. narození dítěte, opuštění rodinného hnízda, odchod do důchodu. Tyto situace jsou přirozené, předvídatelné, ale problém vzniká tím, že někteří členové rodiny se s tímto úkolem nedovedou vyrovnat. Zlomové úkoly mohou přijít i jako mimořádně náročné, kdy se události odchýlí od normálního vývoje (např. dítě s postižením, nemoc člena rodiny, rozvod rodičů). Bývá málo rodin, které takové nároky zvládají bez vnější pomoci.

Životní situace se pak jeví jako nastavení okolností, kde můžeme rozlišit jednak překážky ke zvládání životního úkolu a na druhé straně zdroje ke zvládání. Sociální práce tedy může zaměřit svůj přístup na hledání překážek nebo na hledání zdrojů. Přestože je pro sociálního pracovníka snadnější rozpoznat překážky, je lepší vyhledávat zdroje rodiny a jednotlivých členů a podporovat je, aby je využívali. (Musil, Šrajer 2008: 9 – 10)

Úkolem sociálního pracovníka je tedy podporovat rodinu zvládat očekávání od jednotlivých subjektů sociálního prostředí, vypořádat se s očekáváním těchto subjektů tak, aby bylo přijatelné pro všechny členy rodiny i pro subjekty v prostředí. V tomto je náročnost sociální práce, protože dnešní společnost klade často různorodá, proměnlivá, mnohdy protichůdná očekávání a přes snahu správně se zachovat dochází k tzv. „morální rozmazanosti“ očekávání vůči rodině. Tato situace může být zvláště pro děti těžko čitelná a matoucí. Všechny subjekty sociálního prostředí, ať už jsou to blízcí, sousedé, představitelé města nebo tvůrci státní politiky, mají vůči konkrétní rodině svá očekávání a zároveň mají možnost poskytnout nebo naopak neposkytnout podporu této rodině k tomu, aby očekávání lépe zvládala. (Šrajer, Musil 2008: 9 – 14)

Intervence sociálního pracovníka se může podle Bartlettové zaměřit na jednotlivé kategorie. Může působit na vlastnosti jednotlivých členů rodiny, na vlastnosti rodiny jako celku, na očekávání subjektu sociálního prostředí nebo může působit na oblast podpory, které se rodině buďto dostává nebo nedostává. Sociální pracovník podpoří změnu těch faktorů, které způsobují, že životní situace je pro rodinu těžko zvládnutelná. To se děje buď tlumením negativních faktorů, nebo posilováním těch pozitivních. Sociální pracovník může působit přímo na členy rodiny nebo zprostředkovává potřebné služby (lékař, psycholog, osobní asistent, pečovatel, duchovní). Je potřeba chápat situaci rodiny komplexně, ve všech dimenzích, s ohledem na všechny členy, zároveň rozpoznat zdroje zvládání a podporovat je. Každá rodina je specifická, specifická je i každá jednotlivá situace a neexistuje všeobecný popis příčin a jednotné schema pomoci. (Šrajer, Musil 2008: 9 – 18)

Zaměřit se na faktory podporující rodinné fungování doporučuje i Navrátilová (2014: 68-79). Rodinné fungování vidí především jako vzájemné interakce a na ty by se

měl sociální pracovník zaměřit při posouzení, svou intervencí podporovat zdravé rodinné fungování, soudržnost rodiny a tím zajistit bezpečné prostředí pro vývoj dětí.

1.2.3 Zdravé rodinné fungování a rodinná resilience

Výše uvedení autoři popisují rodinu jako systém a zdůrazňují schopnost rodiny reagovat na krizové události sebezáchovně. Ze systémové teorie vychází také Sobotková a upozorňuje na fakt, že stabilita rodiny stojí právě na změnách. Tímto se odkazuje na zakladatele systémové teorie v rodinné terapii G. Betesona. (Sobotková 2012: 12)

Rodina čelí ve svém vývoji rozličným změnám, musí se vypořádat s různými úkoly. Proč se to některým rodinám daří a jiným ne? Funkčnost rodiny nezáleží na množství a závažnosti situací, ale na kvalitě fungování rodiny. Stejně jako Matoušek (2003: 77 - 82), Sobotková poukazuje na základní charakteristiky systému a kvalitu fungování poměřuje vyrovnaností v otevřenosti a uzavřenosti rodiny, ve schopnosti reagovat na změny, klade důraz na uspořádání subsystémů a na vztahy mezi nimi. Všímá si však i nebezpečí, které může systémový přístup přinést. Přístup přehlíží údaje o jednotlivých členech, jejich osobní přání, očekávání, pomíjí jedinečnost dané osobnosti. (Sobotková 2012: 27)

Rodinné fungování je definováno různě, existuje také velký počet teoretických modelů rodinného fungování. Pattersonová (2002 in Sobotková 2012: 71) definuje zdravé rodinné fungování jako způsob, jakým rodina plní své funkce. Za 3 základní principy tohoto složitého jevu považuje soudržnost, adaptabilitu a komunikaci. Plaňava (2000 in Sobotková 2012: 77) charakterizuje funkční rodinu ne jako rodinu bez problémů, ale jako tu, která má účinný způsob pro jejich zvládání. Způsoby zvládání jsou dány strukturou rodiny, postojem, hodnotovou orientací, flexibilitou a komunikací. Doplňuje tak a rozvádí základní principy Pattersonové. Princip adaptability vidíme i v Shapirově definici: zdravé rodinné fungování jako schopnost rodiny účinně zvládat náročné a stresové životní události a přizpůsobovat se změnám. (Shapiro 1983 in Sobotková 2012: 77)

Strategie zvládání je tedy to, co rodina dělá, aby získala a využila zdroje vlastní odolnosti. Faktory, které ovlivňují styl zvládání, jsou podle Sobotkové (20012: 77) charakteristika situace nebo události, vnímané ohrožení, zdroje rodiny a předchozí zkušenost s náročnou situací.

Odborníci pracující s rodinami využívají přístup založený na silných stránkách, který předpokládá, že všechny rodiny mají síly a možnosti, které mohou využít. Tyto rezervy však mnohdy rodina využít neumí, neumí své síly objevit. Teprve s odbornou pomocí dokáže rozeznat své konkrétní možnosti, rozvinout je a využít své zvládací strategie. Rodina je připravena k aktivnímu zvládání situace vlastními silami nebo k přijetí vnější pomoci, strategií může být i duchovní podpora. Díky této zkušenosti se rodina stává silnější a odolnější. Schopnost přežít krizi, zotavit se z ní a udržet rodinné fungování shrnujeme pod pojmem resilience. Tento termín se v kontextu rodinného fungování překládá jako elasticita, adaptabilita, nezdolnost, schopnost se udržet. Opakem resilience je vulnerabilita – zranitelnost rodiny. (Sobotková 2012: 77) Froma Walshová vysvětluje resilienci jako snahu rodiny o dosažení rovnováhy mezi nároky, které na rodinu působí, a možnostmi, které rodina má. Walshová své poznatky odvozuje z teorie rodinného stresu a hledá vysvětlení, proč některé rodiny zvýšenou zátěž zvládají, dobře se adaptují, zatímco jiné se při stejné zátěži hroutí. (Walsh 1998 in Sobotková 2012: 77 – 88)

Sobotková (2012) uvádí, že u nás se o resilienci začalo hovořit až po roce 2000, zatímco v zahraničí s tímto pojmem pracovali už o 20 let dříve. U nás se s pojmem resilience setkáváme v práci Matějčka, Dytricha, Křivohlavého.

Procesy resilience napomáhají osobnostnímu růstu a rozvoji, rodina přehodnocuje priority, upravuje vztahy, objevuje nové schopnosti, obohacuje se. Mc Cubbin (in Sobotková 2012: 88) se se svou skupinou nezaměřuje na zkoumání problémových rodin, ale věnuje se pozitivním a silným stránkám rodinného fungování. Tímto směrem je pak potřeba posilovat rodinu, předcházet problémům. Vycházejí ze zkušenosti, že většina rodin se při setkání se stresovou situací nehroutí a obvykle se obejde bez odborné pomoci. Je zde vyjádřen podobný závěr, k jakému došli výše uvedení autoři Matoušek, Matějček či Sobotková. Musil a Šrajer (2008: 9 – 10) naopak uvádějí menší naději na zvládání zlomových událostí samotnou rodinou, předpokládají

pomoc zvenčí. Není však uvedeno, jestli mají autoři na mysli rodinu nukleární, které přichází na pomoc širší rodina jako vnější zdroj, nebo předpokládají zásah vnější instituce.

Podle Walshové (1998 in Sobotková 2012: 88) může být každá rodina, která zvládá běžný život, považována za resilientní. Pro uplatnění rodinné resilience jsou podle ní klíčové tyto faktory:

1. rodinné přesvědčení; to může být vyjádřeno tím, jak rodina situaci vnímá, jak se k ní staví, náboženská víra dává situaci duchovní dimenzi,
2. organizační vzorce znamenají soudržnost rodiny, flexibilitu a ochotu ke změnám, využití sociálních a ekonomických zdrojů,
3. způsob komunikace a způsob řešení problémů je dán možností vyjádřit otevřeně pocity, spolupracovat, používat humor.

Použitím těchto faktorů se redukuje stres a zranitelnost rodiny, rodina krizi překonává a vychází z ní posílená i připravená k další zátěži. (Walsh 2003 in Sobotková 2012: 80 – 107)

Sobotková dává pro posílení odolnosti rodin tato doporučení: otevřeně a kultivovaně vyjadřovat pocity, nepotlačovat je a nevytvářet rodinná tabu, udržovat rovnováhu mezi soudržností a autonomií jednotlivých členů, ustanovit si jasná pravidla. Rodina dosahuje resilience také zaměřením se na duchovní a morální hodnoty, vztahy, pomoc a rodina sama se staví aktivně k životním obtížím. Koncept rodinné resilience se využívá při práci s rodinou, nepředpokládá jednotný přístup, ale vychází z předpokladu jedinečnosti každé rodiny, jedinečnosti každé situace a hodnotí ji v širším kontextu. Je inspirativní a přínosný pro všechny pomáhající profese, které s rodinou pracují. (Sobotková 2012: 88 -107)

1.3 PŘEDČASNÝ POROD

V této kapitole se zabývám teoretickými pojmy a definicemi. Protože těhotenství a porod je současně záležitostí matky i dítěte, je nahlíženo na tuto problematiku z pohledu porodníka i pediatra – dětského lékaře. Na problematiku předčasných porodů

se podívám i z pohledu psychologa, sociální hledisko tohoto tématu je především ve vztahu k možným následkům předčasného porodu na zdravý vývoj dítěte, přibližuje situaci rodiny s dítětem s postižením.

1.3.1 Předčasný porod jako zdravotnická diagnóza

Počet předčasných porodů ve světě i u nás každoročně stoupá. A to i přes zvyšující se kvalitu péče o těhotné ženy, kvalitní diagnostiku i prevenci. Příčiny mohou být ve zvyšujícím se věku rodiček, v nárůstu počtu těhotenství z umělých oplodnění i možnostmi současné medicíny udržet ohrožené těhotenství do fáze životaschopnosti porozeného plodu.

Podle Zdravotnické ročenky se v roce 2015 narodilo v ČR 8 746 dětí předčasně, což je 7,86 % všech narozených dětí. Perinatologická centra mají samozřejmě podíl předčasných porodů vyšší. Např. ve Fakultní nemocnici Olomouc činí podíl dětí s porodní hmotností pod 2500 gramů 14,8 %. Tento vyšší procentuální podíl je dán tím, že se péče o riziková těhotenství i péče o nezralé novorozence koncentruje právě v těchto vyšších pracovištích. (3http://uzis.cz/node/769 [cit. 26. 1. 2017])

1.3.2 Předčasný porod z pohledu porodníka

Abychom si lépe představili pojem předčasného porodu, připomeňme si, že normální – fyziologické těhotenství trvá 10 lunárních měsíců, 40 týdnů.

Hájek uvádí, že podle WHO jsou za předčasně narozené děti označeny plody narozené před dokončeným 37. týdnem nebo ty, které váží méně než 2500g. Tyto předčasně narozené děti dále dělí na velmi nezralé (s porodní hmotností měně než 1500g) a extrémně nezralé (s porodní hmotností měně než 1000g). Frekvence předčasných porodů v ČR je podle Hájka okolo 5-6% a podílejí se na perinatální úmrtnosti vysokým podílem 70%. I přes veškerou současnou péči je stále vysoká morbidita (nemocnost) předčasně narozených novorozenců, jedná se především o závažné neurologické a mentální handicapy. Výskyt těchto problémů je přímo závislý na porodní hmotnosti novorozence. (Hájek 2006: 189-190)

Proč k předčasnému porodu vlastně dochází, jaké jsou jeho příčiny? Jsou uváděny mnohé faktory a důvody, ty mohou vyplývat z komplikací během těhotenství, epidemiologie, zdravotního stavu matky nebo jsou to faktory iatrogenní. Nejdůležitější roli ve vývoji předčasného porodu hraje vaginální – poševní infekce matky. Infekce se dostává k plodovému vejci, narušuje plodové obaly, to vede k předčasnému odtoku plodové vody a následně k děložním stahům. Tyto příznaky přivádějí těhotnou k lékaři. Pokud se prokáže počínající předčasný porod, je transportována do perinatologického centra. Snahou je zklidnit děložní činnost, prodloužit těhotenství. Pokud se objeví hypoxie plodu (špatné zásobení kyslíkem), je nutno těhotenství ukončit, většinou akutním císařským řezem. Ten je provázen mnohými komplikacemi, při nízkém těhotenství je technicky náročnější, je doprovázen velkým krvácením a může mít důsledky pro další těhotenství ženy. (Hájek 2006: 189-190)

Aby se minimalizovaly negativní důsledky, soustřeďuje se péče o matu i dítě do perinatologických center, zde je zajištěna intenzivní péče o novorozence, jsou k dispozici moderní přístroje i proškolený odborný personál. Tato centra jsou schopna zajistit péči o děti od 23. týdne těhotenství. Pro dítě je nejlepší, pokud se dostane na toto pracoviště nejlépe ještě v děloze matky - tzv. in utero transport. (Hájek 2006: 189-190) Tím je také zajištěna přítomnost matky bezprostředně po porodu, což je důležité pro obě strany, pro matku i pro dítě.

1.3.3 Předčasný porod z pohledu pediatra – neonatologa

Peychl definuje obor neonatologie jako samostatnou subspecializaci pediatrie – dětského lékařství. Díky rozvoji tohoto oboru se výrazně snížila kojenecká úmrtnost a zlepšila se prognóza nedonošených dětí. Zvyšuje se šance na přežití těžce nedonošených dětí, ale tím se na druhé straně zvyšuje počet dětí s dlouhodobým postižením. Hranice životaschopnosti plodu se s rozvojem kvalitní lékařské péče snižuje. (Peychl 2007: 68) Před 30 lety učebnice uváděly hranici životaschopnosti 29. týden (Kotásek 1981: 314), dnes je za tuto hranici podle Peychla (2007: 68) považován 23. - 24. týden těhotenství.

Péče o nedonošeného – nezralého novorozence se liší podle stupně nezralosti, podle porodní hmotnosti. Ošetřování těchto dětí se značně liší od ošetřování dětí

donošených. S klesajícím gestačním týdnem (týden těhotenství) a klesající porodní hmotností vzrůstá riziko a závažnost v adaptaci po porodu. Děti výrazně předčasně narozené (před 33. týdnem) jsou ohroženy nezralostí plic, rozvojem plicní nedostatečnosti. S ní souvisejí další komplikace, jako je krvácení do mozku, oční komplikace, střevní záněty. Děti narozené na samé hranici životaschopnosti jsou ohroženy nedostatečnou funkcí nezralých orgánů, které se nemohou přizpůsobit novému prostředí. Prognózu dítěte ovlivňuje možnost vést porod přímo v perinatologickém centru, kde je péče o dítě i rodičku zajišťována dostatečným počtem zkušených lékařů a dostatečnou přístrojovou technikou. Dítěti je zajištěna dechová podpora, infuzní terapie, intenzivní monitorování, tepelná pohoda s klimatizací v inkubátoru a dohled sestry. Výživa je zajištěna od 2. dne pomocí sondy. Pokud se dítě dobře adaptuje, je propuštěno domů kolem 37. postkoncepčního týdne. (Peychl 2007: 92-94)

Po propuštění vyžaduje rizikový novorozenec preventivní sledování, aby se předešlo kritickým stavům. V 50% se objevují v časném poporodním období, v 50% jsou zjištěny později, do dvou let dítěte. Postižení CNS se mohou projevit jako hybná porucha, opožděný mentální vývoj nebo porucha chování (LMD – lehká mozková dysfunkce). Mohou být postiženy smyslové orgány, vedoucí někdy až ke slepotě nebo hluchotě. Z těchto důvodů je nutná spolupráce perinatologického centra s praktickým lékařem, sledování je dlouhodobé, většinou do věku 5-7 let. Prognóza těchto dětí je individuální, u dětí nad 1500g příznivá, u váhové skupiny pod 1000g je riziko těžkého handicapu 20%. Prognóza je ovlivněna také vlivem rodiny, sociálními a ekonomickými podmínkami. (Liška 2007: 86 – 88)

1.3.4 Těhotenství a porod z pohledu psychologa

Těhotenství i porod jsou významné vývojové krize v životě ženy. Žena prožívá změny v oblasti somatické, fyziologické, endokrinní, psychické i sociální. Proces vyrovnávání se s těmito zásadními změnami je podmíněn osobností ženy, věkem, zralostí, postojem k těhotenstvím připraveností na roli matky, ekonomickým zázemím, momentální životní situací, prostředím. Vývoj mateřské identity a přijetí role matky je někdy provázen pocitem zmatku, úzkosti, ztracenosti, nostalgie po starém způsobu života, pocitem oběti. K těhotenství se mohou přidat ekonomické, bytové, studijní

problémy. Těhotná má potřebu podpory a pozornosti. Dostává ji od partnera, rodiny i přátel. Pokud žena zdárně tuto vývojovou krizi vyřeší, výsledkem je její osobnostní růst. (Ratislavová 2008: 16)

