

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Změna otcovské role po narození nedonošeného dítěte  
z psychosociálního hlediska**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MUDr. Milan Hanzl, Ph.D.

2011

Autor práce:

Ivana Zikešová

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Změna otcovské role po narození nedonošeného dítěte z psychosociálního hlediska“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1988 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích .....

.....

Ivana Zikešová

**Poděkování:**

Děkuji MUDr. Milanu Hanzlovi, Ph.D. za laskavé vedení bakalářské práce, podporu a poskytování cenných rad a konzultací.

## **Abstract**

### **Transformation of father's role after the birth of a premature child from the psychosocial viewpoint**

The birth of the child is one of the most beautiful moments in the life of all the parents. Unfortunately, this period of the joyful expectations is terminated prematurely by the birth of the premature child. The parents are not prepared for their role of father and mother yet. Instead of the celebration of birth the period of powerlessness, despair and fear for the life of the prematurely born child follows.

The main target of the bachelor thesis is to find out how the father sees his role after the birth of the premature child, to refer to his feelings and needs and simultaneously to map to psychosocial impact on the family from his point of view. In the bachelor thesis the following research questions were asked: How the father experienced the period before and after the birth of the premature child? What helped to the father to manage the occurred situation? Did the situation reflect in any way in his normal life?

The thesis was elaborated based on the qualitative research. Data were acquired based on the talks with fathers and by the method of analysis of contents of documents. The research sample were fathers of children who were hospitalized in the neonatology ward of the Hospital in České Budějovice. The results of examination show that the premature birth of the child is for the father a very demanding event in the life influencing considerably his everyday life. For the father the fact that he has the possibility to share with somebody his feelings and needs is important.

Based on the research the following hypotheses were set:

Hypothesis 1: The stress connected with premature birth of the child would be coped with better by fathers if they were informed better about this issue before the birth.

Hypothesis 2: The medical staff has sufficient knowledge of the needs of fathers after the birth of the premature child.

The results of this research could become an important impulse for reflection, especially for the employees of neonatology wards. The thesis could contribute in this way to realization of feelings and needs of fathers from the part of medical staff, improvement of mutual communication and strengthening of father's role.

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1. Současný stav .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Riziková porodnická anamnéza .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Předčasně narozený novorozenec .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Charakteristické známky nedonošeného dítěte .....	10
1.2.1.1 Anatomické známky nezralosti .....	10
1.2.1.2 Funkční známky nezralosti .....	10
1.2.2 Specifické zdravotní problémy předčasně narozených novorozenců .....	11
<b>1.3 Zajištění péče o předčasně narozené novorozence, současný stav .....</b>	<b>15</b>
1.3.1 Současné trendy v péči o předčasně narozené novorozence .....	16
1.3.2 Prognóza a dlouhodobé sledování vývoje nedonošených dětí .....	16
<b>1.4 Rodičovství .....</b>	<b>17</b>
1.4.1 Otcovství .....	18
<b>1.5 Rodiče předčasně narozeného dítěte .....</b>	<b>19</b>
1.5.1 Reakce rodičů a hledání vzájemného vztahu .....	19
1.5.2 Vyrovnání se s krizovou situací .....	20
1.5.3 Hledání vzájemného vztahu rodič - dítě .....	21
<b>1.6 Psychosociální péče o předčasně narozeného novorozence a jeho rodiče .....</b>	<b>22</b>
1.6.1 Podpora rodičů a jejich rodičovské role .....	22
1.6.2 NIDCAP – program individualizované vývojové péče .....	23
1.6.2.1 Využití bazální stimulace k podpoře rodičovské role .....	24
1.6.3 Kojení .....	25
1.6.4 Krizová intervence .....	26
1.6.5 Další možnosti podpory rodičů .....	27
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Cíle práce .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2 Výzkumné otázky .....</b>	<b>28</b>

<b>3. Metodika .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Metodika práce .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....</b>	<b>29</b>
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>30</b>
<b>4.1 Kazuistiky .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2 Výsledky rozhovorů s otci zpracované do tabulek .....</b>	<b>51</b>
<b>5. Diskuze .....</b>	<b>59</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>67</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>69</b>
<b>8. Klíčová slova .....</b>	<b>74</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>75</b>

## Úvod

Narození dítěte patří bezesporu k nejkrásnějším okamžikům v životě všech rodičů. Každý rodič si přeje, aby vše probíhalo bez problémů a jejich miminko se narodilo zdravé. Těhotenství je období příprav, těšení se, plánování společné budoucnosti s novým členem rodiny.

Bohužel někdy je toto období radostného očekávání předčasně ukončeno porodem nedonošeného dítěte. Troufám si říct, že v současnosti všichni rodiče vědí o možnosti předčasného porodu, ale téměř nikdo si nepřipustí, že by tato situace mohla postihnout právě je. Předčasný porod je pro většinu rodičů velmi stresující situace, která obvykle změní jejich plány a představy. Rodiče ještě nejsou připraveni na svou roli matky a otce. Místo oslav narození přichází období bezmoci, zoufalství a strachu o život jejich předčasně narozeného dítěte.

I přes velmi dobrou perinatální péči počet předčasně narozených dětí každoročně narůstá, zároveň se však daří zachraňovat více dětí extrémně nezralých. Během posledních 20let byla v České Republice vytvořena síť perinatologických center, kde je poskytována péče o předčasně narozené děti. Tato péče je díky technickému vybavení, novým postupům a v neposlední řadě vyškolenému personálu na špičkové úrovni, která řadí naši republiku na přední místa v péči o předčasně narozené děti.

Problematikou předčasně narozených dětí se zabývá čím dál víc publikací a výzkumů a to jak z pohledu zdravotnického, tak z pohledu psychologického. Práce psychologického zaměření se obvykle zabývají poporodním stresem, psychologií rodin s postiženým dítětem nebo vztahem dítě – matka. Otec je připomínán spíše okrajově nebo v kontextu jako „rodič“. Mít předčasně narozené dítě je však obtížná situace pro oba rodiče. V popředí zájmu bývá matka a tak se logicky může otec cítit ostrčený a nepotřebný. Aniž bychom si to mnohdy uvědomovali, je role otce předčasně narozeného dítěte velmi náročná, protože pracuje, nejednou se stará o další děti. Pracovní vytížení nebo větší vzdálenost bydliště mu umožňuje vidět své nedonošené dítě a partnerku jen omezeně. Proto bych se ve své práci chtěla zaměřit na otce, na jejich pocity, potřeby, zkušenosti nebo problémy spojené s předčasným narozením jejich dítěte.



## 1. Současný stav

### 1.1. Riziková porodnická anamnéza

Předčasný porod je podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1977 ukončení těhotenství v období kratším, než je ukončený 37. týden gestačního stáří. Jako dolní hranice předčasného porodu je běžně používána hranice viability plodu, která je v České Republice stanovena na 24. ukončený týden těhotenství. Většina předčasně narozených dětí spadá do kategorie novorozenců s nízkou porodní hmotností, tedy hmotností nižší než 2500g (1, 32).