Těhotenství však nemusí probíhat bezproblémově, může se komplikovat a končit předčasným porodem. Rodičky mladší 20 let, klientky azylových domů, ženy v těžké sociální situaci, s nízkým socioekonomickým statusem, ženy svobodné, neprovdané, opuštěné, sociálně izolované, s nevyhovujícími sociálními podmínkami jsou rizikem předčasného porodu ohroženy více. Tyto psychosociální faktory se odrážejí v životním stylu rodičky (kouření, alkohol, pohlavní nemoci), zhoršené výživě, stresu, ženám chybí sociální opora, pomoc i rada. Autorka zdůrazňuje význam spolupráce porodní asistentky a sociálního pracovníka v péči o tyto ohrožené těhotné ženy. Doporučuje podpůrné programy nebo mateřská centra, kde by ženy mohly čerpat psychosociální podporu a zároveň by měly možnost získat praktické informace, zkušenosti a dovednosti. (Ratislavová, 2008: 29 – 33) Také Hájek uvádí do souvislosti předčasný porod a určité sociální podmínky těhotných. Mezi skupiny s vyšším rizikem předčasného porodu řadí podle své studie ženy svobodné, rozvedené, ovdovělé, ženy s nízkým vzděláním, nízkou životní úrovní, kuřačky a ženy zneužívající návykové látky a alkohol. (Hájek 1999: 155 - 159)

Příprava na porod probíhá celých 9 měsíců. Žena se s touto situací vyrovnává, prochází náročným obdobím s vědomím životní zkušenosti, odolnosti vůči zátěži. Každá žena svým způsobem, v jiných podmínkách, s jinou podporou. Porod samotný je provázen pocitem uspokojení z překonané překážky, hrdostí, sebedůvěrou, sebevědomím. (Ratislavová, 2008: 58)

1.3.5 Předčasný porod jako psychologická zátěž

Předčasný porod pro rodičku znamená daleko větší zátěž než porod v termínu. Většinou k němu dochází náhle, žena se na situaci nestihne připravit, nemá možnost prožít odpovídající emoce. Obavy a strach přicházejí až po narození nedonošeného dítěte, žena hledá viníka, často ze situace obviňuje sebe sama. Matka nemá možnost kontaktu s dítětem, nedonošený novorozenec je přeložen na novorozeneckou jednotku

intenzivní péče, do inkubátoru, tam jsou zajišťovány jeho základní životní funkce. Matka se zotavuje z porodu, dítě nevidí, nemůže je sevřít v náručí, je odkázána pouze na zprostředkované informace. Toto odloučení může vyvolat pocit nereálnosti dítěte, nevnímá ho jako vlastní dítě. Separací je narušeno intuitivní rodičovství. Teprve prvním pochováním (tzv. „klokánkováním“) žena zažívá skutečný pocit rodičovství, sounáležitosti. V případě akutního císařského řezu se u žen objevují ambivalentní pocity - na jedné straně úleva od bolesti i zdravotních problémů, na druhé straně pocit sebeobviňování, nenaplněné touhy porodit jako jiné ženy, pocit podvedení. Tyto rodičky jsou více zaměřeny na sebe, mají více psychosomatických symptomů, cítí se méně schopny pečovat o dítě. (Ratislavová, 2008: 58 - 74)

Hrazdilová (2013) uvádí právě potřebu fyzického kontaktu matky s dítětem jako nejčastěji pociťovanou a přitom nenaplněnou potřebu matek bezprostředně po předčasném porodu. Potřebám a pocitům těchto žen se věnuje i kvalitativní výzkum Andělové (2013). Ženy z jejího výzkumného souboru pociťovaly nejčastěji nejistotu, bezmocnost, radost i strach zároveň, výčitky, sebeobviňování. Ondřejková (2012) ve své studii srovnává reakce matek po předčasném porodu s reakcemi matek na nemoc a nepříznivou prognózu jejich dětí podle teorie prof. Matějčka a konstatuje, že prožívání matek obou skupin je ve svých fázích velmi podobné.

V tomto náročném období je ženě velkou oporou partner. V dnešní době jsou v porodnicích možnosti téměř neomezených návštěv, zvláště v těchto těžkých situacích se personál snaží vyhovět potřebám rodičů a dopřát jim být spolu. Uvádím pro srovnání situaci, jaká panovala před třiceti lety: návštěvy na porodnických odděleních byly striktně zakázané, kontakt rodičky s partnerem nepřicházel v úvahu, předčasně narozené děti byly bezpečně uloženy v inkubátoru a zavřeny na dětském oddělení. Je dnes až nepředstavitelné, jak těžce prožívaly ženy období, kdy se jim narodilo dítě předčasně, bylo ohrožené na životě a ony neměly žádnou podporu, neměly možnost sdílet obavy a strach se svým partnerem, se svou rodinou. Jediným spojovacím kanálem s vnějším světem byl telefonní automat, jeden na oddělení, uprostřed chodby!

1.3.6 Změny v poporodní péči

Změnám, ke kterým došlo v oblasti porodní péče v ČR v letech 1980 – 2000, se věnovali ve své analýze Sobotková a Štembera. Hodnotili retrospektivně toto období z psychologického hlediska. V poporodní péči se začal podporovat kontakt matky s dítětem v prvních hodinách po narození jako významný prvek pro kojení a harmonický vývoj dítěte. V roce 1977 byl po prve zaveden rooming-in systém péče, systém společné péče o matku a novorozence. Od umělé výživy se znovu přechází k podpoře kojení nejen jako nenahraditelnému zdroji výživy pro dítě, ale také jako prostředku vzájemné interakce. Zájem o psychický stav ženy se v tomto období zaměřoval na oblast psychických poruch po porodu, včasnou záchytnost především poporodní deprese a poporodních psychotických onemocnění. Je zdůrazňována také výchova k manželství a rodičovství, předporodní příprava těhotných a možnost rodičky rozhodnout se o způsobu poporodní péče o novorozence. Sociální komunikaci mezi zdravým dítětem a matkou pozornost věnována není, ale objevuje se vliv zahraničních přístupů, zvláště v oblasti péče o rizikové novorozence a jejich rodiče. Tady došlo k zásadním změnám. Do týmu odborníků na odděleních novorozenecké intenzivní péče se začíná začleňován psycholog, začíná se věnovat pozornost psychickému stavu ženy po porodu rizikového dítěte. To jsou především předčasně narozené děti s nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností. Na těchto pracovištích je intenzivní péče zajišťována jednak moderním technickým vybavením, ale začíná se přihlížet k aktivní účasti rodičů při péči o tyto děti. Podpora rodičovské role, zvyšování kompetencí rodičů, motivace k častým návštěvám, blízký kontakt, tzv. „klokánkování“, jsou sledovány jako oboustranně přínosné – pro dítě i pro rodiče. Oblast, které v daném období nebyla věnována pozornost, byla péče o rodiče v situaci úmrtí novorozence. Postupně se i tato péče dostává do popředí, tabuizované téma se otevírá, ukazuje se význam správného prožívání truchlení pro další postoj k rodičovství, objevují se možnosti, jak se s mrtvě narozeným dítětem rozloučit. Pro rodiče rizikových dětí jsou vedle podpory širší rodiny důležité kontakty se svépomocnými skupinami, začínají vznikat neformální uskupení, která umožňují sdílení prožitků, emoční podporu. (Sobotková, Štembera 2003: 385 – 388) Přístup dnešních center se opravdu mění,

dnešní prostředí je skutečně přátelské k dětem i rodičům, není to jen čistě medicínská péče, ale snaha o celostní pohled.

Období šestinedělí je pro matky nedonošených dětí také náročnější. I po fyziologickém porodu je to období zatěžující, spojené s hormonálními, fyziologickými, psychickými i fyzickými změnami, adaptací na novou roli. Žena přijímá zodpovědnost a roli pečovatelky. V tomto období nutně potřebuje sociální oporu. Tuto jí nabízí partner, jejich vztah se narození dítěte mění, skrze společné dítě nabývá novou dimenzi. Příchodem dítěte je ovlivněna psychologická struktura rodiny. Partner – otec dítěte může prožívat pocit křivdy, není mu ze strany ženy věnováno tolik pozornosti jako dříve, musí přebírat další povinnosti. Důležitá je i opora širší rodiny, prarodičů, sourozenců, zvláště babičky bývají zapojeny do činností kolem novorozence. (Ratislavová 2008: 85) U matek po předčasném porodu je období šestinedělí obdobím s úplně jiným režimem. Vracejí se domů bez dítěte, na roli matky si ještě nestačily přivyknout, prožívají obavy o dítě, nejistotu. Potřebují oporu a zároveň ony mají být oporou pro partnera, pro širší rodinu. Učí se odstříkávat mateřské mléko, docházejí za dítětem do nemocnice, sledují jeho stav a vývoj, zprostředkovávají zprávy a informují rodinu o stavu dítěte.

1.3.7 Těhotenství a porod jako oblast krizové intervence

Havránková přistupuje k těhotenství jako zdroji krize. Propojuje toto období s hovorovým označením „jiný stav“. Tato nepohoda, nestabilita, kdy všechno je jinak, se může stát pro ženu zdrojem krize. Krizové je i poporodní období, porod nezralého dítěte je obdobím naděje i strachu zároveň, prognóza dětí bývá často nejistá. Rodiče potřebují jasné a srozumitelné informace. Je to lékař, kdo jim vysvětluje všechny možnosti, odkazuje případně na střediska rané péče. Tato střediska se svým interdisciplinárním týmem pečují o děti s postižením až do nástupu do školky nebo školního zařízení. Pomáhají rodičům projít krizí s vědomím jistoty. Krizová situace může nastat i po návratu domů z porodnice. Může se jednat o poporodní chmury, poporodní deprese až po stavy psychózy, které vyžadují komplexní psychiatrickou péči. Někdy se může objevit i posttraumatická krize jako reakce na dříve prožité trauma. Příčinou krize však může být i dnešní častá propaganda „ideálního mateřství“. Mateřství

je mediálně představováno jako období absolutního štěstí, euforie, neomezených možností. Nic není problém, žena může pokračovat v kariéře, zároveň je šťastná matka, šťastné dítě, šťastná babička. Takový ideál se zvláště v případě předčasně narozeného dítěte těžko naplňuje. Krize však k životu patří, neměli bychom je ze života vylučovat, ale vnímavostí a obětavostí ženu zklidňovat a podporovat. (Havránková in Vodáčková 2012: 228 – 237)

1.3.8 Předčasný porod ze sociálního pohledu.

Po delším nebo kratším pobytu v porodnici či specializovaném centru dítě přichází domů, do své rodiny. Ať už zdravé nebo s určitým handicapem, má své potřeby, už svou přítomností klade nároky na své nejbližší, ovlivňuje své okolí a zároveň je okolím ovlivňováno samo.

Dítě se vyvíjí v závislosti na svém prostředí, prochází tzv. socializací. Základní úlohu v dosažení vlastní identity hraje rodina. Dítě má své potřeby, požadavky, které, nejsou-li uspokojeny, mohou způsobit poruchy v jeho vývoji. Mezi potřeby biologické řadíme teplo, čisto, dostatečnou stravu, ochranu před negativními vlivy, příslušnou léčbu, případně rehabilitaci. K duševním potřebám patří dostatek psychických podnětů, zabezpečení smyslu života dítěte, pocit bezpečí a jistoty, rozvoj vlastní identity. Na tyto bezprostředně navazují potřeby sociální - jako je láska, jistota, přijetí. To mu dává jeho rodina, jeho „vlastní člověk“. Potřeby dítěte jsou odlišné v různých vývojových etapách. Je potřeba toto respektovat a přihlížet k tomu. Každé dítě má být chtěné, zdravé, bezpečné, vzdělané a milované. (Dunovský 2002: 585-586)

1.3.9 Postižení jako následek předčasného porodu.

V Úmluvě o právech dítěte z r. 1989 je zdůrazněn význam rodiny, stejné možnosti každého dítěte bez jakékoliv diskriminace, maximální ochrana ve všech nepříznivých situacích a podmínkách. Pokud tento oficiální dokument hovoří o nepříznivých situacích, vede nás to již k tématu a pojmu handicapované dítě. V předchozích kapitolách je uvedeno, jak tento pojem úzce souvisí s tématem nezralých a nedonošených dětí. Handicapem je tedy tělesné, duševní, smyslové omezení, které

vyplývá z tělesného nebo duševního vývoje nebo vrozené vývojové vady, ze získaného onemocnění nebo nepřiměřeného prostředí sociálního. Toto představuje určitou bariéru pro takové vyzrávání, jaké je obvyklé u zdravých vrstevníků. (Palyzová 2007: 205)

Handicap zasahuje do života postiženého dítěte i do života jeho rodiny. Dochází ke změnám v jednotlivých vztazích, ať už je to vztah rodičů k postiženému dítěti, ke zdravým sourozencům nebo vztah mezi rodiči navzájem, jako i vztahy s širší rodinou. V rodinách s nedostatečnými rodinnými vazbami hrozí větší potíže. Vysoké nároky jsou kladeny především na matku. Ta přebírá péči a zodpovědnost za dítě, většinou se vzdává zaměstnání, zhoršuje se tak ekonomická situace celé rodiny. V některých případech otec neunese tíhu situace a rodinu opouští. Jindy může naopak postižené dítě rodinu stmelit a upevnit vztahy. Péče o handicapované dítě je týmová práce. Kromě rodiny je důležitá pomoc lékařů, pedagogů, psychologa, své místo zde má i sociální pracovník. Pomáhá při řešení sociálních otázek dítěte a rodiny, poskytuje poradenství v oblasti bydlení, státních finančních příspěvků na péči, sjednává kontakty na konkrétní sociální služby, organizace, případně speciální školy a ústavy. (Palyzová 2007:205) Podobně představuje péči o postižené dítě i Dunovský (2007: 585- 595).

Z tohoto je zřejmé, jak velkou zátěží je pro rodinu narození postiženého dítěte. Kolik problémů to přináší, kolik vztahů to ovlivňuje. Je potřeba trpělivost a čas pro všechny. A přitom první rok života nejvíce ovlivňuje základní postoj k životu, stává se základem adaptačního chování. Postižené dítě potřebuje větší míru stability a bezpečí, nejdůležitější je pro něj citový vztah s matkou. (Vágnerová 2002:109)

Citované učebnice se věnují sociální otázce předčasně narozených dětí pouze v souvislosti s určitým postižením dítěte, které vzniká jako následek předčasného porodu. Řešení jsou pak zaměřena pouze na vyrovnávání znevýhodnění těchto dětí a pomoc rodinám v péči o takto postižené dítě. Také Goldschmidtová (2013), která ve své práci popisuje případové studie rodin s předčasně narozenými dětmi, zahrnuje do sledovaného vzorku pouze děti s postižením. Následné péči a popisu konkrétních sociálních služeb pro rodiny s postiženým dítětem je věnován i článek Pavlíkové a Honzárové (2010) v časopise Sociální práce.

1.4 RODINNÉ FUNGOVÁNÍ A PŘEDČASNÝ POROD

Z předchozích teoretických kapitol vyplynulo, že narození dítěte můžeme považovat za velký zásah do života rodiny, dokonce za jednu z krizových událostí. Předčasný porod – narození nedonošeného dítěte se všemi svými nejistotami a možnými důsledky ohrožuje rodinné fungování daleko více, klade na rodinu větší nároky.

Předčasný porod zasahuje do rodinného fungování velmi široce. Dotýká se zdraví matky, zdraví dítěte, vztahů mezi partnery, vztahu k sourozencům, k širší rodině, má vliv na organizaci času rodiny, má své ekonomické dopady, dotýká se profesní kariéry rodičů. Ovlivňuje i hodnotovou orientaci rodiny, zasahuje duchovní dimenzi.

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

Zjistit, jak se rodina s výše popsaným náročným úkolem vypořádává, je cílem výzkumné části. V průběhu výzkumu a při analýze dat jsem stále častěji objevovala motiv zvládání, který odpovídá konceptu rodinné resilience. Jaké konkrétní strategie zvládání jsou výhodné a využitelné v souvislosti s předčasným porodem, uvádím ve výzkumné zprávě.

2.1 CÍL VÝZKUMU

Při studiu dostupných odborných zdrojů jsem nenašla práce, které by se věnovaly sociálnímu fungování rodiny ve vztahu ke konkrétní situací předčasného porodu. Z tohoto důvodu jsem se vymezeným tématem zabývala ve svém výzkumném šetření.

Cílem výzkumu je zjistit, jak ženy prožívají dobu po předčasném porodu, jak tato událost zasahuje do fungování rodiny a jak rodina tuto situaci zvládá. Výzkumem bych chtěla dojít k porozumění a hlubšímu vhledu do této situace. Stanovila jsem proto tyto 2 výzkumné otázky:

- Co bylo pro tyto ženy nejtěžší?
- Co jim pomohlo situaci zvládnout?

Na situaci se budu dívat z pohledu ženy. Pochopením sociální situace žen po předčasném porodu, zjištěním, co jim bránilo a naopak pomohlo situaci zvládnout, můžeme dojít k závěru, zda existují sociální služby, které by rodinám situaci usnadnily, nebo naopak tyto služby chybí.

Po absolvování a předběžné analýze prvních rozhovorů jsem si uvědomovala, že prožitek této náročné situace dotazované ženy určitým způsobem posiluje. Přidala jsem tedy ke zmíněným výzkumným otázkám ještě třetí:

- Jaký je pozitivní přínos prožité situace pro tyto ženy a jejich rodiny?

2.2 METODOLOGIE

Pro zpracování daného tématu a porozumění situaci jsem zvolila metodu kvalitativního šetření. Kvalitativní přístup je podle Dismana (2014: 285) „...nenumerické šetření a interpretace sociální reality“. Výhodu použití tohoto přístupu vidím v tom, že umožňuje sledovat jedinečné a neopakovatelné fenomény, pracuje s určitým kontextem a využívá procesuálnost a dynamiku zkoumaného fenoménu. Pro svou reflexivní povahu počítá s vlivem výzkumníka (Miovský 2006: 13 – 16). Kvalitativní přístup je otevřený k situaci, využívá intenzivní a dlouhodobější kontakt, usiluje o celistvý obraz problému (Reichel 2009: 65).

Při vlastní analýze dat jsem využila metodu otevřeného kódování, která je součástí analytických postupů zakotvené teorie.

2.2.1 Výběr do vzorku

Při vyhledávání vhodných jedinců do vzorku jsem využila účelový výběr. Účelový výběr, výběr úsudkem se hodí pro malé výběry, výzkumník vybírá prvky sám na základě kontextu, podle záměru zkoumání. Reprezentativita tohoto vzorku je minimální, účelový výběr je přesto vhodným nepravděpodobnostním postupem v kvalitativním zkoumání. (Reichel 2009: 83)

Při výběru jsem stanovila kriteria, která měla zajistit určitou podobnost vnějších podmínek:

- jedná se o ženy po předčasném porodu (definice viz teoretická část),
- porodily ve Fakultní nemocnici v Olomouci,
- porodily v rozmezí 28. - 32. týdne těhotenství.

V průběhu ledna až června jsem oslovila 11 žen, které odpovídaly zadaným kriteriím, 9 z nich bylo ochotných zúčastnit se budoucího výzkumu a předaly mi na sebe kontakt (mailovou adresu). S těmito ženami jsem se seznámila při své práci v porodnici, kontaktovala jsem je pár dnů po porodu, ještě před propuštěním z porodnice. Od vedení neonatologického oddělení jsem k těmto kontaktům s matkami předčasně narozených

dětí žádala souhlas. Osobně jsem informovala o účelu výzkumu a dostala souhlas i podporu. Jako zaměstnanec jsem písemný souhlas nepotřebovala.

O každé mamince jsem si vedla záznamový arch, zapisovala jsem informace z prvního kontaktu, adresu, osobní údaje. V září jsem všem těmto ženám odeslala mailem motivační dopis, ve kterém jsem podrobně a srozumitelně vysvětlila účel výzkumu, formu rozhovoru, etické aspekty a podmínky. (Motivační dopis je součástí přílohy.)

Pět žen odpovědělo kladně a vyslovily takto písemný souhlas se zařazením do výzkumného vzorku, tři ženy neodpověděly a jedna se ve své odpovědi vyjádřila, že se k tématu nechce vracet, že je to pro ni stále zraňující. I toto pro mne byla cenná informace. Jedna žena, se kterou jsem komunikovala pouze telefonicky, se po počátečním zájmu několikrát z časových důvodů omluvila a pak se neozvala vůbec. S těmi ostatními jsem udržovala spojení, pomocí mailu jsme plánovaly termíny osobního setkání pro rozhovor.

Další skupinu vybraných žen tvořily maminky, na které jsem získala kontakt prostřednictvím svých přátel, jednu jsem znala osobně. Tyto ženy měly už děti větší, ale stále splňovaly zadaná kriteria. Takto jsem získala kontakt na šest dalších matek, kterým jsem rovněž rozeslala motivační dopis. Pět z nich souhlasilo s účastí, jedna se omluvila s tím, že o účast ve výzkumu nemá zájem. Výhodou této skupiny bylo, že čtyři z nich už měly kromě těch předčasně narozených dětí ještě starší sourozence. Tento fenomén se v první skupině vyskytoval pouze jednou a považovala jsem ho za významný. Takže z původního počtu 16 oslovených žen mi přislíbilo účast 9. Pro lepší přehlednost jsem si evidovala veškerou korespondenci, navrhované termíny rozhovorů, změny termínů.

2.2.2 Metoda sběru dat

Data jsem získávala pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Při tomto rozhovoru specifikujeme okruhy otázek, na které se budeme ptát. Je zde definováno jádro rozhovoru, které je pro tazatele závazné, zároveň tato forma rozhovoru využívá volnosti, nenucené a přirozené komunikace. (Miovský 2006: 159 – 161)

Protože se snažím porozumět předčasnému porodu jako situaci zasazené do životního příběhu, chtěla jsem zachovat při rozhovoru charakter vyprávění, přiblížit se tak částečně k formě rozhovoru narativního. Úlohou tazatele je zde podněcovat vhodnými otázkami k vyprávění o jevu, který nás zajímá . Cílem je získat autentický materiál o zkušenostech a prožitcích. (Miovský 2006: 158)

Rozhovory probíhaly během listopadu a prosince. Tímto jsem zajistila dostatečný časový odstup od samotného porodu, situace v rodině už byla stabilizovaná, nevstupovala jsem do situace v době silných emocí matky. Důležité bylo stanovit, kdy a kde se rozhovor uskuteční. Musela jsem zohlednit místo bydliště, přizpůsobit se dennímu režimu dětí i svým časovým možnostem. Ze své strany jsem se snažila o co největší přizpůsobení maminkám, ony navrhovaly místo setkání, podle toho, jak jim to vyhovovalo, chtěla jsem, aby se cítily při rozhovoru co nejlépe a nejbezpečněji. Většinou daly přednost svému přirozenému prostředí vlastního domova. To mělo výhodu, že jsem je viděla přímo v interakci s dítětem, jedna maminka absolvovala rozhovor u nás doma z důvodu blízkosti bydliště. Dvě maminky navrhly pro setkání klidnou kavárnu, kterou ony znaly a byly si jisty určitým stupněm soukromí. Pohybovala jsem se tak v okruhu Olomouce a okolí do 40 km.

Od výzkumného vzorku jsem kromě dat z rozhovoru chtěla získat i určitá identifikační data. Abych nemusela respondentky zatěžovat dotazy na tyto „technické“ údaje, připravila jsem pro ně jednoduchý dotazník a rozeslala jim ho předem. (viz Příloha č. 2) Toto mi zároveň sloužilo k udržování kontaktu, k ujištění, že z mé strany trvá zájem o jejich spolupráci. Mile mě překvapilo, s jakým zájmem se mnou ženy komunikovaly, některé mi posílaly fotky svých dětí a dělily se tak o radost z nich, samy se na rozhovor těšily. Přehled identifikačních údajů je uveden v tabulce.

	Váš věk v době narození dítěte	Vzdělání, povolání	Rodinný stav	Věk Vašeho manžela (partnera) v době narození dítěte	Povolání Vašeho manžela (partnera)	Těhotenství
Mirka	26	VŠ, spec. pedagogika	vdaná	27	statik, výpočtář	planované
Radana	41	VŠ, pedagožka	vdaná	39	pedagog	plánované
Petra	32	Vysokoškolské, asistentka	vdaná	31	analytik	plánované
Jana	31	koordinátorka klinických hodnocení	vdaná	26	mistr výroby	plánované
Irena	31	vysokoškolské, ekonom	vdaná	31	kontrolor kvality	plánované
Klára	24	kuchařka	vdaná	39	práce v ZD	planované
Blanka	34	sociální pracovník	vdaná	31	elektrikář	plánované
Lenka	27	Bakalářské, asistentka dispečera	svobodná	35	klempíř	plánované
Katrin	30	VŠ	vdaná	35	zámečník	plánované

Tabulka 1: Identifikační údaje I

	S kým žijete ve společné domácnosti	Kde bydlíte	Kolikáté dítě se narodilo	Kolikáté bylo toto těhoten-ství	Početí bylo	Pohlaví dítěte, dětí	Ve kterém týdnu těhotenství jste porodila
Mirka	s manželem	město	1.	1.	samovolné	děvče	27+1
Radana	s manželem, s dětmi	město	2.	2.	IVF	chlapec	29
Petra	manžel, starší syn, rodiče manžela	vesnice	2. a 3.	2.	samovolné	chlapci	31+4
Jana	s manželem	vesnice	1.	1.	IVF	děvče	31
Irena	s manželem a celkem 3 dětmi	vesnice	3. a 4.	2.	samovolné	chlapci	31.
Klára	s manželem, děda	malé město	1.	1.	samovolné	chlapec	32+2
Blanka	s manželem a dětmi	malé město	2.	2.	samovolné	chlapec	29+0
Lenka	s přítelem a dcerou	Olomouc	1.	1.	samovolné	děvče	31.

Tabulka 2: Identifikační údaje II

	V době otěhotnění jste byla	Jak daleko byla porodnice vzdálená od Vašeho bydliště	Jak dlouho bylo dítě na novorozeneckém oddělení- JIP, než Vás propustili domů	Měla jste možnost být s dítětem celou tuto dobu v porodnici	Byla jste před porodem hospitalizovaná?
Mirka	zaměstnaná	v miste bydliste	11 týdnů	jen pred propustenim ditete	ne
Radana	MD	v místě bydliště	2 měsíce	jen před propuštěním	3 týdny
Petra	na MD	17km	na JIP 4 dny, pak na IMP 3 týdny	jenom ke konci před propuštěním	ne
Jana	PN	40 km	1 měsíc	jenom ke konci před propuštěním (3 dny)	ne, ale PN
Irena	na MD + OSVČ	30 km	50 dnů	jenom ze začátku a před propuštěním cca 3 dny	3 týdny
Klára	bez práce	22km	8 týdnů	ne	1 měsíc
Blanka	zaměstnaná	18 km	6 - 7 týdnů	ne, jen jeden den před propuštěním	ano, 10 dní
Lenka	zaměstnána	v miste bydliste	5 týdnů	ne, jenom zpočátku	ano, týden
Katrin	zaměstnaná	15 km	11 týdnů	jenom ke konci	ne

Tabulka 3: Identifikační údaje III

Po prvních rozhovorech, kdy jsem se snažila v příbězích těchto žen identifikovat místo pro intervenci sociálního pracovníka, jsem z předběžné analýzy poznávala, že navzdory náročnosti situace jsou rodiny schopny zmobilizovat vlastní síly a snaží se situaci zvládnout bez výrazného zásahu zvenčí. V dalších rozhovorech jsem se tedy

zaměřovala více na toto zvládání, v odborných zdrojích jsem hledala tematiku strategií zvládání a téma rodinné resilience.

Z plánovaných devíti rozhovorů jsem během listopadu a prosince realizovala osm, jeden byl z důvodu onemocnění dítěte a stěhování rodiny několikrát odkládán, došlo k němu později, až v průběhu února. Zmíněná maminka měla omezené časové možnosti, průběh rozhovoru byl tímto v určité míře ovlivněn, ale získaná data byla hodnotná a mohla jsem je do výzkumu zařadit.

Rozhovory jsem nahrávala na diktafon, o této skutečnosti ženy předem věděly z motivačního dopisu a znovu před zahájením rozhovoru jsem je na to upozornila. Necítila jsem, že by toto mělo nějaký rušivý vliv.

Z audiozáznamu byly rozhovory přepsány doslovně. Přepis, transkripce je převedení dat netextové povahy do povahy textové. U témat zaměřených na hlubší analýzu významu je technická stránka přepisu méně důležitá než při tématech zaměřených na analýzu např. lidské komunikace. Časová, technická a personální náročnost transkripce musí být úměrná rozsahu a cílům studie. (Miovský 2006: 206)

2.2.3 Předvýzkum, pilotáž

Byla jsem si vědoma toho, že výzkumné téma je velmi intimní povahy a že je potřeba opravdu citlivého a nenásilného přístupu. Nebyla jsem si jista, s jakou mírou otevřenosti mohu počítat, potřebovala jsem vyzkoušet, jak budou maminky na citlivé otázky reagovat a jak tuto situaci zvládnu já sama. Původně jsem plánovala provést pilotní studii, v níž bych si ověřila, jak mohu aplikovat vybranou metodu sběru dat, vyzkoušet vhodnost zvoleného analytického postupu. (Reichel 2009: 73) Po provedení prvního rozhovoru jsem však došla k závěru, že zvolené postupy jsou dobře použitelné, realizovatelné a není potřeba provádět zásadní změny v metodologii. Do vyprávění žen nemusím nijak zvlášť zasahovat, respondentka je otevřená, bez problému o tématu hovoří. Zkušenost z prvního rozhovoru jsem zohlednila pouze v časovém harmonogramu plánovaných rozhovorů. Je nutné počítat s větší časovou rezervou, k danému tématu přejít volně, až po určitém úvodním navázání vztahu a vytvoření bezpečné atmosféry. Také ukončení rozhovoru nemůže být násilné, vyžaduje určité

emoční doznění. Žena se dotýká zraňujících prožitků, situaci znovu emočně prožívá. Miovský (2006: 169) přirovnává ukončení výzkumného rozhovoru k ukončení lidského setkání, zvláště pokud se týká citlivých témat.

Plánovanou pilotáž jsem tedy neprovedla a data získaná z prvního rozhovoru jsou zařazena do celkových výsledků výzkumného šetření. Po zkušenostech z prvního rozhovoru jsem pouze upravila časový harmonogram, na rozhovory jsem se lépe připravovala a ověřovala si správné pochopení otázek.

2.2.4 Technika analýzy

Při práci s kvalitativními daty jsem vycházela z přístupu zakotvené teorie. Tento přístup vyvinul Strauss a Glasser, dále byl modifikován Sraussem a Corbinovou (Hendl 2016: 247). Jde o rozpracovaný postup zpracování údajů a hledání specifické teorie platné pro zkoumaný problém. Zakotvená teorie pracuje se třemi základními prvky – koncepty, kategoriemi a proporcemi. Analytickým postupem pak dochází k ústřední kategorii a ústřednímu tématu. Při práci s daty se provádí kódování jako uspořádávání údajů pro další zpracování. Kódování probíhá na třech úrovních: otevřené kování označuje určitá témata a tvoří prvotní kategorie, axiální kódování hledá vztahy mezi různými kategoriemi a propojuje je. Selektivní kódování vyhledává centrální témata a kategorie jako základ pro vznikající teorii. Kódování a sběr dat končí v zakotvené teorii při dosažení teoretické saturace, kdy nová data nepřinášejí nové výsledky. (Reichel 2009: 166 - 67)

Při analýze dat získaných z rozhovorů jsem použila první stupeň kódování – otevřené kódování s tvořením základních kategorií. Vzhledem k velikosti vzorku a účelu práce není cílem výzkumného šetření hledání nové teorie, ale získání podrobného obrazu a porozumění dané situaci.

Při otevřeném kódování jsem v textu, který byl doslovným přepisem rozhovoru, vyhledávala významově důležité výroky, označovala je jednotlivými teoretickými pojmy – koncepty. Ty jsem seskupovala do kategorií. Některé pojmy patřily do různých kategorií, kategorie se vzájemně prolínaly. Pro snadnější orientaci v textu jsem

používala barevné značení. Data jsem zpracovávala ručně, bez použití speciálního počítačového programu. (viz Příloa č. 3)

Pro větší přehlednost jsem použila grafické znázornění na časové ose (Miovský 2006: 211). Každý rozhovor probíhal v určitém chronologickém sledu, měl podobu vyprávění. Všechny zkoumané ženy v rozhovoru líčily stejný úsek svého života. Tento časový úsek jsem rozdělila na 5 dílčích období – období těhotenství a porodu, pobyt po operaci na gynekologické jednotce intenzivní péče, pobyt na gynekologickém oddělení, období doma bez dítěte (kdy dítě je umístěno na novorozenecké jednotce intenzivní péče – dále jen JIP) a období doma s dítětem. Výsledné kategorie s teoretickými pojmy jsem zapisovala do jednotlivých časových úseků. Takto jsem sledovala, jak se mění kategorie, jak se mění pojmy v kategoriích, které koncepty přetrvávají ve všech časových úsecích. (viz Příloha č. 4)

V graficky zpracované analýze jsem dokázala identifikovat odpovědi na základní výzkumné otázky (Co bylo pro ně nejtěžší? Co jim pomohlo situaci zvládnut?), přestože v rozhovoru na tyto otázky nezazněla odpověď jednoznačně. Pomocí analýzy jsem vyhodnotila i dodatečně stanovenou otázku o možnosti pozitivního přínosu situace. Pokud ženy v rozhovoru vyjádřily, co by jim situaci usnadnilo, co mohlo být jinak, nacházela jsem tyto nedostatečné zdroje v jednotlivých časových úsecích.

2.2.5 Zajištění kvality výsledků

Validita, platnost je vyjádřena splněním stanoveného cíle výzkumu a získáním věrného obrazu skutečnosti. V souvislosti s validitou se požaduje např. pravdivost, objektivnost, prokazatelnost. (Reichel 2009: 67 – 68) Požadavek validity jsem naplňovala volbou rozhovoru jako metody sběru dat, formulací témat rozhovoru tak, aby vedly k získání takových dat, které umožní odpovědět na výzkumné otázky. Zpracovávala jsem pouze prokazatelná data, která byla získána na základě pravdivého a objektivního přístupu. Výpovědi jsem nijak neměnila ani je nezkreslovala, ponechávala jsem je v původní podobě bez ohledu na mé vlastní subjektivní vnímání situace.

Spolehlivost, reliabilita, vyjadřuje stálost a shodu získaných údajů. U kvalitativního výzkumu vhledem k jeho povaze je naplněna v nižší míře. (Reichel 2009: 67 – 68)

Reprezentativita, zobecnitelnost, se pojí s výběrem zkoumaných objektů, u kvalitativního šetření bývá nižší (Reichel 2009: 67 – 68). Vzhledem k rozsahu práce a velikosti vzorku daného výzkumného šetření nepředpokládám zobecnitelnost výsledků na celou skupinu.

2.2.6 Etické aspekty

S ohledem na charakter zpracovávaného tématu jsem věnovala etickým zásadám velkou pozornost. Ze těch, které uvádí Hendl (2016: 157), jsem reflektovala následující:

Potřebu informovaného souhlasu jsem naplnila rozesláním motivačních dopisů všem respondentkám. V odpovědi prostřednictvím mailu respondentky písemně vyjádřily souhlas a odeslaný mail tedy slouží jako doklad tohoto souhlasu.

Respondentky byly poučeny o možnosti kdykoliv odmítnout nebo ukončit svou účast, této možnosti některé z nich využily a jejich rozhodnutí jsem respektovala.

Anonymitu dotazovaných žen jsem zajistila tím, že nikde nejsou uvedeny takové údaje, podle kterých by se dali účastníci identifikovat, v citacích z rozhovorů používám pouze jejich křestní jména, na přání některých z nich jsem i tato nahradila jménem smyšleným. Přestože mi respondentky poskytly jména svých dětí, v práci je neuvádím, tato informace sloužila pro usnadnění mé vlastní orientace a pro lepší komunikaci.

Požadavek emočního bezpečí jsem naplnila vlastní přípravou k rozhovorům. Nezneužívala jsem jejich důvěry a otevřenosti, rozhovor měl pro ženy mnohdy očistný a léčebný účinek. V těchto případech jsem využívala profesionálních zkušeností zdravotníka a rozhovor vedla tak, aby byly zachovány kompetence a role zúčastněných.

Během téměř ročního kontaktu s respondentkami se mezi námi utvořil určitý osobní vztah. Zúčastněné ženy projevovaly zájem o výsledky výzkumu a přání seznámit se s celou prací. Považuji tedy za splnění reciprocity to, že je seznámím s výsledky šetření a výzkumnou zprávou.