Počet předčasných porodů každoročně stoupá, v rozvinutých zemích je četnost těchto porodů udávaná v rozmezí 5 – 7%. V České Republice se v roce 2009 narodilo 9 076 dětí s porodní hmotností pod 2500 gramů. Příčiny předčasného porodu nejsou zcela jednoznačné. Přesto je zřejmé, že k nárůstu počtu předčasných porodů přispívá zvýšený věk matky v době porodu, využívání technik asistované reprodukce a s tím spojený vyšší výskyt vícečetných těhotenství. Mezi další faktory můžeme uvést celkový zdravotní stav matky, špatná socioekonomická situace, vlivy životního prostředí, ale také vrozené vývojové vady plodu a riziková porodnická anamnéza. Většina předčasných porodů je klasifikována jako idiopatický nebo následuje po spontánním odtoku plodové vody jako následek infekce amniální dutiny a choria (1, 29, 32).

### 1.2 Předčasně narozený novorozenec

Předčasně narození novorozenci jsou ohroženi různým stupněm rizika mortality a morbidity. Přičemž platí, čím větší nezralost novorozence, tím je toto riziko větší. Podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku rozdělujeme předčasně narozené novorozence do 4 skupin:

- *Extrémně nedonošení* – narození do 28. gestačního týdne, zpravidla s hmotností do 999 gramů, zkratka ELBW (Extremely Low Birth Weight)
- *Velmi nedonošení* – do 32. gestačního týdne, zpravidla s hmotností 1000 – 1499 gramů, zkratka VLBW (Very Low Birth Weight)

- *Středně nedonošení* – do 34. gestačního týdne, zpravidla s hmotností 1500 – 1999 gramů, zkratka LBW (Low Birth Weight)
- *Lehce nedonošení* – do 38. gestačního týdne, zpravidla s hmotností 2000 – 2500 gramů, zkratka LBW (Low Birth Weight) (1, 9, 32).

### ***1.2.1 Charakteristické známky nedonošeného novorozence***

Přechod novorozence z nitroděložního prostředí předpokládá řetězec vzájemně propojených adaptačních procesů a změn. Adaptace nedonošeného novorozence je spojena s většími či menšími problémy, tyto problémy způsobuje nezralost orgánů a tkání. Stupeň zralosti vyjadřuje, jak dobře je dítě po narození vyvinuté a zároveň úroveň schopnosti jednotlivých orgánů fungovat mimo dělohu. Čím dříve je dítě narozené, tím více je nezralé a zároveň zranitelné. Nezralost logicky více souvisí s gestačním věkem než s porodní hmotností novorozence (1, 9).

#### *1.2.1.1 Anatomické známky nezralosti*

Kůže nezralého novorozence je tmavě růžová, prosáklá, bohatě pokryta mázkem a v různém rozsahu jemnými chloupky – lanugem. Podkožní tuk chybí. U extrémně nedonošených nelze rozlepit oční víčka, ušní boltce jsou nevyvinuté, chrupavka je měkká. Prsní bradavky nejsou dostatečně vyvinuty a pigmentovány, u chlapců jsou často nesestouplá varlata, u dívek velké stydké pysky nepřekrývají malé. Rýhování na ploskách nohou a na dlaních chybí nebo jsou vytvořeny pouze hlavní rýhy. Lehce nedonošený novorozenec má rýhování více, ale je mělčí než u donošeného novorozence. Nehty jsou měkké a nepřesahují konečky prstů (1, 9, 32).

#### *1.2.1.2 Funkční známky nezralosti*

Následkem funkční nezralosti může u nezralých novorozenců docházet k poruchám dýchání, zažívání a vylučování, centrální nervové soustavy, imunitního systému a termolabilitě. Nedostatečná výměna plynů je zapříčiněna nezralostí plicní tkáně a nedostatkem surfaktantu. Tento stav může vést k nízkému okysličováním tkání a následnému poškození mozku. Menší sekrece trávicích enzymů, snížená motolita

střev a zpomalená evakuace žaludku jsou častou příčinou intolerance stravy a nutnosti parenterální výživy. Smolka odchází déle, někdy až dva týdny. Funkční nezralost ledvin vede k obtížnějšímu udržování homeostázy vnitřního prostředí, ledviny jsou citlivější k různým nepříznivým vlivům, zejména hypoxii. Zpomalené vylučování bilirubinu, a tím vznik žloutenky je dán nedostatečnou tvorbou enzymů v nezralém jaterním parenchymu. Žloutenka u nezralých novorozenců trvá déle i přesto, že nastupuje později. Nezralost imunitního systému vede k fyziologické imunodeficienci nedonošených novorozenců, ta může být příčinou závažných infekcí až septických stavů. Nedonošený novorozenec se vyznačuje značnou termolabilitou. Čím menší a nezralejší je novorozenec, tím snadněji se podchladí. Příčinou je nezralost termoregulace, velký povrch těla a nízká vrstva podkožního tuku. Reakcí novorozence na chlad je zvýšená produkce tepla, která probíhá chemickou reakcí hnědé tukové tkáně. Při tomto procesu se několikanásobně zvyšuje spotřeba kyslíku. Proto je podchlazený novorozenec ohrožen apnoickými pauzami, cyanózou, hypoglykemií, metabolickou acidózou. Tyto patologické stavy mohou vyústit až v metabolický rozvrat. Funkce centrální nervové soustavy je dána stupněm nezralosti nedonošence a je úzce spojena s funkcí ostatních orgánů (1, 32).

### ***1.2.2 Specifické zdravotní problémy předčasně narozených novorozenců***

*Syndrom respirační tísně novorozence* ( RDS= Respiratory Distress Syndrome) je komplexní patologický stav, jehož hlavní příčinou je nedostatek surfaktantu a anatomická nezralost plic. Surfaktant je látka, která má fyziologickou schopnost vyrovnávat povrchové napětí plicních sklípků, čímž zabraňuje jejich kolapsu a následně vzniku atelektáz. Při jeho nedostatku plicní sklípky kolabují, snižuje se kapacita a poddajnost plic, snižuje se účinná výměna plynů. V dostatečném množství je surfaktant přítomen od 35. týdne těhotenství. Klinicky se RDS projevuje zejména dyspnoí, tachypnoí, postupně se přidává grunting (naříkavý výdech) a cyanoza. Léčba lehčích forem spočívá v oxygenoterapii, eventuálně v použití distenční terapie (nCPAP). V těžších případech je nutná intubace a umělá plicní ventilace, podle potřeby také intratracheální podání surfaktantu. Preventivně lze podat kortikoidy matce

s hrozícím předčasným porodem. Součástí léčby je zajištění termoneutrálního prostředí, parenterální dodání energie a tekutin. Těžký průběh RDS může přejít v bronchopneumální dysplazii (chronické plicní onemocnění) (1, 5, 9, 30).

*Apnoická pauza nedonošence* je častým průvodním jevem předčasně narozených novorozenců. Jedná se o 15 až 20 vteřin trvající bezdeší, často spojené s bradykardií a cyanózou. Příčinou je nezralost centrální nervové soustavy. Kromě nezralosti mohou být příčinou také různá onemocnění či patologický stav (RDS, infekce, anemie, hypoglykemie, atd.). Léčbou je léčba základního onemocnění. U apnoí z nezralosti můžeme využít mechanické stimulace, často je nutná oxygenoterapie a medikace. Při opakujících se apnoických pauzách je nutné zahájit řízenou ventilaci (1, 5, 8, 9, 30).