2.3 VÝSLEDKY

K výsledkům jsem došla na základě analýzy dat, kterou jsem popsala v kapitole Technika analýzy. Abych získala odpověď na základní výzkumné otázky, stanovila jsem si tři hlavní okruhy, které jsem si pro zjednodušení pojmenovala „To těžké“, „Co pomohlo“ a „Pozitiva“. Znovu jsem provedla analýzu, tentokrát již graficky znázorněných konceptů a kategorií. Pokud jsem identifikovala koncepty, případně kategorie, které souvisely s daným okruhem, přiřadila jsem je do tabulky tohoto příslušného okruhu. Takto jsem postupovala u všech devíti rozhovorů a získala devět tabulek. Z údajů těchto dílčích přehledů jsem potom vytvořila tři výsledné tabulky. Každá zaznamenává údaje o jednom z hlavních okruhů. Na jedné ose jsou jména jednotlivých respondentek, na druhé ose jednotlivé pojmy. (viz Příloha č. 5)

Hledala jsem klíč, podle kterého bych seřadila jednotlivé koncepty patřící k hlavním okruhům. Chtěla jsem vycházet z pořadí důležitosti pojmu pro danou situaci, ale při opětovném poslechu záznamu rozhovorů jsem zjistila, že význam jednotlivých pojmů je pro každou respondentku jiný, míra důležitosti je také závislá na čase, v každém časovém úseku může být prožíván a pociťován s jinou intenzitou. Např. míra strachu o dítě je jiná u ženy, jejíž dítě je v kritickém ohrožení, a jiná u ženy, jejíž dítě nemá život ohrožující problém. Jinak se strach bude projevovat hned po porodu, kdy matka nemá dostatek informací o stavu dítěte, a jinak u té samé ženy po několika týdnech intenzivní péče, kdy ona sama může o dítě částečně pečovat.

„…vždycky jsem tam šla se strašným strachem, co bude. Jestli se nezhoršil, bála jsem se, co zase bude nového, těch špatných informací. Kdo taky ne.“ (Radana)

„A samozřejmě mám obavu, co bude dál...aby bylo v té dospělosti všechno v pořádku...“ (Radana)

„Taky na začátku jsem se bála s ní jet s kočárkem...úplně pomalinku, protože jsem měla strach, že se nějak vytřepe. Pořád jsem kontrolovala, jestli dýchá...“ (Lenka)

Jednotlivé koncepty jsou tedy seřazeny do určitých skupin, kategorií, které k sobě tematicky patří, ale výsledné pořadí není ovlivněno nějakou důležitostí nebo četností. V pořadí by se dal zachytit jen vliv určité chronologické návaznosti. Ale i tady se kategorie a koncepty prolínají.

2.3.1 Co jim pomohlo situaci zvládnout?

Pro okruh „Co pomohlo“ jsem vymezila kategorie konceptů, které se nějak týkají dítěte, vztahů a podpory, zdravotnického personálu, vlastního prožívání, dále to byly vnější podmínky a spiritualita.

Kategorie dítě

V kategorii konceptů se vztahem k dítěti všechny maminky vyjádřily pojem kojení. Pozitivní vnímání možnosti kojit, odstříkávat mateřské mléko a nosit ho dítěti se vyskytlo u všech matek ve všech obdobích. Kojení vnímaly jako naplnění mateřství, jako smysl námahy, jako možnost dát dítěti alespoň něco svého. Touto časově náročnou činností věnovaly dítěti svůj čas, kojení bylo náplní dnů a součástí režimu.

„…Takže já jsem ráno vstala. Měla jsem odsávačku, takže jsem jí odsávala mlíčko, nabrala mlíčko, co jsem měla v ledničce, a šla jsem za ní…“ (Lenka)

„…Ale pamatuju si, že mi jedna sestřička říkala, že jediné, co můžeme dělat, je, abych pro malého měla mlíčko. Že mu to pomůže. Tak si pamatuju, že jsem strašně odstříkávala. Ale nikdo mi neřekl, že někomu se to mléko tvoří třeba až za dva nebo tři dny. Takže já jsem se pořád snažila a pořád to neteklo...“ (Katrin)

„…a potom ještě takové pozitivní bylo, když jsem začala odstříkávat mléko. To pro mě taky bylo úžasné...“ (Irena)

„…a vůbec se mnou nikdo ani mlíko neřešil a já jsem nevěděla, jak to bude s mlíkem. Tak to pro mne bylo dost k tomu, že jsem brečela...a mně se ten den začalo odstříkávat to mlíko, kterýho na začátku nebylo moc, takže jsem nevěděla, jak to bude s tím mlíkem...Prostě koupání a s tím mlíkem a odsávačkou si to nějak budu muset zařídit sama…“ (Blanka)

„…teď i v noci jsem vlastně vstávala, abych odsávala, teď ty všechny lahvičky furt dokola dezinfikovat. Jo, že za ten den jsem měla tolik té práce...“ (Blanka)

„…A pak na jednu stranu bylo dobré to, že nás donutili odsávat. Takže jsem měla náplň, co mám dělat. I když tedy když teď vidím odsávačku, tak je mi špatně. Ale

ten první měsíc to odsávání bylo dobré. To, že jsem měla takovou náplň, že tu kvůli něčemu jsem...“ (Mirka)

Ke kategorii dítě patří samozřejmě momentální zdravotní stav předčasně narozeného dítěte. Po předčasném porodu dítě není bez problémů, ale vědět, že jeho stav je stabilizovaný, že není bezprostředně ohrožené na životě, že se stav vyvíjí dobře, že dělá pokroky, je důležitou posilou pro rodiče. Pozitivní informace mohou snížit počáteční zděšení, které rodiče prožívají, jsou vylekáni přístrojovou technikou, která děti obklopuje.

„...A potom takový ten šok, když jsem je viděla v inkubátoru. Byli malincí a na těch dýchacích přístrojích. Všude ty hadičky a tak. První reakce toho dětského lékaře byla, že je to dobré. Že kluci mají dobrou váhu a že to bude dobré. Že jsou na plicní ventilaci, ale že to nic není. Takže to byl pro mě hrozně velký impulz, že je to dobře...“ (Irena)

„...A ona naštěstí neměla žádný problém...dlouho musela mít tu kapačku, protože blinkala mlíčko...“ (Lenka)

„...Malý byl vlastně první den na kyslíku, pak jsem přišla druhý den a už nebyl, tak jsem měla hroznou radost...“ (Radana)

„...Vždycky, když jsem si zavolala, tak mi dali pana doktora a všechno se vyvíjelo dobře...tak ho tam zkoušeli na ten Downův syndrom...a když mi ten pan doktor volal, tak jsem mu do telefonu říkala, že mi udělal takovou radost...“ (Klára)

Také se jako zdroj často objevovala možnost být denně s dítětem. Jednak to byly možnosti, které nabízelo neonatologické oddělení, jednak se tato možnost odvíjela od reálných podmínek matky a rodiny.

„ Bylo to náročné. Protože manžel má práci asi 40 kilometrů odtud. Takže jsme se snažili aspoň každý druhý den chodit…“ (Klára)

„...na jednu stranu jsem tam chtěla jezdit, ale na druhou stranu jsem viděla, že to není reálný, že tam nejde být od rána až do večera. Takže prostě ta cesta, nějaký ten čas...potřebovala jsem se vyspat a dát se do kupy...“ (Blanka)

„…to, že jsem mohla být s ní. Jen to, že jsem byla s ní...všichni se snažili, ale nejvíc to, že jsem mohla být s ní. Ten přístup, že mi ji dali a že jsem ji mohla mít u sebe..." (Lenka)

„…Ale byla jsem ráda, že když jsem byla tak blízko, že kdykoliv jsem ho chtěla vidět, tak jsem mohla..." (Radana)

Kategorie vztahy

V kategorii vztahů se nejčastěji vyskytoval důraz na pevný partnerský vztah, partnerova citová podpora i praktická pomoc.

„…Naštěstí bylo hodně dobré to, že držíme s manželem. Asi nás posílil ten první případ. To je taková hrozná prověrka vztahu...My jsme ani rodičům neřekli, že podruhé čekáme dvojčata. Vůbec nikomu jsme to neřekli. Věděli jsme to jenom my dva..." (Irena)

„…Manžel hlídal dcerku a já byla ty tři hodiny odpoledne s ním, vozila jsem mu tam mlíčko...Nějak cítím, že mi je manžel oporou, že jsme to vybojovali..." (Radana)

„…Měla jsem tam manžela. Ale pamatuju si, že já jsem byla v těch největších bolestech a on měl jen hromadu papírů a měl vyplňovat. A jen se mu třásla ruka..." (Katrin)

„…a manžel čekal venku a pak vlastně kolem něho projížděl malý v inkubátoru...takže první ho tak víc viděl manžel...vyfotil ho a pak mi ho přišel ukázat..." (Klára)

„…nejhorší to bylo na tom sále. Ale zase bylo dobré, že tam na chviličku pustili manžela. Ten byl taky úplně špatný z toho..." (Mirka)

„…prvních pár dní jsem hrozně plakala, že nemůžeme mít malou normálně u sebe, ale s manželem jsme to zvládli, byl mi velkou oporou..." (Jana)

„…Takže jsem to na něj vždycky vychrlila, to mi pomáhalo..." (Irena)

Kromě manželovy podpory ženy oceňovaly pomoc nejbližší rodiny, především rodičů. I pro prarodiče nebyla situace vždy jednoduchá, měli většinou jen

zprostředkované informace, prožívali starost o své vlastní dítě i o vnouče. Prarodiče často zajišťovali i praktickou pomoc, takové zázemí.

„…bydleli jsme s rodiči. Manžel jezdil do práce a já jsem byla doma s mamkou a tatou. Mamka mě hodně podporovala...i tchýně, když jsme tam jeli. Protože, když jsem byla tam, tak to bylo lehčí...ale zase já jsem raději doma..." (Klára)

„…my jsme to našim nikdy neřekli tak, že je to tak špatné, že se to zhoršilo. To jsme si nechávali pro sebe, s manželem. Jim jsme to podali trochu líp, aby nebyli špatní. A oni byli optimističtí a viděli to lepší a zase nás podporovali, jako že to bude dobré..." (Katrin)

„…že mamka se mohla podívat, ale nemohla si na ni sáhnout...a pak už jsme měly jít domů, tak jsem viděla, jak je šťastná, že si na ni může sáhnout. Takže pro ni to asi muselo být hrozné..." (Lenka)

„…Ale mám velkou rodinu, všechny sestřenice a tak...a potom jsem jim dala ty přístupová hesla, aby se taky mohli dívat. A všichni mě podporovali, že to bude dobré. V tomhle jsem tu rodinu měla za sebou. Psali, jak se máme, že je krásná, že je to super..." (Lenka)

„…když jsem byla v té porodnici, tak to byl takový klid. Protože se všechno točilo jen kolem nich. Ráno jsem vstala a bylo naprané, nažehlené, nic se mě netýkalo. Tak tam jsem si tak odpočinula a mohla jsem být jen s těmi miminky...v době, kdy se narodili, tak jsme bydleli u rodičů...jsme to přestavovali, tak jsem byla u našich, aby mi pomáhali...už jen člověku strašně pomůže, když se nemusí starat o domácnost, že se stará jen o ty děti..." (Petra)

Svou roli v tomto období sehrály i kamarádky, vznikala i nová přátelství mezi maminkami přímo na oddělení.

„…Protože jsem tam měla tu maminku, které se to dítě narodilo stejně jako nám. Takže jsme ty problémy řešily osobně spolu, když jsme se tam potkávaly...a doteď jsme v kontaktu..." (Katrin)

„…že my jsme si udělaly takový babinec...a začaly jsme se scházet...to sdílení těch starostí a radostí bylo pro mě strašně důležité...kdybych byla sama, izolovaná..." (Irena)

„...ale přidala jsem se do skupiny Nedoklubka, tam jsou paní z jiných nemocnic..mně paní laktační donesla nějaké kontakty na skupiny...a to je dobré..." (Lenka)

Kategorie vnější podmínky

Mezi vnější podmínky jsem zařadila blízkost bydliště. Tento koncept se prolínal s možností denně navštěvovat dítě. Někdy i prodloužená hospitalizace kvůli zdravotním problémům matky byla vyvážena výhodou možnosti častého neomezeného přístupu k dítěti.

„...ale fakt mi pomáhalo, že to mám tady kousek. Ne jak maminky, které bydlí daleko a musí cestovat..." (Lenka)

„...že jsme to měli jednoduché v tom, že jsme byli tady v Olomouci. Že jsem tam mohla jezdit..." (Mirka)

„...jsem měla v pooperační ráně komplikace a čekalo se pak na výsledky dlouho, ale zase jsem alespoň mohla být s malou o patro výš..." (Jana)

Kategorie zdravotnický personál

Vstřícný přístup zdravotnického personálu neonatologické jednotky intenzivní péče zmínily všechny maminky. Toto vysoce specializované pracoviště nezapomíná na citlivý přístup nejen k dětem, ale i k rodičům. Neomezené návštěvy, laskavý přístup, ochota vysvětlovat a informovat jsou připisovány lékařům i sestrám. Děti tráví na oddělení mnoho týdnů, rodiče se stávají součástí pečujícího týmu, za tuto dobu se mezi nimi vytvoří určité pouto a vztah.

„...přístup byl perfektní...ten personál byl strašně vstřícný...Cokoliv jsem chtěla vědět, tak mi řekli...nikdo mě nevyhazoval, nikdo mi nic nezakazoval, ale právě naopak, to bylo úplně krásné...poslali jsme jim s manželem děkovný dopis..." (Irena)

„...Ti doktoři a sestřičky byli hrozně fajn, rozhodně se ke mně chovali hrozně pěkně..."(Blanka)

„...On byl na jipce. Tam byli hodní..." (Klára)

„...sestry byly úplně úžasné. Pomáhaly mi..." (Katrin)

Kategorie vnitřní prožívání

Optimismus a pozitivní přístup k situaci jsem spolu s oceněním a předchozí zkušeností s mateřstvím sdružila do kategorie vlastní prožívání.

„...říkala jsem si, že tam budu ležet a že vydržím, co půjde..." (Lenka)

„...I mi ji dali chvilku na břicho. To jsem byla ráda..pohladila jsem ji a říkala, že všechno zvládneme, že je šikovná..." (Lenka)

„...ale já jsem se hnala za tou vidinou, že to půjde..." (Lenka)

„...věděla jsem, že budeme cvičit Vojtovu metodu..tak jsem věděla, že to má smysl, že to známe, že všechno bude v pořádku..." (Irena)

„...mě dává všem maminkám za vzor, že jsem taková pozitivní. Ale já jí říkám, co mi zbývá...(Petra)

Kategorie duchovní oblast

Maminky nacházely posilu i v duchovní oblasti. Víru, modlitbu přátel a křest dítěte přímo v nemocnici zmiňovaly tři dotazované ženy. K této duchovní oblasti jsem zařadila i altruismus, který se projevoval pomocí jiným maminkám. Pomáhaly si v tom, v čem si mohou pomoci jenom maminky.

„...A my jsme věřící, takže naši všem řekli a všichni se za nás modlili..A potom jí byly tři týdny, tak jsme ji nechali pokřtít...oni řekli, že můžeme. Kněz přišel v hábitu...ona byla v inkubátoru, takže sestřička nám dala stříkačku a on ji jenom tak trochu stříkl na hlavičku..." (Mirka)

„...někteří se za mě modlili, to bylo taky povzbuzující, i třeba v modlitbách matek...že mi ta víra hodně pomohla, jakože vždycky, když jsem myslela na to, že tam ten malý leží a já jsem doma bez něho, aby tam Bůh byl s ním nebo Ježíš nebo Panna Maria, to mě tak uklidňovalo"... (Blanka)

„...a víra a vztah k Bohu byla hodně důležitá...že nás přidala do seznamu těch, za které prosí. Říkala jsem si, že je hezké, jak na nás někdo myslí..." (Radana)

„...já jsem se dala do kontaktu s paní z mléčné banky. Tak i pro mě bylo fajn, že jsem se mohla angažovat a že jsem do té mléčné banky vozila svoje mléko..." (Katrin)

„…Já jsem měla mléka hodně. Nosila jsem i ostatním miminkům...ještě něco jsem dala kamarádce...Pak jsem dávala i inzerát, jestli to někdo nechce zadarmo...takže mi napsala ta paní a přijela si. Byla úplně šťastná..." (Lenka)

2.3.2 Co bylo nejtěžší?

Další okruh, označený pracovně „To těžké", jsem v tabulce zpracovala stejným způsobem. Podobné byly i kategorie, do kterých jsem slučovala jednotlivé koncepty. Tentokrát to však nebyly zdroje, ale bariéry. V tabulce uvádím následující rozčlenění: dítě, vztahy, vlastní prožívání, vnější podmínky.

Kategorie dítě

V kategorii věnované dítěti se nejčastěji objevoval problém odloučenosti, odtrženosti od dítěte. Matky, které předčasně porodily, oprávněně prožívají předčasné odtržení od dítěte jako nepřirozené. Měly by být spolu s dítětem spojené ještě několik týdnů. S tímto tématem souvisí i skutečnost nemožnosti dítě vidět bezprostředně po porodu. Zvláště po porodu operačním žena přechází ze stavu těhotenství do mateřství pod vlivem anestezie a může prožívat nereálnost porodu i nereálnost dítěte.

„…co bylo pro mě hodně těžké, že jsem vlastně to miminko neviděla ten první den. Manžel mi ho vyfotil...pak mě převezli na normální oddělení. Já jsem za ním hrozně chtěla, ale na tom oddělení nebyl nikdo, kdo by mě za ním odvezl. Manžel musel odjet do práce a sestra pořád chodila a říkala, že teď nemůže, že mají hrozný fofr. Já jsem měla pocit, že ho musím vidět. Byl to takový depresivní stav. A čekala jsem...pak jsem se naštvala a řekla jsem, že tam půjdu sama. Sestřička mi říkala, že nemůžu, že bych mohla někde spadnout. Já jsem řekla, že prostě jdu, a šla jsem. Pak jsem ho konečně viděla, že tam je, reálně, že tam leží...to mě hrozně uklidnilo...Ale je to hrozný pocit, že to miminko je kousek ode mě, ale já nemůžu za ním..." (Radana)

„…Je to divné, člověk něco má, ale není s ním. Jako kdyby kousek mě bylo někde pryč. Tak jsem si připadala taková prázdná.." (Klára)

„…První a nejhorší bylo, že jakmile to dítě porodím, takže vlastně od něho budu odtržená...že ten další den už pojedu domů. A to pro mne bylo nejhorší, jakoby, že malý

tam zůstane...nejvíc mne trápilo to odtržení, v době, kdy měl být ještě u mě v břiše, tak jsme od sebe byli nějakých 18 kilometrů daleko..." (Blanka)

„...A pak přijeli z Olomouce...a dali ho do toho inkubátoru a já jsem si ho mohla pohladit, a pak..." (Katrin)

„...a co bylo nejhorší, tak když jsem přišla domů bez ní..." (Lenka)

„...ale bylo to divné, že ty moje miminka leží o patro výš. A já než jsem se tam dostala, tak to dalo strašné práce..." (Petra)

„...Protože to těhotenství bylo tak krátké, že mi přišlo líto, že jsem to těhotenství neměla. Sotva mi začalo růst břicho, jednou mě pustil pán sednout v tramvaji a už byl konec. Spíš to mě mrzelo. Že to bylo takové přeseknuté..." (Mirka)

„...Strašně dlouho trvalo, než jsem si uvědomila, že mám dítě. Protože to bylo miminko, na které jsem se chodila dívat, ale oni mi řekli, co můžu a nemůžu. Já jsem nikdy o ničem nerozhodovala….tak jsem tam stála a ptala se sestřičky, jestli si ji můžu pochovat. A ona řekla, že samozřejmě, že je to naše miminko...tak jsem si ji pochovala...Ale až když jsem ji měla doma, tak jsem to brala, že teda máme miminko. Že je naše..." (Mirka)

Předčasný porod je nepřirozený proces, v těhotenství mohou být stavy, které jsou rizikové a označované za hrozící předčasný porod. Ale vždy je to situace, která přichází nečekaně a zastihuje ženy nepřipravené. Nepřipravené na porod jako takový, nepřipravené na mateřství, nepřipravené na život ohrožující stav dítěte. Přestože předčasný porod není dnes vzácností, ženy znají tyto situace většinou jen z doslechu a nepřipouštějí si, že by to mohlo potkat i je samotné.

„...To bylo v 16. týdnu, kdy mě hospitalizovali kvůli tlaku...říkal, že pokud se ten tlak nesníží, tak by se muselo to těhotenství ukončit. To byl pro mne šok. Protože malý byl v pořádku...takže jsem si to neuměla představit..." (Radana)

„...No, já jsem měla úplně bezproblémové těhotenství...že by museli vyvolat předčasný porod...ten říkal, že to musí jít hned. Já jsem tomu nevěřila...takže pak teda jsem šla rodit. Do té chvíle to bylo takové, že jsem si to nepřipouštěla..." (Mirka)

„...no v noci jsem se probudila a strašně mě bolely záda...ona mě vyšetřila...nevěděla, co s tím, protože jsem byla prvorodička v 27. týdnu...Řvala, já jsem měla nohy nahoře a manžel byl v čekárně. A řekla mi, že rodím...já jsem řekla, že jsem nevěděla, že rodím, že mě jen bolelo břicho...tak si pamatuju, že mi řekla, ať ještě vylezu nahoru, že se podívá, jestli to děcko žije. To bylo strašné..." (Katrin)

„...Já jsem nevěděla, že by mohlo něco takového přijít...Já jsem, že jsem těhotná, zjistila až ve 28. týdnu. Já jsem to nevěděla, ani mi nebylo špatně, měla jsem normálně měsíčky. Já jsem přibrala jen dvě kila, takže ani břicho nebylo vidět. A pohyby – to si pamatuju, že jsem si koupila něco na střeva a žaludek. Ale vůbec mě to nenapadlo. To bylo, jako kdybych snědla konzervu fazolí...strašně mi bušilo srdce a pořád jsem si to nemohla uvědomit. Říkala jsem si, že to není možné...potom jsem šla na vyšetření... a v pátek už byl na světě. Takže to bylo hodně rychlé..." (Klára)

Kategorie vztahy

Podobně jako v předchozím okruhu i do oblasti bariér patří velká skupina pojmů, které se týkají vztahů. Tak jak vztahy ovlivňují zvládání situace, tak i situace ovlivňuje vztahy. Náročnost, krize, nezkušenost. Nikdo nechce vědomě ublížit, a přesto stojí na jedné straně různá očekávání a na druhé možnosti jejich naplnění. Výsledkem jsou zbytečná nedorozumění, zbytečná zklamání. Nejvíc bolí narušené vztahy mezi těmi nejbližšími, ale i nepochopení od přátel je důvodem k lítosti. V jednotlivých výrocích se dá rozlišit, kdy nedostatečná podpora pramení z nezájmu a kdy je to jen momentální indispozice a neschopnost vyrovnat se se situací.

„...Přítel tam byl se mnou, ale má trošku fobii z doktorů, tak šel třeba k oknu...Ale pak se jich tam nahnulo hodně, tak ho odvedli pryč..." (Lenka)

„...šel se mnou jen o víkendu...protože se mu začalo dělat zle..." (Lenka)

„...v rodině padlo, že lidé ví, jak dnes ti postižení lidé jsou...ale dostalo se ke mně, že by možná bylo lepší, kdyby to dítě umřelo, a že si uděláme druhé..." (Katrin)

„...Takže to jsme potom měli takovou krizi. Jedna babička sice byla v důchodu a druhá těsně před důchodem, ale ta, co byla v důchodu, tak stejně pracovala. Takže mi nepomáhaly. Já jsem myslela, že někdo přijde a vezme si třeba na dvě hodiny ty kluky

do kočárku...to by mi strašně pomohlo. Být chvilku sama, bez těch dětí. Trochu se to pokazilo. Ale pak už se to spravilo...čím byli starší, tak se ty babičky tak nebály, jako když byli tak hrozně malincí..." (Irena)

„...No, mně přijde, že moji rodiče byli strašně dlouho takoví pesimističtí...nevím, jestli věřili, že to bude dobré...věděli ty fakta, ale nebyli v té nemocnici a neviděli ten personál...neviděli ty ostatní miminka a ty inkubátory. Takže pro ně to bylo, že se narodilo miminko, které má do kila, a není možné, aby to dobře dopadlo. Takže naši tomu moc nevěřili...takže já už jsem jim potom říkala, ať už nejezdí...po prve tam šli až po měsíci...byla pořád maličká, měla necelé kilo. Ale už nebyla tak červená a měla míň hadiček. Už to bylo lepší...Tchýně byla úplně dojatá...a taťka byl taky dojatý..." (Mirka)

„...no a manžel, to bylo taky takový, že nevím, co se v něm odehrávalo. On je takovej uzavřenej typ, tak on nedá moc ty emoce najevo, takže to tak navenek vypadá, že to s ním nic moc nedělá...ale moc se neangažoval v té péči tam, nebylo mu to příjemné. Ho trochu stresovalo to prostředí...mrzelo mě to trochu u mýho manžela, že nebyl u porodu, že to se mnou neprožíval tak, jak měl...myslím, že jsme v tom byli každej sám za sebe, že jsme si to každej prožívali po svým...nesdíleli jsme to společně..." (Blanka)

„...Asi to bylo pro manžela těžké. Lidé se ho ptají, jak jsme to zvládli, a on tak prohlásil, že docela dobře...On to asi moc neprožíval. Tehdy s dcerkou jsme jezdili každý den spolu, sdíleli jsme tu radost i bolest. Teď měl takový pocit, že to šlo docela dobře, protože tentokrát to šlo mimo něho. Ale já jsem to nesla těžko..." (Radana)

Ke vztahům patří i fenomén staršího sourozence toho předčasně narozeného dítěte. Matka prvorodička je nezkušená, všechno je pro ni po prve, ale má možnost se soustředit pouze na to své právě narozené dítě. V rodinách, kde už je starší sourozenec, mají na co navazovat, jsou v péči jistější, řeší však jiný problém. Kdo se postará o starší dítě, které je ještě závislé na matce? Jak ona rozdělí čas a pozornost mezi všechny své děti, jak se s touto náhlou změnou vyrovná ta starší dítě? Je natolik zralé, aby pochopilo, že není odstrčené, že je to jen dočasný stav? Bude žárlit nebo zareaguje nějak jinak? Jak to rodina zorganizuje. Z celkového počtu devíti maminek se musely čtyři vypořádat i s těmito otázkami.

„…No a další věc byla, že jsem měla doma tříletou dcerku, takže ona mě potřebovala. Vyžadovala si moji pozornost a bylo vidět, že je jí líto, že s ní najednou nedělám to, co předtím...jestli jí tím vlastně neubližuju...chtěla jsem co nejdřív domů, protože se mi po ní strašně stýskalo...malou jsme dali spát a já jsem jela za malým...pak jsem jí to vynahrazovala, ona každý den před spaním chtěla povídat o bráškovi...mohla sice být u babičky, musela by tam být i na noc,ale my jsme ji nechtěli odložit. Nechtěli jsme ji vyčlenit z té rodiny..." (Radana)

„…a ještě vlastně mám staršího syna...tak ten byl na druhý koleji...já jsem ho vůbec nevnímala, vůbec jsem ho nevnímala. Tak ten starší měl tehdy 12 let, tak já jsem to brala, že třeba už mě tolik nepotřebuje. Není to pravda, jako, jo, už tenkrát, když jsem se dozvěděla, že budu rodit, tak potom onemocněl...když mě tenkrát odvezli, že prostě nějakou dobu ležel...že psychicky onemocněl z toho. Dodneška nevím, jak to zvládal tu dobu po tom porodu, ani jsem to s ním moc neřešila, ale asi to nebylo ideální. Já jsem neměla fakt pocit mít ho v hlavě, já jsem měla v hlavě jen toho malýho...myslím, že on to nějak vzal, že prostě musí být na druhé koleji, nějak to přijal. Nikdy jsem to s ním neřešila… " (Blanka)

„…My máme kromě dvou synů ještě starší dceru, je o 4 roky starší než kluci. Ale ona taky pochází z dvojčat...jedno se narodilo mrtvé...ona byla takové zlatíčko, vůbec nepřekážela...mají krásný vztah..." (Irena)

„…Tím, že my jsme měli toho staršího, tak já jsem nemohla jezdit tak často, jak bych chtěla. Probrečela jsem celou cestu v autě, bylo mi líto, že je tam nechávám. Na druhou stranu mi to bylo líto kvůli tomu staršímu, ten měl dva a půl, když se narodili. Ale zase jsem si říkala, že oni si to zase tak moc neuvědomují jako ten starší, který už má trochu rozum...my jsme se snažili, aby se mu pořád někdo věnoval, aby nebyl odstrčený..." (Petra)

Kategorie vlastní prožívání

Další skupinu tvoří koncepty vztahující se k vlastnímu prožívání. Byl uváděn strach o dítě i obavy z možného postižení dítěte. Tyto pocity jsou spojeny i s pocitem vlastního selhání, ženy se cítí vinné, hledají, kde udělaly chybu. Předčasný porod vnímají jako selhání v roli matky a někdy se jim vzniklou situací hroutí sen o ideálním

mateřství, jak je prožívaly ve svých představách. Někdy jsou to jen jejich vysněné představy, někdy nepřiměřená očekávání okolí.

„...nejtěžší byl ten začátek, takové ty výčitky, že jsem selhala, že jsem udělala něco špatně...řekli, že za to nemůžu, že jsem porodila dřív, že to byl streptokok. Ale já jsem si vyčítala, že jsem něco pokazila a že nebudou zdraví. Nedokázala jsem si představit, že bych zůstala s těmi dětmi doma, kdyby měli nějaké postižení..." (Irena)

„...že se člověk o to své dítě bojí, tak to bylo opravdu nejhorší..." (Katrin)

„...Tak to byl strach. Strach, protože on má na ruce opičí dráhu...jestli nemá Downův syndrom...naštěstí mi volal, že nemá..." (Klára)

„...mu dokonce hrozila úplná slepota..." (Katrin)

„...Co bylo nejtěžší? Asi takový ten strach o ni. Aby byla v pořádku...A takový ten můj subjektivní pocit, že jsem ji nedokázala donosit, proč se to stalo, proč se musela narodit tak brzo, ještě malinká..." (Lenka)

„...hrozně jsem se bála o toho malého drobečka a hrozně jsem se soustředila, abych to jako maminka zvládla..." (Jana)

„...A taťka mi řekl, že kdo jiný by měl mít takové mimino (postižené) jako já, když jsem speciální pedagog. Takže to tak ukončil, že to nebudeme řešit. Mně by nevadilo, že bych měla takové dítě, ale spíš kvůli ní, že by to měla těžké..." (Mirka)

„...Tak jsem si taky říkala, že kdybych jela do porodnice dřív, kdyby mě to napadlo, že to, co ze mě teče, je plodová voda, tak jsme mohli jet dřív a mohli dostat ty kortikoidy..." (Petra)

„...Takové ty pohledy těch lidí...já jsem měla pocit, že se na tu matku dívají tak, že ona je ta, která to nezvládla, že má něco špatně, že to dítě neudržela...." (Katrin)

„...nesdíleli jsme takový to první, to narození toho dítěte, to první, když si ho vezmeš do rukou a tak...že to neproběhlo tak, jak to proběhnout má. Tak, jak to probíhá přirozeně...tak, jak jsem si to představovala, jak to má být ideální A zažila jsem to u prvního dítěte, byla jsem normálně s tím partnerem, prostě ten byl u toho, všechno normálně. Normálně jsme se rozpojili a všechno bylo tak, jak má být..." (Blanka)

„…Pracující, strašně angažovaná, mladá ženská...tak já jsem měla těhotenství přesně naplánované. Že tehdy otěhotním, tehdy porodím, tehdy odstátnicuju, pak počneme druhé dítě. Všechno podle nějakého plánu. Ale pak se to všechno udělalo nějak samo..." (Katrin)

„…a já jsem chtěla být strašně perfektní matka a všechno mít super...chtěla jsem mít všechno uklizené, uvařené. Že chci být dokonalá matka a nejde to stihnout...Dneska vím, že je to blbost, být supermanka..." (Irena)

Moje respondentky byly matkami předčasně narozených dětí, ony prožívaly jedinečnost své situace a těžko přijímaly skutečnost, že v porodnici se přece jen rodí většina dětí v termínu, děti zdravé, nevyžadující zvláštní péči. V přítomnosti takových „šťastných" matek se necítily dobře, připadaly si vyčleněné. Srovnávaly stav svých dětí se stavem i jiných předčasně narozených, těžce nesly srovnání s lepšími výsledky, ale zátěží bylo i bezprostřední sekání s úmrtím dítěte jiné matky.

„…A potom, když jsem se probudila, tak to bylo na tom to nejhorší. Ty dva dny na jipce. ...Když jsem se probouzela, tak se tam ty matky všechny povídaly, protože byly třeba o dvanáct hodin dřív, takže už byly takové svěží. Pak jim tam nosily ty děti na kojení. Takže to bylo pro mě nepříjemné. Pak se mě ptaly, s čím tam jsem, protože tam byly i s něčím gynekologickým. Tak to bylo takové blbé..." (Mirka)

„…my jsme jen stáli u inkubátoru a ostatní chovali a koupali...když ona strašně pomalu přibývala a já jsem věděla, že ty ostatní děti mají třeba dvě a půl kila a šli domů, tak já jsem si nedokázala představit, jak dlouho ona tam ještě bude..." (Mirka)

„…a ještě nastala situace, kdy jsem tam přišla a on nebyl na svém místě, jak býval...a ten inkubátor byl prázdný...oni ho předělali, ale mě to nikdo neřekl. Bylo to hrozně nepříjemné...I jsem zažila, kdy vlastně miminko umíralo, kdy mělo špatné srdíčko a bylo na přístroji...takže jsem tam zažila, kdy maminka přišla o to miminko, musela jsem odejít..." (Radana)

Kategorie vnější podmínky

Vnější podmínky, které působily jako bariéry, se někdy ovlivňují snadněji než negativní vnitřní prožívání nebo vztahy. Tato oblast může být inspirací pro hledání určitých řešení a opatření. K těmto ovlivnitelným fenoménům patří např. nemožnost

pobytu matky s dítětem spojená se vzdáleným bydlištěm. Tento problém nebyl častý, protože převážná většina žen uváděla bydliště přímo v Olomouci.

„...Mně prostě vadila ta díra v tom, že prostě jsem tam jenom nemohla být, já jsem z toho byla nešťastná, že tam nemůžu být s ním...to že nemůžu být s tím dítětem tam, že tam není nějaký ubytování pro ty matky, aby tam mohla být, abych tam mohla být po celou tu dobu s ním. Mně nešlo o mě...trošku mne to urazilo, když mi tam jedna doktorka řekla, že nejsou ubytovna, jako...mně nešlo o mě, abych já si tam někde vegetila, abych si ležela na ubytovně a vozili mi tam obědy nebo něco, ale abych mohla být u toho dítěte...tvrdí, že tam můžu být ve dne v noci, ale to není reálný...jak strašně je člověk vyčerpanej a pak se zase musí trmácet domů..." (Blanka)

„...Byla jsem sice jen o patro níž, ale pro mne to bylo fyzicky náročné dostat se za ním a mé psychice by také prospělo, kdybych byla co nejblíž...Pak bylo pro mne těžké to, že jsem na to byla docela sama...bylo těžké se střídat u té malé doma...babičkovská výpomoc? Nemáme. Nešlo to...Když už jsem byla propuštěná, tak by bylo dobré, kdyby byl u oddělení JIP nějaký dětský koutek, kde by si naše starší dcerka mohla chvíli pohrát nebo se podívat na pohádku a já bych mohla s manželem jít za jejím bráškou a sdílet s ním návštěvu, třeba jen na pár minut..." (Radana)

Identifikovala jsem ještě další koncepty, které nespadají do žádné z uvedených oblastí, nevyskytovaly se tak často, to však neznamená, že pro ty ženy byly v určitém časovém úseku méně důležité. Byly to například pocity dlouhodobosti situace, jednotvárnosti, neukončenosti. Neviděly horizont, datum, termín, ke kterému by směřovaly.

„...Všechno to chtělo čas, postě počkat. Ty dva měsíce. Ale člověk nevěděl, jestli to bude týden, dva, kdy to bude. Takže to čekání bylo nejhorší...nevěděla jsem, kdy si ho budu moct normálně vzít domů...to byl ten nejdelší a nejhorší čas. Všichni se ptali, jak to je, ale my jsme nevěděli, co říkat, protože jsme sami nevěděli..." (Klára)

„...takže já jsem si nedokázala představit, jak dlouho ona tam ještě bude. Takže ke konci to už bylo strašně dlouhé.." (Mirka)

2.3.3 Pozitivní přínos situace

Přestože se ženy a jejich rodiny potýkaly s mnohými těžkostmi a bariérami, nacházely mnoho zdrojů pomoci ke zvládnutí této náročné životní situace. Každá žena je jiná, každá rodina má jiné možnosti a jiné zvládací mechanismy. Příběhy jsou vyprávěny s odstupem minimálně půl roku. V této době už vybrané ženy zažívaly zkušenost a vědomí, že situaci zvládly. Přiznávaly pozitivní přínos této zkušenosti, osobní růst a především posílení vztahů, stmelení rodiny. Zaznamenávala jsem změnu v žebříčku životních hodnot, vděčnost za život dítěte i docenění pomoci okolí. Ze situace vycházely odolnější, zodpovědnější, sebevědomější a s větším porozuměním k problémům jiným. Procházely obdobím nejistoty a obav o zdravý vývoj dítěte, musely se vyrovnat i s eventualitou postižení dítěte. Zaznělo také přiznání určitých vlastních chyb, uvědomění si, že by dnes jednaly jinak.