*Krvácení do mozkových komor* (IVH= intraventrikulární hemoragie) je nejčastější patologický proces postihující mozek nedonošených, ve skupině dětí s porodní váhou pod 1000 g je dětí s IVH více než polovina. Příčinou je uložení germinální matrix ve stěně komor. Germinální matrix je zárodečná hmota, která je bohatě vaskularizovaná křehkými, tvořícími se cévami. Tyto cévy reagují krvácením i na velmi mírné výkyvy oxémie a krevního tlaku. K IVH dochází většinou během prvních hodin či dnů po porodu. Podle rozsahu dělíme IVH na 4 stupně. 1. a 2. stupeň je méně závažný. Jde o krvácení menšího rozsahu, které se obvykle vstřebá během několika týdnů a na vývoj mozku nemá negativní vliv. V případě 3. a 4. stupně hrozí blokáda odtoku moku, vznik hydrocefalu se závažným poškozením mozku (1, 5, 9, 30).

*Periventrikulární leukomalacie* (PVL) jsou lokalizovaná mnohočetná ischemická postižení bílé hmoty mozkové nekrózou. Tento nález je méně častý než IVH, ale o to závažnější. Vzniká nejčastěji v období kolem porodu. Riziko vzniku PVL je spojeno s nedonošeností a nestabilitou vnitřního prostředí. Ultrazvukový nález PVL je prognosticky velmi nepříznivý. Vysoké procento případů je zatíženo neurologickými odchylkami v pozdějším věku, u těchto dětí je nutné počítat s určitým stupněm DMO, která bývá často spojena s mentální retardací (1, 5, 9, 30).

*Perzistující tepenná dučej* (PDA) je častou komplikací postnatální adaptace krevního oběhu u předčasně narozených dětí, přičemž existuje přímá závislost mezi stupněm nedonošenosti a pravděpodobností vzniku PDA. Botalova dučej je spojka

mezi plicnicí a aortou, během nitroděložního života plodu působí jako bypass, většina krve tak obchází plíce. Tato spojka se po narození obvykle během prvních hodin nebo dní po narození uzavře. Pokud se dučeť neuzavře, plicním oběhem protéká zvýšené množství krve, což může způsobit překrvení plic a působit dítěti potíže jako je zhoršení příznaků dechové tísně, hypotenze, tachykardie. Léčba je konzervativní (medikamentózní, omezení příjmu tekutin), při neúspěchu je nutný chirurgický podvaz dučeje (5, 7, 30).

*Nekrotizující enterokolitida (NEC)* je závažná, život ohrožující komplikace, která postihuje téměř výhradně nedonošené děti. Příčinou onemocnění je porušení sliznice střeva, která je narušena ischemií, společně s bakteriální infekcí, při příliš časném zavedení plné enterální stravy, zvláště pokud není nedonošené dítě krmeno mateřským mlékem. V případě že tato část střevní stěny podlehne nekróze, následuje ileus, někdy může dojít až k perforaci střeva a peritonitidě. Klinika je typická pro ileozní stav – vzedmuté břicho, zvracení, porucha pasáže smolky, ve stolici může být příměs krve, dále se rozvíjí obraz akutního břicha a šokového stavu. Léčba je komplexní, spočívá v zamezení perorálního příjmu, totální parenterální výživě, antibiotické léčbě, nutná je stabilizace celkového stavu, v případě perforace střeva je nutný chirurgický výkon. Prevencí je včasná stimulace zažívacího traktu dítěte malými dávkami čerstvého mateřského mléka, dále pak šetrné ošetřování, zabránění vzniku hypoxie, hypotenze (1, 8, 9, 30).

*Retinopatie nedonošených (ROP)* je patologický stav vznikající při vývoji sítnice nedonošenců. Cévy, které vyživují sítnici, dozrávají postupně, přičemž vaskularizace nedonošených dětí není ukončena, dochází k opožděnému prorůstání cév do některých jejích částí. Za určité situace se může prorůstání cév zastavit, může dojít k novotvoření nadbytečných cév a vaziva, dále až k odchlípení sítnice a poruchám zraku. Riziko postižení roste se stupněm nezralosti a snižující se hmotností novorozence. Nezralá sítnice těžce nedonošeného dítěte je velmi citlivá. Nepříznivě reaguje zejména na výkyvy vnitřního prostředí, zvláště pak na nestabilní oxygenaci. Podle závažnosti rozlišujeme 5 stadií ROP. Ve většině případů ROP bývá nižšího stupně, obvykle se vyvíjí příznivě a zpravidla dochází ke spontánní úpravě. V opačném případě se provádí

kryokoagulace či laserová fotokoagulace sítnice, která omezuje patologické narůstání cév. Méně často progreduje do závažnějších stádií a způsobuje trvalé poškození zraku. Velmi závažné je 4. a 5. stadium, kdy je již přítomno iverzibilní poškození sítnice, důsledkem jsou závažné poruchy zraku. Opakovaná vyšetření očního pozadí jsou pravidelně prováděna všem velmi a extrémně nezralým novorozencům již od prvních týdnů života. Všechny děti, které prodělaly ROP, jsou dispenzarizovány vzhledem k možným pozdějším komplikacím (1, 5, 7, 9, 30).

*Anémie* nedonošených dětí vyplývá z kratší doby přežívání erytrocytů, zvýšené hemolýze při hypoxii, nedostatečnou krvetvorbou nezralé kostní dřeně, ale také z opakovaných odběrů krve na laboratorní vyšetření. Anemické děti mohou mít apnoické pauzy, poruchy prokrvení, vyšší srdeční frekvenci, mohou být apatické a hůře pít. Lehčí formy monitorujeme, podáváme železo, vitamíny. Při těžší formě je nutná aplikace krevní transfuze (5, 8, 30).

*Hyperbilirubinémie* se projeví u všech nedonošených dětí. Příčinou je nezralost jaterní tkáně (viz výše) a zvýšený rozpad červených krvinek. Při vyšším stupni žloutenky může být dítě apatické, mít potíže při pití. Při vyšších hladinách bilirubinu se používá fototerapie (modré světlo, které rozkládá bilirubin v kůži a umožňuje jeho vylučování močí), důležitý je dostatečný přívod tekutin (1, 5, 9).

Poporodní oběhová nestabilita se často projevuje *hypotenzí*, ta se může projevit po velké ztrátě krve po porodu, ale také při infekci. Častější příčinou hypotenze je však nezralost adrenální hormonální odpovědi na stresovou situaci. Předčasně narozený novorozenec může být také ohrožen *hypoglykemií a hypokalcemií*. Důvodem jsou malé zásoby glukózy a kalcia, ty se přenáší placentou nejvíce v posledním trimestru. Termolabilita, o které je zmínka v předešlé kapitole, může mít za následek hypotermii. Ta je důsledkem především nedostatečné termogeneze, termoregulace a pouze minimální vrstvou podkožního tuku, která slouží jako tepelná izolace. Nedonošený novorozenec je více vnímavý na jakoukoli *infekci*. Důvodem je nezralost imunitního systému, s neschopností produkovat dostatečné množství protilátek, dále jsou to nedostatečné zásoby živin, vitamínů, železa a nedostatek protilátek od matky. Důsledkem pak může být rychlá tendence ke generalizaci infekce s následnou sepsí

organismu. Jako následek nezralosti trávicího traktu společně s chabým sáním a špatnou koordinací sání a polykání mohou nastat problémy s výživou a hydratací nedonošence. Častým problémem je *gastroezofageální reflux* jako následek nezralosti svěrače mezi jícnem a žaludkem. Obsah žaludku se opakovaně vrací do jícnu a úst a způsobuje ublinkávání a zvracení. Děti se krmí častěji, menšími dávkami je nutné je řádně odříhnout a jsou trvale uloženy ve zvýšené poloze (1, 5, 8, 9).

### **1.3 Zajištění péče o předčasně narozené novorozence, současný stav**

V péči o předčasně narozené novorozence patří Česko ke světové špičce. K tomuto úspěchu přispělo kromě zavedení nových medicínských a ošetrovatelských postupů také zřízení 12 regionálních perinatologických center. V těchto centrech je soustředěna podstatná část technického i personálního potenciálu oboru. Tato centra zajišťují kromě péče o fyziologického novorozence také komplexní péči o předčasně narozené novorozence včetně transportní služby. Přibližně od poloviny 90. let je snaha o centralizaci. To znamená, že matky, u kterých hrozí předčasný porod nebo mají závažné zdravotní problémy vedoucí k předčasnému porodu, jsou odesílány do těchto center ještě před porodem. Tento převoz, který je znám jako *transfer in utero* (převoz v děloze) zajistí okamžitou nejlepší péči o předčasně narozené děti. Z hlediska prognózy je fundamentálním požadavkem především u dětí s porodní hmotností pod 1500 g. Pokud nelze takovýto transport zajistit (předčasný porod v běhu, závažný stav matky) je nedonošený novorozenec do některého z center převezen v inkubátoru transportní službou. Systém centralizace, která je v poskomunistických zemích unikátní, se v posledních letech daří v 90% (1, 3, 16, 23).

Předčasně narozený novorozenec vyžaduje specifický přístup již v průběhu porodu a poporodního ošetření. Po stabilizaci na porodním sále následuje převoz na jednotku intenzivní a resuscitační péče (dále pouze JIRP), nebo na oddělení intermediární péče (IMP). Zde je nedonošenec umístněný do inkubátoru, který mu zajistí termoregulační prostředí (teplota prostředí, kdy novorozenec nemusí vydávat žádnou vlastní energii k udržení normální tělesné teploty), alternativou inkubátoru je vyhřevné lůžko. Současně je mu poskytnuta odpovídající komplexní péče a velmi často

také nákladná resuscitační péče. Množství péče, kterou nezralý novorozenec vyžaduje a doba, kterou dítě na neonatologickém oddělení stráví je naprosto individuální. Vše pak závisí na porodní hmotnosti, stupni nezralosti, ale i na vlastní morbiditě konkrétního novorozence (3).

### ***1.3.1 Současné trendy v péči o předčasně narozené novorozence***

Díky novým vědeckým poznatkům a rychle se zdokonalující technologii, novým léčebným a ošetrovatelským postupům se výrazně zlepšuje úroveň péče o předčasně narozené děti. Přemíra vysoce sotifikované medicínské techniky sice umožňuje vysoce kvalitní péči zachraňující životy, na druhé straně často selhává v respektování individuálních potřeb novorozenců a jejich rodičů (11).

Již od počátku 90. let minulého století je snaha o zajištění moderně vedené komplexní péče o nedonošené novorozence, s cílem maximálně redukovat průvodní nepříznivé jevy hospitalizace. Takto vedená péče se snaží o racionalizaci poskytování intenzivní péče a o eliminaci všech aktivit, které jsou pro novorozence a jejich rodiče zdrojem stresu. Na druhé straně se snaží vytvářet takové prostředí, které by bylo pro dítě a jeho rodiče co nejvíce komfortní. Klade se větší důraz na intenzivní, časnou psycho-sociální podporu dítěte, na podporu rodičovské role a na zapojení rodičů do péče o předčasně narozeného novorozence co nejdříve. Práce na neonatologických jednotkách JIRP se tak stále více posouvá od záchrany života novorozenců směrem k optimalizaci jejich zdraví a ke snaze zabezpečit dobré podmínky pro jejich další vývoj (11, 35).

### ***1.3.2 Prognóza a dlouhodobé sledování vývoje nedonošených dětí***

Neonatální morbidita a mortalita jsou základními kritérii v hodnocení kvality neonatologické péče. Nejčastější onemocnění a komplikace u nedonošených se vyjadřuje pojmem časná morbidita. Její frekvence vymezuje skupinu rizikových novorozenců z hlediska jejich dalšího vývoje s rizikem pozdní morbiditě s trvalým postižením. Současná neonatologická péče se snaží o snížení rizika především pozdní mortality, která zahrnuje závažná neurosenzorická postižení novorozence a výrazně



ovlivňuje kvalitu života nedonošeného dítěte. Čím nižší gestační týden v době porodu a nízká porodní hmotnost, tím vyšší je riziko morbidit (26, 30).

Prognózu psychomotorického vývoje v prvních týdnech života nikdo přesně odhadnout neumí. V zásadě lze říci, že závažné poruchy psychomotorického vývoje se obvykle projeví do 2 let dítěte a horší prognóza je u dětí s prokázaným morfologickým postižením mozku, chronickým plicním onemocněním a také u postižení smyslového. Vývoj nedonošeného dítěte bývá oproti donošeným novorozencům opožděný, a proto bychom měli při posuzování psychomotorického vývoje brát v úvahu tzv. korigovaný věk dítěte. Určité opoždění vývoje je způsobeno nezralostí centrálního nervového systému, který řídí mentální a motorické procesy. Kdy dítě tuto nezralost dohoní, nelze nikdy přesně určit, to je velice individuální (5, 30, 34).

Děti jsou propouštěny domů většinou kolem termínu porodu. Naštěstí těch, kteří odcházejí bez závažnějších problémů, je většina. Všechny rizikové a nedonošené děti jsou sledovány ve specializovaných ambulancích pracovištích, tzv. centrech vývojové péče, kde jsou při každé návštěvě vyšetřeny pediatrem, dětským neurologem a rehabilitačním pracovníkem, dle potřeby také psychologem, očním lékařem. Sledování vývoje těchto dětí od raného věku umožňuje zachytit eventuální odchylky již v raných stádiích vývoje a zahájit tak neodkladné kroky k jejich nápravě. Časná diagnostika odchylek v neuromotorickém a neurosenzorickém vývoji a zahájení vhodné rehabilitace a stimulace může příznivě ovlivnit další vývoj dítěte. Tato včasná intervence bývá nejefektivnější, protože působí na vyvíjející se nervový systém dítěte a může tak předcházet závažným pozdním následkům perinatální morbidit (3, 6, 14, 34).

#### ***1.4 Rodičovství***

Rodina je základním článkem společnosti, která plní funkce reprodukční, ekonomické, výchovné, socializační, ochranné a emoční. Je definována jako skupina lidí přímo spjatých příbuzenskými vztahy, jejichž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí. Každá rodina je sociální systém, mající své kulturní hodnoty, specifickou strukturu a procházející různými vývojovými stádii (13, 27).

Rodičovství ustavuje rodinu. Aktivní rodičovství zaujímá pouze část celého vývojového cyklu rodiny, který v sobě zahrnuje koncept přechodů mezi jednotlivými fázemi. Přechod k rodičovství je považován za přechod nejvýznamnější. Jde o nezvratný (jakmile se dítě narodí, člověk se stává rodičem nezvratně) a zlomový (narození není pozvolný přechod – dítě, které tu dosud nebylo, tu jednoho dne je) přechod, který zásadně mění vztahy mezi rodiči. Narozením dítěte přicházejí rodiče o výlučnost a intimitu svého vztahu. Je to náročné období spojené se začleněním dítěte do rodiny, kdy se vytváří nové vztahy mezi mužem a ženou jako rodičů, které plynule navazují na jejich vztah jako páru. Partnerské pouto tak dostává novou dimenzi (22, 23, 24).