Jejich výpovědi někdy přímo reagovaly na otázku „Co vám to dalo?“, někdy jsem hodnocení přínosu pro rodinu nacházela v průběhu vyprávění. Jednotlivé pojmy jsem taktéž zpracovala ve formě tabulky, stejným způsobem jako předchozí dvě velká témata. Koncepty jsem neseskupovala do určitých kategorií, samotný název okruhu „Pozitiva“ vyjadřuje vzájemný vztah a odlišnost.

„…Dalo mi to trpělivost, jak jsme se učily to kojení. Pak si člověk řekne, že toto jsou důležité věci a ne nějaké ostatní kraviny. Určitě bych si dávala pozor na tohle. Vykašlala bych se na pitomé uklízení, nervy...a hlavně dělat všechno pro to miminko...“ (Lenka)

„…Myslím si, že si těch dětí mnohem víc vážíme s manželem...že ty děti máme vybojované...nějak cítím, že mi je manžel oporou, že jsme to vybojovali...takže si říkám, že jsem na sebe hrdá...a manžel to oceňuje. Takové situace asi lidi sbližují. Jsme hrozně rádi, jak to dopadlo, a stmelilo nás to...“ (Radana)

„…Je to zkušenost. Pořád je to o strach...Zodpovědnost za to dítě...Vydržet to, mít trpělivost...a stmelilo nás to i s manželem...“ (Klára)

„…že já jsem se o sebe nikdy nějak nebála, ale teď, jak mám ty tři děti, tak jsem si říkala, že co když se něco stane mně ...a moje maminka...a oni tady zůstanou, kdo se o ně bude starat...jsem se začala víc o sebe, ale kvůli nim, ne kvůli sobě. Taková

zodpovědnost. Říkám si, že na sebe musím být opatrnější. Když je člověk sám, tak nad takovými důsledky nepřemýšlí. Ale takto si to člověk tak rozmýšlí – sednout do auta a tak..." (Petra)

„...Já jsem do toho státnicovala, takže na to nevzpomínám ráda. Ale byla jsem smířená s tím, že udělám maximum. První dítě a pak až škola...a oni věděli, že jsem silná ženská, která všechno dokáže..." (Katrin)

„...manžel mi hodně pomáhá s malou...jsme šťastná rodinka..." (Jana)

„...to bylo všechno v pohodě, to už bylo jen hezké. I když brečela, i když jsme nespali, tak mi to vůbec nevadilo...že jí budou brát krev z hlavičky, ale mě už přišlo, že to nic není. Tak si tam zapláče a já si ji pak odvezu domů a dobré. Takže vlastně díky tomu teď už nemám žádné problémy..." (Mirka)

„...mně to tak nevadilo, že bych měla takové dítě (postižené). Ale spíš kvůli ní, že by to měla těžké...třeba kdyby neslyšela..., tak mi přijde, že ten život mají dobrý. Jako mají bariéry, ale to má i zdravý člověk, který má třeba problémy v rodině..." (Mirka)

„...Já jsem ráda, že všechno nakonec proběhlo dobře, že je syn zdravej, ale nevzpomínám na to ráda, není to příjemná vzpomínka...tady mám pořád rozpačitý pocit, ale spravuje se to, tím, že malý je v pořádku...Dalo mi to porozumění, co všechno je v tom za těžkosti, že když se ti něco takovýho stane a třeba i v jiných věcech...já jsem si to uvědomila, že to má i finanční dopad...že máš spoustu výdajů navíc, se kterýma nepočítáš..." (Blanka)

„...A manžel, to je číslo jedna v té pomoci. Tam kdyby nefungoval ten vztah, tak je to někdy na rozvod. Myslím, že ne každý by to ustál...Myslím si, že někdy to může i rozbít manželství, když se vám něco takového stane. Když nemáte tu podporu v tom partnerovi nebo když si nerozumíte. To je taková hrozná prověrka vztahu. Pro mě i v tom prvním i v tom druhém případě. Asi nás posílil už ten první případ..." (Irena)

„...Dneska už bych to zase dělala jinak. Jak je člověk starší, tak je moudřejší ...a já jsem chtěla být perfektní matka...dneska vím, že je to blbost..." (Irena)

„...oni ty vnoučátka milují...bez nich bych se asi bláznila. Já obdivuju maminky, které to zvládnou samy...protože je to těžké zvládnut sama..." (Petra)

2.3.4 Odpověď na výzkumné otázky

Výsledky výzkumného šetření dávají odpověď na stanovené výzkumné otázky: Co bylo pro ženy po předčasném porodu nejtěžší? a Co jim pomohlo tuto situaci zvládat? Zodpovězena byla také dodatečně vyslovená výzkumná otázka: Jaký byl pro ženy pozitivní přínos této situace?

Cílem výzkumu nebylo pouze přinést statisticky podložené údaje o výskytu bariér a zdrojů u vybraného vzorku. Cílem bylo především porozumět zkoumané oblasti v co nejširším kontextu. Ve výsledných výčtech jsou tedy uvedeny všechny zdroje a bariéry, které jsem ve svém výzkumném vzorku identifikovala. Přestože vybraný vzorek devíti matek není dostatečně reprezentativní a nedovoluje výsledky aplikovat na celou skupinu, nabízí širokou škálu konceptů. Každá rodina je jiná, každá je jedinečná. S touto jedinečností je třeba k rodinám přistupovat i v sociální práci.

Následující tabulky předkládám jako výsledný soubor zdrojů, bariér a pozitiv, ke kterému jsem výzkumným šetřením došla.

	MIRKA	BLANKA	PETRA	LENKA	RADANA	IRENA	KATRIN	KLÁRA	JANA
DÍTĚ									
příznivý stav dítěte	☺	☺	☺			☺		☺	☺
možnost denně být s dítětem	☺			☺		☺	☺	☺	☺
kojení	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
nastavení režimu, důslednost			☺			☺			
fyzický kontakt s dítětem bezprostředně po porodu				☺		☺	☺	☺	
temperament dítěte			☺						
VZTAHY, PODPORA									
manžel, pevný partnerský vztah	☺		☺		☺	☺	☺	☺	☺
rodiče, rodina	☺	☺	☺	☺		☺	☺	☺	☺
přátelé, kamarádky	☺	☺		☺	☺	☺	☺		
svépomocné skupiny	☺			☺		☺		☺	
ostatní matky z NJIP					☺		☺		
pozitivní zkušenost okolí s PP	☺			☺					
ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL									
přístup personálu NJIP	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺
laktační poradkyně		☺							☺
úroveň zdravotní péče						☺			
technické možnosti				☺			☺		
obvodní pediatr								☺	
VLASTNÍ PROŽÍVÁNÍ									
pozitivní přístup k situaci	☺		☺	☺			☺		
předchozí zkušenost s mateřstvím			☺		☺	☺			
předchozí zkušenost s PP					☺	☺			
předchozí zkušenost s vlastní perinatální ztrátou						☺			
ocenění od kamarádek				☺					
nemá srovnání s normálním porodem	☺				☺				
zaměření se na jiné aktivity							☺		
SPIRITUALITA									
víra, modlitby	☺	☺			☺				
altruismus – pomoc jiným maminám				☺		☺	☺		
VNĚJŠÍ PODMÍNKY									
blízkost bydliště	☺			☺					
zajištěná péče o starší dítě			☺		☺				
zázemí	☺	☺	☺						
	MIRKA	BLANKA	PETRA	LENKA	RADANA	IRENA	KATRIN	KLÁRA	JANA

Tabulka 4: Co jim pomohlo situaci zvládnout?

	MIRKA	BLANKA	PETRA	LENKA	RADANA	IRENA	KATRIN	KLÁRA	JANA
DÍTĚ									
odloučenost od dítěte	☹	☹	☹	☹	☹		☹	☹	☹
nemožnost vidět dítě bezprostředně po porodu	☹				☹				
strach o dítě			☹		☹			☹	☹
kritický stav dítěte							☹		
nereálnost dítěte	☹								
nezkušenost s mateřstvím							☹	☹	
nečekanost situace		☹	☹	☹		☹	☹	☹	☹
časová náročnost kojení a odstříkávání		☹							
VZTAHY									
neangažovanost partnera		☹		☹		☹			
nedostatek podpory od rodičů	☹				☹				
nedostatečná podpora přátel		☹							
ambivalentní pocity vůči staršímu dítěti			☹		☹				
odpoutání se od staršího dítěte		☹			☹				
strach informovat rodinu							☹		
VLASTNÍ PROŽÍVÁNÍ									
nejistota	☹					☹		☹	
obavy z postižení dítěte	☹	☹	☹	☹		☹	☹	☹	
sebeobviňování									
nenaplněná představa ideálního mateřství		☹				☹	☹		
obavy o vlastní profesní život						☹			
srovnání s jinými dětmi	☹								
přítomnost matek „zdravých dětí“	☹								
zážitek úmrtí dítěte jiné matky					☹				
strach z vlastního selhání									☹
stesk po domově									☹
VNĚJŠÍ PODMÍNKY									
pooperační stav matky		☹							☹
dlouhá hospitalizace	☹								☹
vzdálenost bydliště		☹							
nemožnost být s dítětem podle vlastních představ		☹	☹						
přístup personálu gynekologického oddělení							☹		
OSTATNÍ									
dlouhodobost situace	☹								
jednotvárnost	☹								
nevidí konec	☹							☹	
větší náročnost péče o dítě			☹	☹				☹	
zkušenost s postižením ve vlastní rodině							☹		
	MIRKA	BLANKA	PETRA	LENKA	RADANA	IRENA	KATRIN	KLÁRA	JANA

Tabulka 5: Co bylo nejtěžší?

	MIRKA	BLANKA	PETRA	LENKA	RADANA	IRENA	KATRIN	KLÁRA	JANA
upevnění vztahu s manželem	☼			☼	☼	☼	☼	☼	☼
přehodnocení	☼		☼	☼	☼	☼	☼	☼	
vděčnost	☼		☼		☼				
osobní růst, odolnost	☼			☼		☼	☼	☼	☼
přijetí možnosti postižení dítěte	☼								
přijetí situace jako životního úkolu	☼								
životní zkušenost		☼		☼		☼	☼	☼	
porozumění jiným matkám		☼	☼						
uvědomění si náročnosti situace		☼							
akceptace rozdílu mezi ideálem a skutečností		☼							
větší zodpovědnost k sobě			☼					☼	
ocenění rodinného zázemí			☼						
ocenění od manžela					☼				
hrdost					☼				
trpělivost				☼				☼	
	MIRKA	BLANKA	PETRA	LENKA	RADANA	IRENA	KATRIN	KLÁRA	JANA

Tabulka 6: Pozitivní přínos situace

Cíl práce jsem naplnila zjištěním, že každá rodina jako jedinečná má své vlastní bariéry i své vlastní zdroje pro zvládání zátěže. Nenašla jsem jediný zdroj, který by pomohl všem rodinám zvládnout situaci předčasného porodu, a nevyhodnotila jsem jednu společnou bariéru, která by bránila tuto situaci zvládnout.

Jak jsem již uvedla, na situaci a výsledné soubory pohlížím komplexně, nehledám statistické pojetí jednotlivých konceptů. Přesto mohou výsledky zobrazené v tabulkách vypovídat o důležitých skutečnostech. Častější výskyt určitého fenoménu může poukazovat na jeho velkou roli v procesu zvládání situace. Ale přítomnost několika nejčastěji se vyskytujících zdrojů nemusí být ještě zárukou úspěšného prožití situace a naopak. I při absenci nejčastěji uváděné podpory je rodina schopna situaci zvládnut, hledá jinou podporu, jiné zdroje. Proto nejsou výsledné koncepty seřazeny podle četnosti výskytu, ale ponechávám je seskupené do kategorií, a předkládám tak co nejširší přehled předpokladů a bariér, se kterými se rodina setkává při zvládání sociální situace po předčasném narození dítěte.

2.4 DISKUSE

V této kapitole uvedu výsledky studie do kontextu současné literatury, která byla zmíněna v teoretické části. Vyvodím také možnost, jak by se dosažených výsledků dalo využít v oblasti sociální práce. S ohledem na současnou situaci a možnosti, které jsou rodinám nabízeny, navrhnu i určitá opatření pro pomoc rodinám a usnadnění jejich situace.

2.4.1 Výsledky v kontextu současné literatury

Z výsledků šetření vyplývá, že předčasné narození dítěte je velkým zásahem do rodiny. Zasahuje nejen do fungování nukleární rodiny, ale ovlivňuje vztahy mezi ostatními členy rodiny i vztahy rodiny navenek. V systémovém pojetí hovoříme o tom, že změna v jednom podsystému vyvolává změnu celého systému a mění i vztahy v rámci mezo i makrosystému. (Matoušek 2003: 82 – 84, Matějček 2005: 359)

Matějček (2005: 253) popisuje porod jako stresující pro matku i dítě, upozorňuje na důsledky odloučení. Tomuto odpovídá i prožívání odloučení a potřeba být s dítětem u zkoumaných matek. Porod vnímají jako nečekanou a stresovou událost. Kojení je fenoménem čistě mateřským a ničím nenahraditelným, pro matku nedonošeného dítěte se stává středem jejího zájmu, smyslem, náplní i komunikačním prostředkem s dítětem (Matoušek 2003: 66, Sobotková a Štembera 2003: 385 – 388).

Narození dítěte bylo vnímáno i jako prověrka partnerských vztahů a možnost manželské krize. To je v souladu s výsledky Matouškovy studie. (Matoušek 2003: 66 – 70) Při zvládání zátěže se projevila jako velká podpora sociální síť rodiny, především matka matky poskytuje psychickou podporu i praktickou pomoc (Matoušek 2003: 84 – 85, Ratislavová 2008: 85).

Pojetí předčasného porodu jako určité životní situace, která ovlivňuje sociální fungování, je spojeno s pojmem zvládání. Zvládání jako schopnost naplňovat a prožívat určité role, zde především roli matky. Ve výpovědích se často objevoval pocit selhání právě v naplňování role mateřství. (Navrátil 2001: 12 – 14) S naplňováním mateřské role souvisí i pocit touhy po nějakém ideálním stavu, mnohdy jen vysněném, nereálném.

Nevyrovnání se s realitou tak může být příčinou krize. Na ideálních představách ideálního mateřství se podílí i široké okolí rodiny a media. (Havránková in Vodáčková 202: 228 – 237)

Psychické potřeby a prožívání matek, které jsem ve výsledcích uvedla, odpovídají výsledkům práce Hrazdilové (2013: 46), která sledovala ženy z pohledu porodní asistentky. Pokud bych vycházela z četnosti, tak nejčastěji pociťovanou potřebou byla v mém souboru potřeba kontaktu matky s dítětem, stejnou nejčastější potřebu uvádí i Hrazdilová. Andělová (2013: 25 – 32) se ve své práci zaměřuje na psychické prožívání matek po porodu, popisuje čistě psychologické kategorie prožívání matek po předčasném porodu (např. strachy, smutky) a uvádí vždy přesný početní výskyt těchto kategorií u zkoumaného vzorku. Cílem mého šetření však byl širší pohled na problematiku, zasazení předčasného porodu do kontextu rodinného fungování, proto jsem kategorii psychického prožívání zařadila pouze jako součást tohoto celistvého pohledu.

Velký vliv na zvládání situace měl také přístupu personálu neonatologické jednotky intenzivní péče. Nejen technické možnosti, ale i změny v systému péče v tomto oboru jsou velké, odpovídají trendu, který naznačují Sobotková a Štembera (2003: 385 – 388). V rozhovorech byl zmíněn význam a ocenění vstřícného přístupu i ocenění současné zdravotní péče. Personál se snaží ulehčit rodičům situaci, neomezené návštěvy dětí jsou samozřejmostí, vylepšují se prostory. Moderní technika je využívána nejen k zajištění odborné péče, ale zprostředkovává alespoň vzdálený kontakt rodičů s dítěte. Vedle pořizování fotografií nedonošených dětí to je např. kamerový systém, který dovoluje rodičům sledovat své dítě na dálku v době, kdy s ním nemohou být.

Rodiče se museli vyrovnávat také s možností, že následkem předčasného porodu bude určité postižení. Po celou dobu prožívali obavy, ani v době vedení rozhovoru nevěděli, zda vývoj jejich dítěte bude v budoucnu naprosto bez následků. U předčasně narozených dětí sledovaných matek se neprojevily závažné stavy jako je postižení centrální nervové soustavy, poruchy hybnosti, závažné postižení smyslových orgánů, slepota nebo hluchota. Děti vyžadovaly zvýšenou lékařskou péči, častější kontroly a vyšetření k vyloučení poruch, potřebu intenzivní rehabilitace. Ve dvou případech matky hovořily o oční vadě. Jistotu dalšího úplně bezproblémového vývoje však v současné

době ještě nemají, určité poruchy se mohou projevit později, někdy až při nástupu do školy. (Liška 2007: 86 – 88)

Jak jsem již uvedla, v průběhu realizace a analýzy rozhovorů jsem docházela k závěru, že navzdory náročné situaci mají sledované rodiny potenciál tuto zátěž zvládnout. Toto zjištění bylo v souladu s pojetím zdravého rodinného fungování a rodinné resilience. Ověřila jsem názor Sobotkové (2002: 12 – 27), že funkčnost rodiny nezáleží na množství a závažnosti situací, ale na kvalitě fungování rodiny. Také Plaňava (2000 in Sobotková 2012: 77) nepoměřuje rodinu existencí nebo absencí problému, ale existencí strategie pro zvládání. Sobotková i Plaňava zdůrazňují soudržnost, komunikaci, postojovou a hodnotovou orientaci a schopnost reagovat na změny jako základní principy pro zvládání zátěžové situace. Toto koreluje s mými výsledky. Jako pozitivní zdroje vykazovaly sledované rodiny pevný partnerský vztah, podporu širší rodiny, pozitivní přístup, účinnou komunikaci a sdílení, přizpůsobení se situaci. Zjištěná data odpovídají pojetí resilience Fromy Walshové (1998: in Sobotková 2012: 88), která považuje za stěžejní rodinné přesvědčení, organizační vzorce a způsob komunikace. Z těchto třech základních okruhů zdrojů vycházejí i zdroje mnou sledovaných matek – pozitivní přístup k životu, víra, podpora a pomoc širší rodiny, vnější zdroje, vzájemná spolupráce partnerů. Podle Walshové by při použití těchto faktorů měla rodina projít úspěšně krizí jako silnější a odolnější (2003 in Sobotková 2012: 80 – 107). Doporučuje otevřenost ve vyjadřování pocitů, neuzavírat problém v rodině v podobě rodinných tabu. Tato negativní zkušenost byla v rozhovorech taky zaznamenána, kdy neočekávanost situace a vlastní nevyrovnání se s ní bránilo matce v kontaktu s okolím, skutečnost předčasně narozeného dítěte se udržovala jako rodinné tajemství.