#### ***1.4.1 Otcovství***

Význam otce, jeho postavení v rodině, ale také očekávání a normy kolem dobrého otcovství se postupně vyvíjely společně s proměnami společnosti. Až do konce 18. století se rodiny v Evropě řídily principem otcovské autority. Otec byl ten, kdo rozhodoval téměř o všem, včetně dětí, zároveň mu náležela povinnost se o děti starat a hradit jejich životní náklady. První změny začaly s počátkem industrializace, kdy otec přestává být nenahraditelným ochráncem a pečovatelem. Muž je často nucen pracovat mimo domov po celý den, tím ztrácí kontakt s dětmi a snižuje se vliv na jejich výchově. Hlavou rodiny se stává matka, která zabezpečuje výchovu dětí a chod rodiny. Otec se stará o finanční zabezpečení rodiny (2, 33).

V 70. letech minulého století se otcové, kteří se podílejí na výchově, dostávají do centra odborné pozornosti. V této jistě přelomové době, nastává významný posun v chápání otcovské role. Objevuje se model nového otce. Od tradičního pojetí muže, jako živitele rodiny, se postupně přechází k tzv. aktivnímu a angažovanému otci. Začal se prosazovat názor, že muž je považován za stejně schopného a kompetentního pečovatele a vychovatele jako žena. Otec již není pouze živitelem rodiny, ale někdo, kdo má své místo v přímé péči o děti. Moderní normy otcovství poukazují na nutnost fyzické blízkosti a péče, důvěrného citového vztahu a osobní přítomnosti a přibližuje

tak určitým způsobem otcovství k mateřství. Moderní otec by měl mít s dítětem vztah přímý, nezprostředkovaný a individualizovaný (2, 20, 21, 33).

Změna v myšlení společnosti, kdy muž je chápán jako živitel rodiny, však nastává jen pozvolna. F. de Singly prostřednictvím kvalitativních výzkumů zjišťuje, že otec je nadále chápán jako hlava rodiny, která je zodpovědná za celou rodinu, je jakýmsi rozhodčím v případě problémů. Podílí se sice mnohem více než v minulosti na výchovných aktivitách, ale vždy po boku či za vzdálené asistence své manželky. Vztah mezi otcem a dítětem tak bývá často zprostředkován matkou (21, 31, 33).

Teprve narozením dítěte se z muže stává otec. Odborníci stále více upozorňují na skutečnost, že pokud se mezi otcem a dítětem má vytvořit intenzivní vztah a citová blízkost, musí se otec dítěti věnovat od nejranějšího dětství. V současné, moderní době je stále více otců, kterým takovýto vztah přináší naplnění života, radost a potěšení (2, 18).

### ***1.5 Rodiče předčasně narozeného dítěte.***

Předčasné narození je náročná a vysoce stresující situace nejen pro dítě, ale i pro jeho rodiče a celou širší rodinu. Na narození dítěte ještě nebyli zcela připraveni, navíc prožívají o dítě velký strach, úzkost, pocity nejistoty. Předčasný porod obvykle otřese jejich dosavadními životy. Život rodiny se zcela mění, vše se děje rychle a nečekaně (14, 26, 34).

#### ***1.5.1 Reakce rodičů a hledání vzájemného vztahu***

Předčasně narozené dítě obvykle nenaplnuje představy, které rodiče měli o svém, ještě nenarozeném dítěti. Reakce rodičů, kteří spatří své miminko poprvé, mohou být různé. Pokud je nedonošenec velmi až extrémně nezralý mohou pociťovat zklamání či šok, jejich spontánní reakce pak můžou být až odmítavé (14, 36).

Žena je předčasným porodem doslova katapultována do role, na kterou ještě není připravena. Její psychický stav splňuje veškeré charakteristiky krizové situace, rozvíjí se stres, který může přejít v deprese. Často trpí pocity viny, ptají se samy sebe, zda nemohli předčasnému porodu zabránit. Mají obavy z reakce partnera, rodičů a známých.

Hormonální změny u matky nastartují laktaci a rozvoj rodičovského pečovatelského chování. Matka nedonošeného dítěte však nemá o koho pečovat, protože nedonošenec je ihned po porodu umístěn do inkubátoru na neonatologickém oddělení. Skutečnost, že se nemůže o své dítě začít starat společně s častým odloučením v prvních dnech po porodu, může někdy u matky vyvolat i pocit nereálnosti dítěte. Také otec prožívá velmi extrémně náročné období. Právě od nich se očekává, že budou největší oporou matky. Málokdo si uvědomuje, že i pro otce je toto období velmi stresující. Ve svých obavách jsou často osamoceni, protože si nemají s kým promluvit. Reakce rodičů bývá kombinací úzkosti, strachu, vzteku, smutku až deprese. Úzkost rodičům nedovoluje, aby posoudili stav dítěte objektivně, jejich hodnocení bývá emotivně zkreslené (14, 17, 26, 40).

### ***1.5.2 Vyrovnání se s krizovou situací***

Předčasné narození nedonošeného dítěte znamená pro rodinu hluboký otřes, který představuje velkou zátěž a patří mezi spouštěče traumatické krize. Rodiče obvykle nemají s předčasným porodem zkušenost, obávají se budoucnosti a snaží se najít vztah ke svému nedonošenému dítěti. Toto velmi náročné období má typický průběh. Jde o sled událostí, který je podobný při jakékoli zátěži, napomáhající rodičům vyrovnat se s danou situací. Jedná se o fáze šoku a popření, fáze postupné akceptace, s přechodnou fází smlouvání, fáze vyrovnání se s problémem, po které následuje fáze realismu, kdy se rodiče smíří se skutečností a začnou se chovat přiměřeným způsobem (13, 14, 40).

Průvodním jevem této krize je také značně snížená schopnost přijmout jakékoli informace. To, jak jim budou informace sděleny, ovlivňuje vztah rodičů k dítěti. Rodiče potřebují především pravdivé informace, ale také rady co mohou v daný okamžik udělat. Důležité je jednat s rodiči beze spěchu, v klidné atmosféře ve snaze vysvětlit jim vše co se týká jejich dítěte. Opakovaně hovořit o jejich zdravotním stavu, dát jim prostor vyjádřit své pocity. Při nepříznivé prognóze je třeba říkat pravdu s ohledem na maximální takt při předávání prognostických informací (1, 9, 14, 26).

### ***1.5.3 Hledání vzájemného vztahu rodič – dítě***

Interakce mezi rodiči a jejich dětmi vytvářejí jednu z nejsilnějších vazeb. Raná stadia vývoje tvoří významný faktor psychického a tělesného vývoje. Z hlediska rozvoje rané interakce dítě-matka, ale také dítě-otec je navázání kontaktu bezprostředně po porodu velmi důležité. V době těsně po porodu dochází obvykle k prvnímu kontaktu matky, popřípadě otce s dítětem. Tento kontakt nazývaný bonding neboli připoutání, je považován za nejdůležitější období, kdy rodič a novorozenec budují základy svých emočních vazeb. Následky separace, ke které dochází po porodu u všech nedonošených, tak mohou být někdy velmi závažné. Vztah rodiče a nedonošeného dítěte se dále vyvíjí náhradním způsobem (25, 26, 39, 41).

Snad všechny rodiče nedonošených dětí trápí pocity nejistoty z budoucnosti, otázky, co přinesou další týdny a zda bude jejich dítě v pořádku, jsou zcela pochopitelné. Životní a zdravotní perspektiva nedonošeného dítěte je velmi nejistá. Strach z úmrtí dítěte může vytvořit dočasnou bariéru při budování vztahu k dítěti, jde o přirozenou obranou reakci, která se mění k lepšímu v době překonání počáteční adaptační krize nedonošence a zpracování šoku rodičů. Vyčerpání a depresivní ladění vede ke změně rodičovského chování, zhoršuje se vnímání signálů, které dítě k rodiči vysílá. Rodič pak na signály dítěte neodpovídá nebo odpovídá nepřiměřeně. Proto by si rodiče měli uvědomit, že jejich dobrá psychická pohoda je velice žádoucí. Jedině tak budou moci věnovat dostatek energie ve prospěch dítěte. Bohužel se rodiče předčasně narozených dětí často musí se svými pocity vyrovnat sami. Přitom se cítí osamoceni a nepochopeni. V našich perinatologických centrech zatím není běžná psychologická podpora rodičů. Rodiče přitom potřebují prostor, aby mohli mluvit o svých pocitech a potřebách (5, 26, 34).

Vztah rodiče a předčasně narozeného dítěte bývá dlouho ovlivněn okolnostmi, které byly spjaty s obdobím těsně po porodu. I přesto, že se tento vztah od samého počátku vyvíjí s většími problémy, vznikají mezi dítětem a rodičem silné vazby, které jsou však často zatíženy množstvím obav, úzkostným pozorováním a hyperprotektivitou (26).

## ***1.6 Psychosociální péče o předčasně narozeného novorozence a jeho rodiče***

Po porodu jsou nedonošené děti obvykle ošetřovány na JIRP, kde jsou umístěny v inkubátoru. Specifické prostředí JIRP, ve kterém se náhle ocitli, se zcela liší od intrauterinního prostředí. Toto prostředí je vystavuje řadě podnětů, které mohou mít významný dopad na jejich dlouhodobý vývoj. Nedonošené děti prožívají první týdny svého života za úplně odlišných podmínek než děti donošené. Jak již bylo zmíněno v předešlých kapitolách, vývoj nedonošeného dítěte nebyl ukončen, porod nastolil změnu, na kterou dítě ještě nebylo biologicky ani psychologicky připraveno. Ve snaze zabezpečit co nejlepší podmínky pro jejich další vývoj je kladen důraz zejména na dvě oblasti. Za prvé jde o práci s rodiči, která usiluje o podporu rodičovské role a na zapojení rodičů do péče o nedonošence na odděleních JIRP. Druhá oblast je zaměřena na ošetrovatelskou péči, v této souvislosti se zmíním o programu NIDCAP, se zaměřením na individualizovanou péči (4, 17, 30, 35).

### ***1.6.1 Podpora rodičů a jejich rodičovské role***

V současné době je na většině neonatologických pracovišť preferován otevřený přístup. Oddělení již nejsou uzavřena, matky mají zpravidla možnost své děti navštěvovat neomezeně. Za předpokladu dodržování hygienicko-epidemiologických opatření je i přístup k návštěvám ostatních rodinných příslušníků benevolentnější. Rodičům by mělo být umožněno, aby mohli své dítě navštěvovat co nejčastěji, oba rodiče by měli být seznámeni s prostředím JIRP. Pracovníci neonatologického oddělení by měli rodičům vycházet vstříc a ujišťovat je o jejich rodičovských kompetencích. V prvních dnech po porodu je velmi důležitá dobrá komunikace mezi rodiči a zdravotnickým personálem. Informace o zdravotním stavu dítěte by měl pokud možno podávat stejný lékař. V kritických chvílích, by měli mít rodiče možnost, být v blízkosti svého dítěte. Přístup zdravotnického personálu k rodičům by měl být vždy individuální, citlivý, s respektem jedinečnosti každé osobnosti. Na něm do jisté míry záleží, jak rodiče tuto obtížnou situaci zvládnou a jaký vztah si ke svému dítěti vytvoří. Rodiče se

lépe vyrovnají s nastalou situací, pokud najdou ve zdravotnicích nejen odborníky pečující o jejich dítě, ale také oporu a pochopení (1, 14).

V souladu s trendy současné péče o nedonošené děti se klade velký důraz na zapojení rodičů do péče o nedonošeného novorozence co nejdříve. Pro vybudování blízkého vztahu, je důležité motivovat rodiče, aby navštěvovali své dítě co nejčastěji. Je-li JIRP umístěna v blízkosti porodních sálů a šestinedělí, jsou co nejčastější návštěvy matky u jejího dítěte na JIRP usnadněny. Zdravotničtí pracovníci obvykle umožní, aby se rodiče do péče o dítě sami aktivně zapojili. Rodiče se postupně dovědí, jak mohou na dítě mluvit, jak se ho dotýkat, co ho zbytečně ruší. Posilují tak své pečovatelské schopnosti, zjišťují, že nedonošenec není tak nemohoucí jak se na první pohled zdálo, a zároveň svému dítěti lépe porozumí (11, 16, 26, 35).

### ***1.6.2 NIDCAP – program individualizované vývojové péče***

Program NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) usiluje o individuální péči o novorozence, přičemž vychází z hodnocení jeho chování a vývoje. Skupina odborníků v čele s Heidelise Alsovou z USA nazývají tuto péči také „brain care“ neboli péče o mozek. Tato péče hledá způsoby ošetřování, které mají ochránit vyvíjející se centrální nervový systém nedonošeného dítěte od rušivých vlivů prostředí. Jde například o činnosti spojené s krmením, polohováním, sociální stimulací, ale také při různých vyšetření nebo rutinní manipulaci. Cílem individualizované péče je pomoci nedonošeným dětem, aby se vyrovnaly s předčasným narozením, a upravit prostředí a způsob péče tak, aby co nejlépe vyhovovaly potřebám každého dítěte (4, 17, 35).

U nedonošených dětí se objevují neurofunkční odlišnosti centrálního nervového systému. Předčasné stimuly z vnějšího prostředí narušují přiměřený vývoj těch oblastí mozku, které souvisejí s komplexními mentálními procesy, s pozorností a seberegulací chování. Řada studií uvádí pozitivní vliv individualizované péče na vývoj nedonošených dětí, kdy bylo prokázáno zkrácení doby respirační podpory, sondování, vzhledem k nižší morbiditě zkrácení hospitalizace po narození. Dále je uváděn nižší výskyt intraventrikulárního krvácení a lepší výsledky při hodnocení neuromotorického

vývoje. Lze předpokládat, že tento způsob ošetřování povede k dalšímu snižování morbidity nedonošených dětí (4).