Ve výzkumném vzorku se sešly matky a rodiny, které situaci zvládly. Vzorek nebyl reprezentativní a nemohu z toho vyvodit závěr, že každá rodina, která zažije předčasné narození dítěte, projde úspěšně krizí a situaci zvládne. Navrátilová (2014: 68 – 79) doporučuje, aby se sociální pracovník zaměřoval na faktory, které pomáhají rodinnému fungování, a ty při své intervenci podporoval. Koncept Bartettové, která se také snaží vidět situaci komplexně, se však zaměřuje spíše na bariéry a překážky. Podle toho, ve které oblasti se bariéry objevují, na tu oblast se soustředí intervence sociálního pracovníka. Šrajer a Musil upozorňují na jedinečnost každé rodiny a na nemožnost pracovat podle určitého jednotného vzorce. (Šrajer, Musil 2008: 9 – 18) K podobnému

závěru jsem došla i při zodpovězení výzkumných otázek. Každá rodina vykazovala jinou schopnost zvládat situaci, každá rodina jinak pracovala se zdroji, každá se jinak vyrovnávala s bariérami.

2.4.2 Možnost využití výsledků v sociální práci s rodinou

V kontextu sociálního fungování, který byl popsán v teoretické části, předpokládáme intervenci sociálního pracovníka ve chvíli, kdy rodinné fungování selhává, kdy nároky prostředí převyšují zvládací schopnosti rodiny.

Zdařilé zvládnutí situace určité skupiny může být inspirací při práci s rodinami, které nejsou při prožívání stejné situace tak úspěšné. V široké škále posilujících zdrojů může sociální pracovník hledat možnosti podpory rodinného fungování, při znalosti velkého okruhu možných bariér může preventivně působit, rodinu připravovat nebo předem zajistit vnější zdroje. Navrátil (2007: 84) hovoří o reflexivním přístupu sociálního pracovníka. Reflexivitu vidí i ve schopnosti zvažovat všechny faktory, které příznivě nebo negativně ovlivňují situaci klienta.

Při výběru žen do vzorku jsem předem neznala podrobnější informace o jejich rodinné nebo sociální situaci, ani informace o stavu dítěte. Hledaná kriteria byla vázána pouze na porod ve stejné porodnici, výšku těhotenství, kdy došlo k porodu, minimálním šestiměsíčním odstupem od porodu a ochotou výzkumu se účastnit. Neznám ani podrobnější údaje o ženách, které účast odmítly primárně, ani o těch, které na mou výzvu nereagovaly. Ve výzkumném vzorku se mi sešly ženy, které byly finančně zajištěné, všechny kromě jedné v době otěhotnění pracovaly nebo pobíraly rodičovský příspěvek, všechny byly vdané nebo žily s partnerem, který byl rovněž zaměstnán. Jejich sociálně ekonomická situace tedy byla ve všech případech uspokojivá. Z tak malého vzorku nemohu odvodit, že by uvedené okolnosti měly vliv na ochotu účastnit se výzkumného šetření nebo je tato podobnost pouze náhodná. Oslovené matky nepociťovaly ve své situaci potřebu intervence sociálního pracovníka ani potřebu určitých sociálních služeb. Zjištěná skutečnost se tak liší od mého původního předpokladu, kdy jsem se domnívala, že pro úspěšné zvládnutí situace bude některá

rodina určitou formu vnější pomoci potřebovat. Výsledky výzkumu jsem tedy chtěla využít k identifikaci chybějící pomoci ze strany sociálních služeb.

2.4.3 Současné možnosti řešení sociální situace

Součástí struktury nemocniční péče Fakultní nemocnice Olomouc je i Sociální oddělení. Sociální pracovnice na základě požadavků jednotlivých oddělení řeší problémy související se sociální situací hospitalizovaných pacientů. Jedna ze sociálních pracovnic se cíleně věnuje hospitalizovaným dětem a jejich rodičům, jejími klienty jsou děti z Dětské kliniky i matky dětí novorozeneckého oddělení. Velké množství klientů, pracovní vytížení a nedostatek času jí však nedává možnost dlouhodobé a hlubší spolupráce. Z osobní zkušenosti vím, že i přes ochotu a laskavý přístup k matkám se její intervence omezuje na sociálně právní poradenství a pomoc matkám převážně s administrativními záležitostmi. V případě potřeby sociální oddělení zajišťuje kontakt na specializované služby. Organizace následné péče ve smyslu rané péče jako bezúplatné sociální služby pro děti s postižením je v kompetenci neonatoogického oddělení. Na tyto služby jsou odkazováni rodiče dětí, u nichž jsou diagnostikovány určité poruchy a postižení a vyžadují specializovanou péči a pomoc. Celorepubliková rodičovská organizace Nedokubko[1] pomáhá předčasně narozeným dětem a rodinám informovaností, psychickou a emoční podporou, vzájemným sdílením. Klinika má k dispozici také klinickou psycholožku, která aktivně vyhledává hospitalizované matky po předčasném porodu, sleduje psychický stav matek ve smyslu prevence vážných psychických problémů, nabízí podpůrnou terapeutickou intervenci, ta probíhá až na základě projeveného zájmu ze strany rodičů.

2.4.4 Navrhovaná opatření

Potřeba konkrétní sociální pomoci se ve výsledcích neobjevila, ale v rozhovorech jsem nacházela prostor pro činnost, která s kompetencí sociální práce souvisí.

1 Nedoklubko – [hlavní webová stránka]. Dostupné z: http://nedoklubko.cz/ [posl. akt. neuvedeno] [cit. 25.2. 2017].

Matky, které bydlely daleko, musely denně absolvovat složité cestování za dítětem. Finančně dostupné ubytování přímo v areálu nemocnice nebo blízkém okolí by jim situaci usnadnilo. Matky mají možnost být společně s dítětem pouze několik málo dnů těsně před propuštěním, kdy se učí za dohledu dětských sester samostatně o dítě pečovat. Pobyt je pro matky bezplatný a je hrazen zdravotní pojišťovnou. Těchto pár dnů je však nepatrným zlomkem v poměru s několika týdny hospitalizace dítěte. Situace by se dala řešit podáním návrhu přímo vedení neonatologického oddělení, ale nepředpokládám, že by nemocnice disponovala možností zajistit adekvátní formu ubytování. Problematikou pobytu rodičů hospitalizovaných dětí se věnuje sdružení Klíček[2] - dobrovolná neprofesionální organizace, která má cíl aktivně se podílet na pomoci nemocným dětem a jejich rodinám. Této činnosti se věnuje od roku 1992, má bohaté zkušenosti i s otázkou svépomocné rodičovské ubytovny. Zde by se daly hledat inspirace, zkušenosti i odborné rady k řešení tohoto problému.

Ženy po předčasném porodu jsou hospitalizované na pokojích v jiném patře kliniky než jejich děti. Pooperační stav jim mnohdy nedovoluje, aby došly samy bez pomoci za dítětem podle svých potřeb. Nedostatek a vytíženost pomocného personálu by se mohl řešit dobrovolníky, např. z řad studentek. Jedna maminka by také uvítala možnost krátkodobého hlídání staršího dítěte. I v tomto případě by se mohlo počítat s určitou formou dobrovolnické služby.

2 Nadační fond Klíček – [hlavní webová stránka]. Dostupné z : http://www.klicek.org/ubyt/index.html [posl. akt. neuvedeno] [cit. 25.2. 2017]

ZÁVĚR

Věnovala jsem se tématu předčasného porodu. Třebaže ovlivňuje rodinu jako celek, je to matka, které se dotýká nejvíce. Právě tyto matky se staly průvodkyněmi mé práce. Při volbě tématu mě vedla touha poznat z této problematiky něco víc, než jsem znala profesně z pohledu porodní asistentky a sálové instrumentářky. Vyjít za dveře sterilního operačního sálu do reality života. Téma pro mě bylo lákavé a zároveň jsem se obávala jeho intimity.

Při prvních setkáních s maminkami jsem je měla vedle sebe jako zaskočené, bezradné, vylekané, nedokázaly si představit, co je čeká, co bude, jak to zvládnou. Samy ještě bolavé z prodělaného porodu prožívaly jinou bolest. Některé poprvé zažívaly strach o někoho tak blízkého, jak blízké může být matce pouze vlastní dítě. Byly to obavy, strach, ale zároveň naděje a odhodlání.

Po půl roce jsem tyto ženy potkala znovu. Jakou prošly změnou! Proti mně předstupovaly dospělé, zralé, zodpovědné, sebevědomé, silné osobnosti. Uvědomovala jsem si ten růst. Měly za sebou i těžké období, učily se, zažily vlastní limity, objevovaly vlastní schopnost. Neutíkaly od situace, braly ji jako úkol a odpovídaly tak na výzvu života. Franklovo hledání smyslu v období bolesti. Ne, co ony chtěly od života, ale co život žádá od nich. Ony chtěly zdravé a bezproblémové dítě, ale život chtěl víc.

Trávily mnohé týdny v prostředí Neonatologického centra. Je to takový uzavřený svět, určený jen těm, kterých se to týká. Znám to prostředí z nezbytných pracovních povinností. Je pro mne posvátné. Původně jsem tam chtěla strávit nějaký čas s maminkami, abych situaci lépe pochopila. Ale cítila jsem, že do toho prostoru nesmí vstupovat nikdo cizí. Ten svět ticha, do kterého nikdo zbytečně nezasahuje, nahrazuje maličkým dětem bezpečí, které měly mít ještě u maminky. Zdánlivě klidný svět, ve kterém však probíhá i boj, boj mezi životem a smrtí, mezi zdravím a nemocí, boj mezi křehkostí života a moderní technikou. V těch inkubátorech nezralé děti dozrávají. A dozrávají i jejich matky, jejich rodiče.

Cílem práce bylo zjistit, jak rodina prožívá událost předčasného narození dítěte. Kvalitativním šetřením a analýzou rozhovorů jsem identifikovala různorodé zdroje, které rodinám pomáhají, a různorodé skutečnosti, které jim zdravé sociální fungování

znesnadňují a působí jako bariéry. Pochopením situace rodiny s předčasně narozeným dítětem, hlubším nahlédnutím do problémů tak mohu lépe hledat způsoby a možnosti, jak těmto rodinám pomoci.

Z výsledků práce vyplynula velká náročnost situace pro rodinu a její sociální fungování. Zároveň jsem zdůraznila nutnost individuálního přístupu k rodinám, potřebu zohlednit jedinečnost každé rodiny, jejích zdrojů a bariér při zvládání zátěže. Široký pohled na problematiku sociálního fungování v souvislosti s předčasným porodem nabízí sociálnímu pracovníkovi škálu možností, jak rodinám pomáhat. Podstatou systémového přístupu k práci s rodinami je vědomí vzájemného vztahu a ovlivňování všech systémů, kterých se rodina dotýká a které se dotýkají rodiny. Zaměřením se na jakoukoliv změnu, zdánlivě nepatrnou a méně významnou, můžeme dosáhnout změnu v dalších oblastech, dát do pohybu celý rodinný systém, ovlivňovat významnější faktory, objevit skryté zdroje a dosáhnout tak úspěšné zvládnutí situace. Stejně tak i včasným odstraněním drobné bariéry můžeme zabránit vzniku velkých a neovlivnitelných problémů. Méně významné skutečnosti bývají snadněji ovlivnitelné než zásadní a dlouhodobé jevy.

Z tohoto důvodu jsem výsledné kategorie a prvky, zdroje a bariéry, neposuzovala pouze podle toho, jak často se ve výsledcích vyskytovaly. Třebaže i otázka četnosti může mít svou výpovědní hodnotu, nemusí být výskyt nebo absence nejčastějších zdrojů a bariér přímo úměrný celkovému zvládání situace. V tomto vidím možnosti sociální práce s různými rodinami, v různých situacích, v různých fázích rodinného cyklu.

Ve výzkumném šetření jsem se věnovala tématu předčasného porodu v kontextu sociálního fungování. Na problematiku jsem nahlížela z pohledu matky, která stojí spolu s dítětem ve středu celého dění. Výsledkem je tedy její subjektivní pohled na situaci, její vlastní prožívání. Z uvedených dat vyplývá, že stejnou situaci může její partner prožívat zcela jinak, jsou na něho kladeny jiné nároky, vypořádává se s jinými úkoly, jinak vnímá náročnost situace. Předčasný porod se týká i širší rodiny, prarodičů a zásadně mění postavení staršího sourozence v rodině. Omezený rozsah a účel práce mi nedovolil věnovat se tématu v celé této šíři, může však být inspirativní pro ještě hlubší a komplexnější pojetí této problematiky. V tomto spatřuji limity své práce. Další

výzkumná šetření by se mohla zaměřit na to, jak vnímá předčasný porod dítěte nejbližší okolí, jak se oni se situací vyrovnávají. K jinému pohledu na předčasný porod by se dalo dojít i stanovením jiných kritérií při výběru výzkumného vzorku, sledováním jiného časového úseku, volbou jiné metody nebo jiného výzkumného přístupu.

POUŽITÁ LITERATURA

ANDĚLOVÁ, Tereza. Pocity a potřeby žen po předčasném porodu. Brno, 2009. 103 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/145618/fss_b/bakalarka-final.pdf [cit. 15. 6. 2016]

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

DUNOVSKÝ J. 2002. Sociální pediatrie. In: Hrodek, Otto et al. *Pediatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. xxxii, 767 s. ISBN 80-7262-178-5. s. 585-605. s. 585-605. s. 585-605.

GOLDSCHMIDTOVÁ, Miloslava. Současný pohled na problematiku nedonošených dětí. Brno, 2013. 69 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/368010/pedf_b/Bakalarska_prace.pdf [cit. 15. 6. 2016]

HÁJEK, Z. 2006. Porucha délky těhotenství. In:ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 544 s., [2] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1303-9. s. 182-195.

HAVRÁNKOVÁ, O. Krizové situace v životě ženy. In VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 543 s. ISBN 978-80-262-0212-7. s. 225-238.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 437 stran. ISBN 978-80-262-0982-9.

HRAZDILOVÁ, Aneta. Psychosociální potřeby žen v souvislosti s předčasným porodem. Brno, 2013. 58 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/323986/lf_b/BP_Aneta_Hrazdilova_2013.pdf [cit. 15. 6. 2016]

KOTÁSEK A. 1981. Nepravidelné porodnictví. In: Dlhoš, Ernest. *Porodnictví: Učeb.pro stř.zdr.šk.* Vyd. 3.,přeprac. Praha, 1981. s. 301-517.

LINHART, J., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., MAŘÍKOVÁ, Hana. 1996. *Velký sociologický slovník.* Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-310-5.

LIŠKA K. 2002. Neonatologie. In: Hrodek, Otto et al. *Pediatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. xxxii, 767 s. ISBN 80-7262-178-5. s. 585-605. s. 67-86.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 445 s. ISBN 80-246-1056-6.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 161 s. Studijní texty. ISBN 80-86429-19-9.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

MUSIL, L., NAVRÁTIL, P. Přístupy k práci s menšinami. In: SIROVÁTKA, Tomáš, ed. *Menšiny a marginalizované skupiny v České republice*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 355 s. Rubikon; sv. 7. ISBN 80-210-2791-6. s. 263-290.

MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. 311 s. Studijní texty; sv. 38. ISBN 80-86429-58-X.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. 168 s. ISBN 80-903070-0-0.

NAVRÁTIL, P. Životní situace jako předmět intervence sociálního pracovníka. In: *Sociální práce/Sociálna práca,* Brno: ASVP, 2003, roč. 2003, č. 21, s. 84-94.

NAVRÁTIL, P. Posouzení životní situace: úvod do problematiky. In: *Sociální práce/Sociálna práca,* Brno: ASVP, 2007, roč. 2007, č. 1, s. 72-86.

NAVRÁTIL, P. Sociální fungování a životní situace. In MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7. s. 226-231.

NAVRÁTILOVÁ, J. Sociální pracovník uprostřed problematických rodinných interakcí. In NOSÁL, Igor et al. *Participace a nové přístupy k práci s ohroženými dětmi a rodinami: studie inspirované zkušenostmi ze Švýcarska: sub-projekt PF 134 Inovace služeb a metod práce s ohroženými dětmi a rodinami: nové přístupy a příklady dobré praxe ze Švýcarska*. 1. vyd. Brno: Česko-britská o.p.s., 2014. 136 s. ISBN 978-80-905598-1-3. s. 68-79.

ONDŘEJKOVÁ, Žaneta. *Psychologické aspekty vyrovnávání se rodičů s předčasným narozením dítěte.* Praha, 2012. 66 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Dostupné z: https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/106235/18471909/ [cit. 15. 6. 2016]

PALYZOVÁ D. 2007. Hanicapované dítě. In: Lebl, Jan et al. *Preklinická pediatrie.* 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, ©2007. xvi, 248 s. ISBN 978-80-7262-438-6. s. 205 – 207.

PAVLÍKOVÁ, E., HONZÁRKOVÁ, B. Sociální služby pro rodiny s malými dětmi se specifickými potřebami. In: *Sociální práce/Sociálna práca,* Brno: ASVP, 2010, roč. 2010, č. 3, s. 132-142.

PEYCHL I. 2007. Úvod do neonatologie. In: Lebl, Jan et al. *Preklinická pediatrie.* 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, ©2007. xvi, 248 s. ISBN 978-80-7262-438-6. s. 67 – 94.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 184 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 219 s. ISBN 978-80-262-0217-2.

SOBOTKOVÁ, D., ŠTEMBERA, Z. (2003). Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: III. Poporodní období. *Česká gynekologie: Časopis České gynekologické a porodnické společnosti.* Praha: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, 68, 2003, č.6, s. 385-389.

STRAUSS, Anselm a CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie.* Vyd. 1. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. Scan; sv. 2. ISBN 80-85834-60-X.

ŠRAJER, Jindřich, ed. a MUSIL, Libor, ed. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. Vyd. 1. České Budějovice: Libor Musil v nakl. Albert, 2008. 150 s. ISBN 978-80-7326-145-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky.* Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VOTOUPAL, M. Narativní přístup v sociální práci: pomoc skrze reformulaci životních příběhů. In *Sociální práce/ Sociálna práca*, Brno: ASVSP, 2013, roč. 2013, č. 3, s. 78-88.

Zdravotnická ročenka ČR 2015. [Praha]: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, [201]. Dostupní z: 3http://uzis.cz/node/769 [cit. 26. 1. 2017]

Abstrakt

Cílem této výzkumné práce bylo zjistit, jak ženy po předčasném porodu prožívají toto období, co bylo pro ně nejtěžší a co jim pomohlo tuto situaci zvládnout.