Zdravotnický personál, by si měl uvědomit, že medicínská a psychologicko-sociální péče by měly být vnímány jako stejně důležité. Velmi vhodné je doporučení autorů NIDCAPu seznámit rodiče s individualizovanou péčí a co nejdříve je zapojit do ošetřovatelského programu, naučit je pozorovat svoje dítě a porozumět jeho chování. Snaha o zkvalitnění péče se odráží také v prostředí. JIRP jsou tiché, zvuky jsou tlumeny, přes den je zde pološero, v noci téměř tma (11, 17).

#### *1.6.2.1 Využití bazální stimulace k podpoře rodičovské role*

Po narození nedonošeného dítěte prožívají rodiče těžkou životní situaci spojenou s bezmocí. Rádi by pomohli svému dítěti, ale neví jak. Koncept Bazální stimulace dává rodičům možnost být aktivní, společně se zdravotnickým personálem se podílet na péči o jejich dítě, zároveň je důležitý pro navázání kontaktu mezi rodičem a jejich dítětem. Bazální stimulace je individualizovaná péče, která využívá postupy navazující na rozvoj vnímání u plodu během intrauterinního vývoje. Jejím cílem je podpořit vlastní identitu, umožnit komunikaci s okolím, zvládnout orientaci v prostoru a čase, zlepšit funkce organismu a pozitivně ovlivnit rozvoj celé osobnosti, základem jsou somatické, vestibulární a vibrační stimuly. V rámci bazální stimulace využíváme pelíškování, kdy nedonošenec neleží ve volném prostoru a tzv. pelíšek ohraničuje hranice jeho těla jako předtím děloha, další možnosti jsou pozitivní dotyky a klokánkování (10, 15).

Při první návštěvě na JIRP mohou být rodiče vyděšení, jejich miminko se jim může zdát menší, než si představovali a obvykle ho obklopuje množství hadiček a přístrojů, z tohoto důvodu se často bojí nedonošenec dotýkat. Při prvních kontaktech je proto důležité, dát rodičům prostor k vyjádření jejich pocitů a obav. Je potřeba rodiče aktivně pobízet, aby svůj strach překonali, protože fyzický kontakt mezi dítětem a rodičem je od počátku velmi důležitý. Zásadou *pozitivních dotyků* jsou pomalé a jemné pohyby, zpočátku jen konečky prstů. Tyto něžné, pozitivní dotyky jsou důležitým protipólem bolestivých zážitků, které s sebou přináší některé zákroky na JIRP



a mohou tak pomoci ke snížení napětí. Doba a způsob hlazení je zcela individuální a záleží na reakci nedonošence ( 8, 36, 37).

Pokud je dítě stabilizované je možné přistoupit ke *klokánkovaní*. Jde o metodu, která spočívá z kontaktu skin-to-skin (kůže na kůži), kdy je dítě uloženo na hrudník matky nebo otce. Klokánkovaní je metoda, která po porodu nedonošeného dítěte příznivě ovlivňuje poporodní adaptaci, umožňuje časný kontakt rodiče s dítětem a tím podporuje vznik pevného pouta mezi rodiči a dětmi hned od narození. Po dobu klokánkovaní nahrazuje rodič, častěji však matka, prostředí v inkubátoru. Je dokázáno, že vlivem klokánkovaní děti lépe usínají, jejich spánek je hlubší, prodlužují se periody bdělosti, mají vyšší váhové přírůstky. U těchto dětí je pozorováno méně bradykardií, apnoických pauz a vyšší saturace kyslíku, důležité je i snížení rizika vzniku nozokomiálních nákaz. Pro rodiče, ale zejména pro matku je tato metoda důležitá k uspokojení kontaktu s dítětem, cítí se tak více matkou, zvyšuje se její sebevědomí. Matka může dítě lépe poznat, co se týče jeho projevů, potřeb, signálů, které vysílá, s dítětem si vidí do tváře, lépe s ním komunikuje, tělesným kontaktem je stimulována tvorba mléka. Tato metoda má jednoznačně pozitivní význam pro dítě a rodiče, během klokánkovaní si předávají jemné dotyky, pohlazením pak rodič sděluje dítěti „ mám tě rád“. V náručí rodičů dítě získává pocit jistoty, dalo by se říci, že jemné, něžné doteky, které klokánkovaní provázejí, jsou vývojovou nutností. Jde o metodu, která je finančně nenáročná, umožňuje zahrnout rodiče do péče o jejich dítě, je jednoduchá, přirozená a zároveň rodiči ochotně přijímaná (10, 15, 19, 28).

### **1.6.3 Kojení**

Kojení je pro všechny novorozence mimo jiné i způsob vybudování vazby a vzájemného pochopení a přijetí. Sání mléka z prsu není pro dítě pouze nejlépe nastavená výživa, ale také komunikace a sdílení se s maminkou. Po předčasném porodu nejsou v těle (mozku, prsech) rodičky nastartované procesy, které zajišťují emocionální a pečovatelskou etapu rodičovství a s ní související kojení. Přesto se mléko matce začne tvořit samovolně. Pro zachování laktace je důležitá psychická pohoda maminky, protože stresové hormony tvorbu mléka tlumí. Postupně, tak jak se dítě stabilizuje, se zklidňuje

také maminka, každá návštěva na JIRP pak podporuje laktaci prostřednictvím hormonů, které se tvoří po kladných emocionálních prožitcích (5, 12).

#### ***1.6.4 Krizová intervence***

Krizová intervence je specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi. Cílem je vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu narušenou kritickou životní událostí. Krizovou intervencí mohou úspěšně poskytovat profesionálové, školení dobrovolníci, ale i laici. Narození dítěte, jehož život a další vývoj je ohrožen, obvykle narušuje psychický stav matky a celé rodiny. O některých doporučeních, jak pomoci rodičům tuto krizovou situaci co nejlépe zvládnout, jsem se zmínila již v předchozích kapitolách. Jde především o seznámení rodičů s prostředím JIRP, zapojit je do péče o jejich dítě co nejdříve, umožnit co nejintenzivnější kontakt s dítětem. Po dobu hospitalizace dítěte na JIRP by měl podávat rodičům informace pokud možno jeden ošetřující lékař. S rodiči je potřeba o zdravotním stavu hovořit opakovaně, rozhovor nabízet, užívat věcný, srozumitelný jazyk, neboť zejména z počátku mohou sdělované informace vnímat nepřesně a neúplně. Intervence by měla být vedena tak, aby se rodiče dokázali odpoutat od uvažování o příčinách nastalé situace, v prvních chvílích je důležité naslouchat, projevit účast a empatii (14, 35, 38).

Pokud se k nedonošenosti přidá zjevné postižení je situace daleko více stresující. Rodina se nachází v náročné situaci, mění se hodnoty, potřeby a někdy i role jejích členů. V této situaci je cílem krizové intervence pomáhat rodině realisticky přijmout situaci tak, aby znala všechna omezení, která postižení představuje. Ale také, aby znala své možnosti a chtěla je využívat a rozvíjet. V případě postižení je vhodné doplnit informace o postižení, ale také zprostředkovat kontakt na odborné služby, občanská sdružení, svépomocné skupiny apod. Je důležité aktivizovat rodiče a zdůrazňovat možnosti a alternativy, které rodina může využít. Krizová intervence v takovémto rozsahu není v našem státě na odděleních JIRP dostatečně zajištěna, přičemž podpora a pomoc rodičům se ve vyspělých státech postupně přesouvá od krizové intervence k takzvané podpoře vzájemných vztahů, kdy se odborníci snaží o zvýšení kompetencí rodičů a o podporu rodičovských rolí od samého začátku (14, 35, 38).