V teoretické části vycházím z tématu rodiny a rodinného fungování, resilience rodiny a z konceptu sociálního fungování podle Bartlettové.

S využitím metod kvalitativního přístupu jsem chtěla pomocí výzkumného šetření porozumět této situaci v kontextu zmíněného sociálního fungování, porozumět předčasnému porodu jako životní situaci, kterou musí rodina zvládnut.

Data byla získána realizací devíti rozhovorů s matkami předčasně narozených dětí. Výsledky výzkumného šetření předkládám jako výčet zdrojů a bariér, které mohou být využity jako inspirace při sociální práci s rodinou.

Klíčová slova

Rodina, předčasný porod, sociální fungování, sociální situace, zvládání, resilience rodiny.

Abstract

The aim of this thesis was to find out, how women experience the period after the preterm birth, what was the most difficult thing about it and what helped them to manage the situation.

Theoretical part is based on the topic of family and its functioning, its resilience and on the concept of social functioning according to Barlett.

Using the methods of qualitative attitude, by means of research inquiry, I wanted to understand this situation in the context of above mentioned social functioning, to understand preterm birth as the life situation which a family has to manage.

Data were acquired from nine interviews with mothers of prematurely born children. I present the results of the inquiry as a list of sources and barriers that can be used as a kind of inspiration in social work with a family.

Key words

Family, preterm birth, social functioning, social situation, managing, family resilience.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Motivační dopis

Příloha č. 2: Dotazník identifikačních údajů

Příloha č. 3: Analýza dat – tvorba konceptů

Příloha č. 4: Analýza dat – časová osa

Příloha č. 5: Analýza dat – tvorba kategorií

Milá paní

Srdečně Vás zdravím.

Jmenuji se Barbora Lachmanová a pracuji na por-gyn klinice FN Olomouc na operačním sále jako instrumentářka. Zároveň studuji na VOŠ Caritas obor sociální práce.

Možná si na to už nepamatujete, ale potkaly jsme se na naší klinice při porodu Vašeho děťátka. Krátce po porodu jsem se na Vás obrátila s prosbou, zda byste byla ochotna účastnit se malého rozhovoru pro zpracování mé závěrečné práce. Takto jsem od Vás získala i tento emailový kontakt. Věřím, že v současné době už máte ty těžké chvíle za sebou, že jste zotavená po porodu a těšíte se z miminka už v domácím prostředí. Proto si dovoluji Vás znovu oslovit a poprosit o spolupráci.

V následujících řádcích bych ráda vysvětlila, co bych od Vás potřebovala a co by to pro Vás znamenalo.

Protože studuji obor sociální práce a zároveň pracuji v porodnici, zvolila jsem jako téma své práce to, co by obě tyto profese nějak spojovalo. Práce by měla být o tom, jak může předčasný porod, narození miminka před očekávaným termínem, ovlivňovat celou rodinu, jak rodina v tomto období funguje, jaké má problémy a jak je zvládá, jak se s nimi vypořádává.

Abych tyto informace získala, potřebovala bych si s Vámi o tom chvíli popovídat (30 - 45 minut). Já se Vás budu ptát takovými širokými otázkami, Vy můžete mluvit o všem, co Vás k tomuto napadne. Rozhovor si budu nahrávat na diktafon, pak jej budu přepisovat a dále zpracovávat podle pravidel výzkumu. Jsem povinna zachovat určitý etický přístup k výzkumu, to znamená, že ve všech fázích je zaručena Vaše anonymita, nikde nebude uvedeno Vaše jméno ani nic, z čeho by se dala vyvodit Vaše totožnost. Protože se jedná o silně osobní a emoční témata, můžete kdykoliv odmítnout odpověď na určitou otázku. Získaný materiál bude použit pouze pro účely této závěrečné práce. Od vedení novorozeneckého oddělení (Perinatologického centra) prim. Lumíra Kantora jsem k práci získala povolení i podporu.

Pokud se rozhodnete vyhovět mé prosbě a budete souhlasit se zařazením do výzkumné skupiny maminek, prosím o co nejrychlejší odpověď. Promyslete si zároveň, jakým způsobem bychom se mohly potkat a popovídat si. Můžeme se sejít někde v Olomouci v nějaké klidné kavárničce, můžu dojet i za Vámi, pokud by Vám vyhovovalo Vaše domácí prostředí, nebo se můžeme potkat v porodnici, kterou už také znáte. Ráda uvidím i Vaše miminko nebo alespoň pár fotek, které určitě máte pořízené.

Zároveň bych Vám mailem poslala „dotazník“, ve kterém by byly takové identifikační údaje ohledně Vašeho věku, povolání, počtu narozených dětí a podobně.

Pokud byste se nechtěla této práce účastnit, prosím, napište mi taky, budu vděčna i za tuto Vaši reakci.

Předem Vám moc děkuji za ochotu a za Váš čas. Třeba se nám takto společně podaří pomoci jiným maminkám a jejich rodinám, které se dostanou do stejné situace, třeba zjistíme, co ještě v této oblasti chybí, co by se dalo udělat a zorganizovat jinak, co se Vám osvědčilo, co byste už neopakovali. Někdy to nemusí být velké věci, ale ty maličkost. Jako matka vím, že právě ze stovky těchto maličkostí se skládá celý náš den, který věnujeme péči o naše děti.

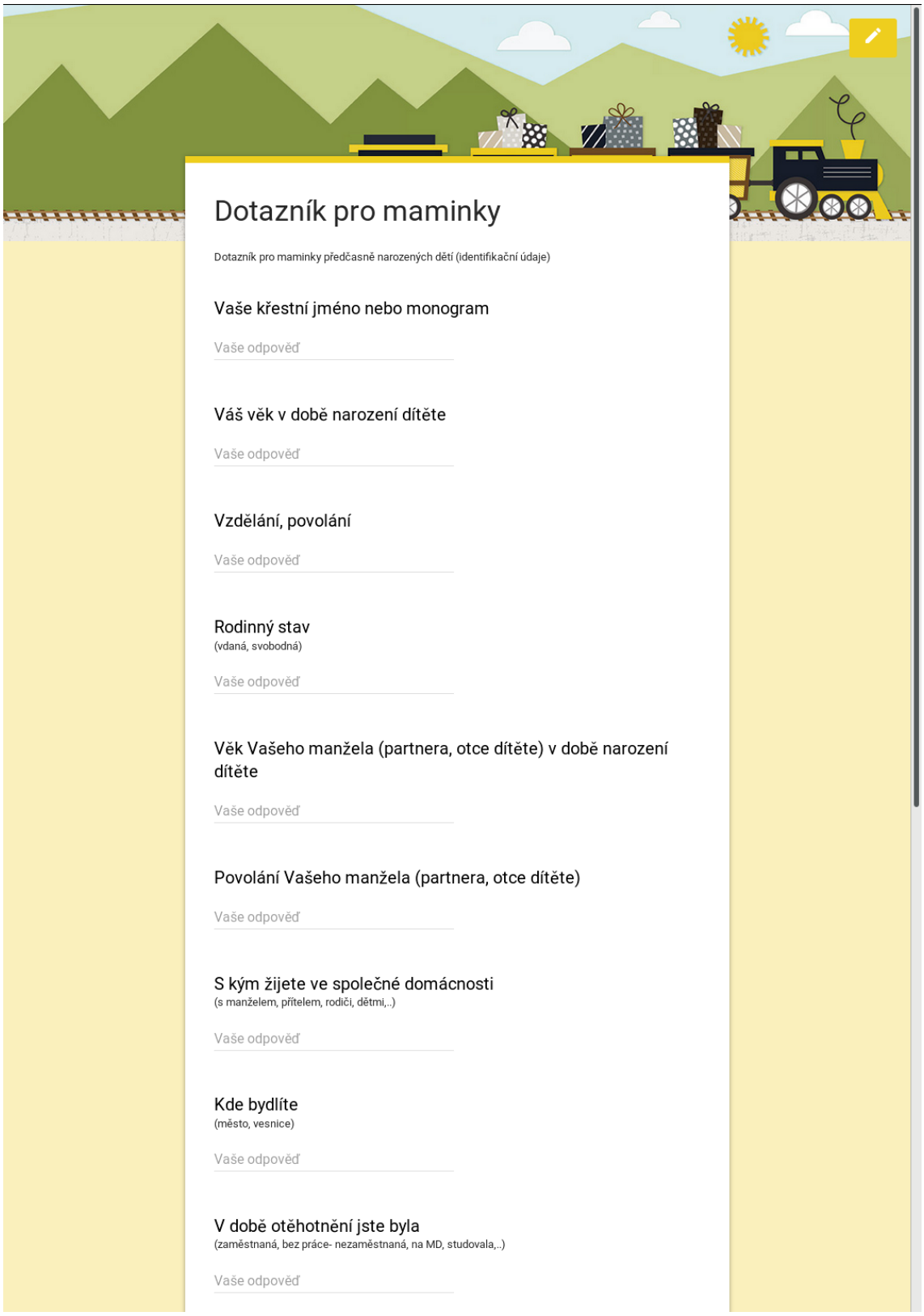
Přeji Vám i celé Vaší rodině hodně trpělivosti, zdraví a krásný konec léta.

S pozdravem Barbora Lachmanová

Odkaz na dotazník

https://goo.gl/forms/rQZ5lCTZGZXKptN72

Příloha č. 1: Motivační dopis



Dotazník pro maminky

Dotazník pro maminky předčasně narozených dětí (identifikační údaje)

Vaše křestní jméno nebo monogram

Vaše odpověď

Váš věk v době narození dítěte

Vaše odpověď

Vzdělání, povolání

Vaše odpověď

Rodinný stav
(vdaná, svobodná)

Vaše odpověď

Věk Vašeho manžela (partnera, otce dítěte) v době narození dítěte

Vaše odpověď

Povolání Vašeho manžela (partnera, otce dítěte)

Vaše odpověď

S kým žijete ve společné domácnosti
(s manželem, přítelem, rodiči, dětmi,..)

Vaše odpověď

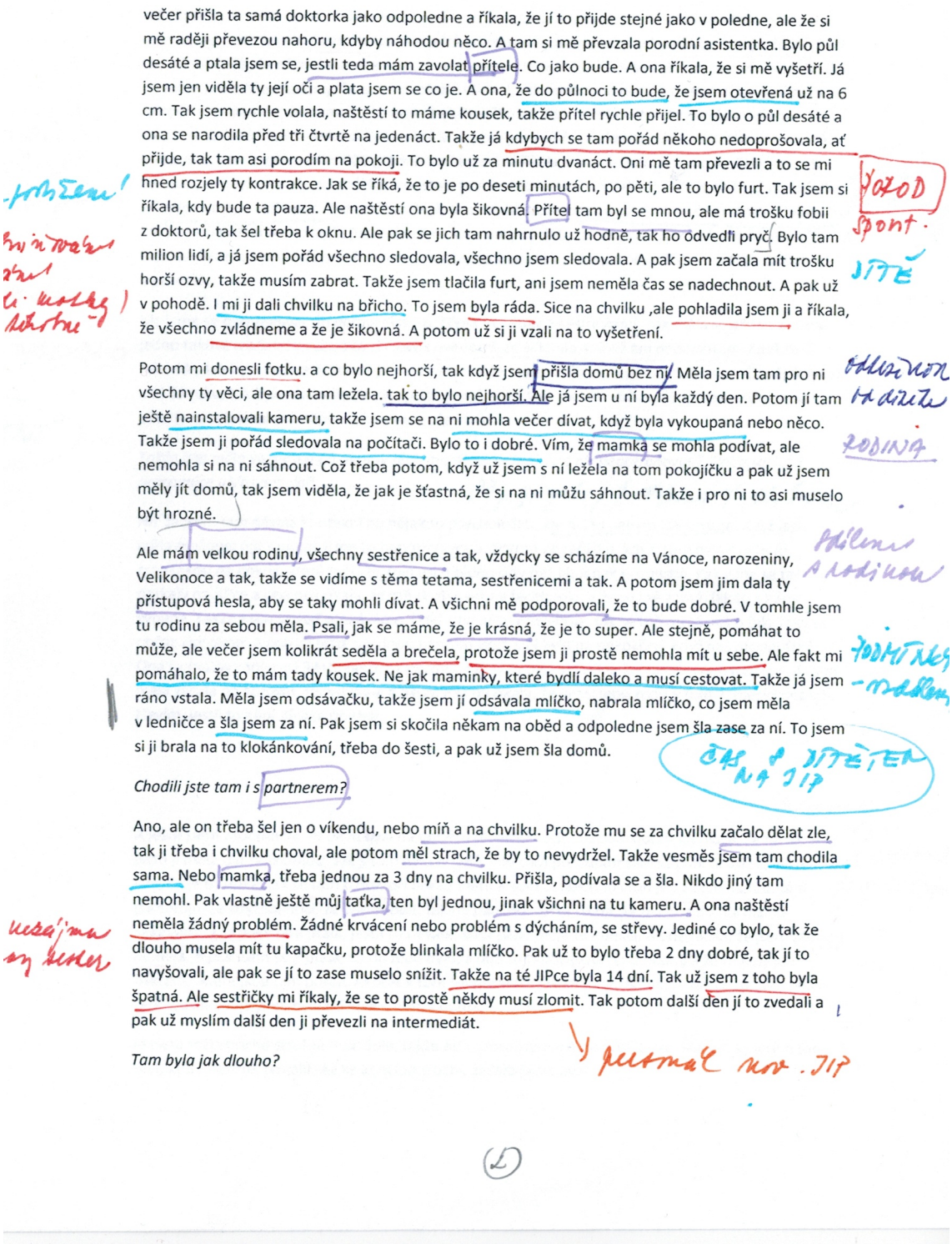
Kde bydlíte
(město, vesnice)

Vaše odpověď

V době otěhotnění jste byla
(zaměstnaná, bez práce- nezaměstnaná, na MD, studovala,..)

Vaše odpověď

Příloha č. 2: Dotazník identifikačních údajů



večer přišla ta samá doktorka jako odpoledne a říkala, že jí to přijde stejné jako v poledne, ale že si mě raději převezou nahoru, kdyby náhodou něco. A tam si mě převzala porodní asistentka. Bylo půl desáté a ptala jsem se, jestli teda mám zavolat přítele. Co jako bude. A ona říkala, že si mě vyšetří. Já jsem jen viděla ty její oči a plata jsem se co je. A ona, že do půlnoci to bude, že jsem otevřená už na 6 cm. Tak jsem rychle volala, naštěstí to máme kousek, takže přítel rychle přijel. To bylo o půl desáté a ona se narodila před tři čtvrtě na jedenáct. Takže já kdybych se tam pořád někoho nedoprošovala, ať přijde, tak tam asi porodím na pokoji. To bylo už za minutu dvanáct. Oni mě tam převezli a to se mi hned rozjely ty kontrakce. Jak se říká, že to je po deseti minutách, po pěti, ale to bylo furt. Tak jsem si říkala, kdy bude ta pauza. Ale naštěstí ona byla šikovná. Přítel tam byl se mnou, ale má trošku fobii z doktorů, tak šel třeba k oknu. Ale pak se jich tam nahrnulo už hodně, tak ho odvedli pryč. Bylo tam milion lidí, a já jsem pořád všechno sledovala, všechno jsem sledovala. A pak jsem začala mít trošku horší ozvy, takže musím zabrat. Takže jsem tlačila furt, ani jsem neměla čas se nadechnout. A pak už v pohodě. I mi ji dali chvilku na břicho. To jsem byla ráda. Sice na chvilku ,ale pohladila jsem ji a říkala, že všechno zvládneme a že je šikovná. A potom už si ji vzali na to vyšetření.

Potom mi donesli fotku. a co bylo nejhorší, tak když jsem přišla domů bez ní. Měla jsem tam pro ni všechny ty věci, ale ona tam ležela. tak to bylo nejhorší. Ale já jsem u ní byla každý den. Potom jí tam ještě nainstalovali kameru, takže jsem se na ni mohla večer dívat, když byla vykoupaná nebo něco. Takže jsem ji pořád sledovala na počítači. Bylo to i dobré. Vím, že mamka se mohla podívat, ale nemohla si na ni sáhnout. Což třeba potom, když už jsem s ní ležela na tom pokojíčku a pak už jsem měly jít domů, tak jsem viděla, že jak je šťastná, že si na ni můžu sáhnout. Takže i pro ni to asi muselo být hrozné.

Ale mám velkou rodinu, všechny sestřenice a tak, vždycky se scházíme na Vánoce, narozeniny, Velikonoce a tak, takže se vidíme s těma tetama, sestřenicemi a tak. A potom jsem jim dala ty přístupová hesla, aby se taky mohli dívat. A všichni mě podporovali, že to bude dobré. V tomhle jsem tu rodinu za sebou měla. Psali, jak se máme, že je krásná, že je to super. Ale stejně, pomáhat to může, ale večer jsem kolikrát seděla a brečela, protože jsem ji prostě nemohla mít u sebe. Ale fakt mi pomáhalo, že to mám tady kousek. Ne jak maminky, které bydlí daleko a musí cestovat. Takže já jsem ráno vstala. Měla jsem odsávačku, takže jsem jí odsávala mlíčko, nabrala mlíčko, co jsem měla v ledničce a šla jsem za ní. Pak jsem si skočila někam na oběd a odpoledne jsem šla zase za ní. To jsem si ji brala na to klokánkování, třeba do šesti, a pak už jsem šla domů.

Chodili jste tam i s partnerem?

Ano, ale on třeba šel jen o víkendu, nebo míň a na chvilku. Protože mu se za chvilku začalo dělat zle, tak ji třeba i chvilku choval, ale potom měl strach, že by to nevydržel. Takže vesměs jsem tam chodila sama. Nebo mamka, třeba jednou za 3 dny na chvilku. Přišla, podívala se a šla. Nikdo jiný tam nemohl. Pak vlastně ještě můj taťka, ten byl jednou, jinak všichni na tu kameru. A ona naštěstí neměla žádný problém. Žádné krvácení nebo problém s dýcháním, se střevy. Jediné co bylo, tak že dlouho musela mít tu kapačku, protože blinkala mlíčko. Pak už to bylo třeba 2 dny dobré, tak jí to navyšovali, ale pak se jí to zase muselo snížit. Takže na té JIPce byla 14 dní. Tak už jsem z toho byla špatná. Ale sestřičky mi říkaly, že se to prostě někdy musí zlomit. Tak potom další den jí to zvedali a pak už myslím další den ji převezli na intermediát.

Tam byla jak dlouho?

Příloha č. 3: Analýza dat – tvorba konceptů

Příloha č. 4: Analýza dat – časová osa

Příloha č. 5: Analýza dat – tvorba kategorií