### ***1.6.5 Další možnosti podpory rodičů***

Důležitou roli hrají také neziskové organizace. Asi nejznámějším je občanské sdružení Nedoklubko, které vzniklo v roce 2002 z iniciativy rodičů nedonošených dětí. Toto sdružení se snaží pomáhat všem, kdo je rodičem nedonošeného dítěte. Pro tyto rodiče provozuje telefonickou linku Help line, kde zodpovídá na otázky, zprostředkovává kontakt s ostatními rodiči a poskytuje emocionální podporu. Další informace lze získat na internetových stránkách [www.nedoklubko.cz](http://www.nedoklubko.cz) (5).

Významná je také podpora rodičů formou setkávání rodičů nedonošených dětí. Na některých neonatologických pracovištích jsou uskutečňována setkání svépomocných skupin předčasně narozených dětí. Rodiče dětí hospitalizovaných i dětí v domácí péči se pravidelně scházejí, konzultují svoje problémy mezi sebou, ale i s příslušnými odborníky. Pro rodiče předčasně narozených dětí je důležitý pocit sounáležitosti. Vědomí, že si mohou o svých pocitech a problémech promluvit s někým, kdo podobnou situaci prožil je velmi prospěšné (11, 15).

## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíl práce***

Hlavním cílem práce je zjistit, jak vnímá svojí roli otec po narození nedonošeného dítěte, poukázat na jeho pocity a potřeby a zároveň zmapovat psychosociální dopad na rodinu z jeho pohledu.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

V bakalářské práci byly položeny tyto výzkumné otázky:

1. Jak prožíval období před a těsně po narození nedonošeného dítěte otec?
2. Co otci pomohlo zvládnout nastalou situaci?
3. Odrazila se tato situace nějakým způsobem v jeho běžném životě?

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metodika práce***

Bakalářská práce byla zpracována na podkladě výsledků kvalitativního šetření. K získání dat byla použita metoda hloubkového strukturovaného rozhovoru s otci (příloha č. 2) a metoda obsahové analýzy dokumentů. Jednotlivé rozhovory byly zpracovány do 7 kazuistik. Výsledky rozhovorů byly následně zaznamenány do tabulek v programu Microsoft Excel.

Rozhovory s otci byly realizovány v průběhu ledna 2011 – března 2011. Cílem rozhovoru bylo zjistit, co všechno prožívali otcové v době po narození jejich nedonošeného dítěte. Během rozhovoru měli dotazovaní otcové prostor k vyjádření svých pocitů, dojmů a zkušeností. Aby rozhovor nebyl zatížen silným emotivním zážitkem, neprobíhal těsně po porodu jejich předčasně narozeného dítěte. Rozhovory probíhali na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, v klidné místnosti, bez přítomnosti matky. Tři otcové poskytli rozhovor těsně před propuštěním dítěte. Zbývající čtyři v rozmezí dvou až čtyř týdnů po propuštění dítěte do domácí péče. Rozhovory trvaly přibližně 40 – 60 minut.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný vzorek tvořili otcové dětí, které byly hospitalizované na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice. Základní soubor tvořilo sedm otců, kteří byli náhodně vybráni. Hlavním kritériem pro výběr výzkumného vzorku bylo narození dítěte pod 36. gestační týden a hospitalizace dítěte na jednotce intenzivní péče. Děti se narodily v 25. až 35. gestačním týdnu, na neonatologickém oddělení byly hospitalizovány v rozmezí 21 až 91 dnů. Protože byl během doby sběru dat přibližně tři týdny zákaz návštěv, bylo dalším kritériem možnost otce jakkoliv se zapojit do péče o jeho dítě a to převážnou část hospitalizace dítěte.

## 4. Výsledky

### 4.1 Kazuistiky

#### Kazuistika 1

Otec dvojčátek. Jak otec uvádí, děti se narodily z prvního těhotenství partnerky. Těhotenství bylo plánované. „Zjištění, že místo jednoho děťátka budou dvě, mě nejprve zaskočilo, ale postupem jsem si na představu, že najednou budeme mít dvě děti, zvykl, ale představit jsem si to neuměl.“ Těhotenství zpočátku probíhalo bez komplikací. Asi 14 dní před samotným porodem poslal obvodní gynekolog matku do porodnice, zde bylo zjištěno, že jednomu z dětí odtekla plodová voda. Z medicínského hlediska, byly dvě možnosti pro další postup. Za prvé vyvolat porod, s tím, že děti jsou ještě příliš malé a naděje na přežití ev.přežití bez velkého poškození je velmi malá. Druhou možností byl konzervativní postup, kdy matka dostane léky pro urychlení dozrávání plic a zároveň se stav matky i dětí pravidelně kontrolují kvůli možné infekci a hypoxii dětí. Bylo nutné udělat rozhodnutí, jak říká otec jedno z nejtěžších v jeho životě. Poté co mu a jeho partnerce byla vysvětlena všechna možná rizika, se rozhodli pro konzervativní postup. Bohužel po 14 dnech odtekla plodová voda i druhému dítěti, a protože se „dětem přestalo u maminky dařit“, bylo partnerce doporučeno ukončení těhotenství císařským řezem. „Všechno se seběhlo strašně rychle, tato zpráva mě zastihla v práci a já jsem najednou nevěděl, co mám dělat. I přesto, že jsme předčasné narození dětí očekávali, byl to pro mě šok. Naštěstí mám prima spolupracovníky, kteří se mě snažili utěšit, zařídili mi propustku. Já se vydal do nemocnice, celou cestu jsem byl nervózní, protože jsem nevěděl, co mám očekávat. Když jsem tam dorazil, byly už děti na světě.“ Děti se narodily ve 25. týdnu těhotenství, chlapeček vážil 790 gramů, holčička 720 gramů. Po porodu byly děti umístěny na jednotce intenzivní a resuscitační péče neonatologického oddělení, kde jim poskytnuta komplexní péče, včetně ventilační podpory. Postupně byly ventilační podpory obě děti zbaveny a přeloženy na oddělení intermediární péče. Následně pak na oddělení kde jsou na pokoji společně s maminkami (systém roaming-in, dále jen ROOM). Podle sdělení otce byl chlapeček vždy o trošku

„šikovnější“. Otec navštívil děti na jednotce intenzivní a resuscitační péče asi tři hodiny po porodu, matka vzhledem k císařskému řezu až třetí den života dětí. Další dny navštěvoval děti každý den, kromě období zákazu návštěv, což trvalo asi tři týdny. Do domácí péče byly děti propuštěny přibližně ve třech měsících života, nyní jsou doma již čtrnáct dní.

Těsně po porodu pociťoval otec rozporuplné pocity. „Byl jsem rád, že se dětem daří a vše probíhá podle předpokladů. Všechny ty přístroje, které děti obklopovaly, jsem bral jako něco co jim pomáhá. Zároveň jsem cítil úzkost a bezmoc, vlastně jsem nečekal, že budou až tak malé a bezbranné. Měl jsem pocit, jako by se v tom velkém inkubátoru ztrácely.“ Nicméně otec cítil, že musí být silný, hlavně kvůli partnerce. Báł se jak bude reagovat, až děti uvidí poprvé. V té době mu byla největší oporou jeho sestra, která tuto situaci sama zažila, a tudíž se mohla lépe než kdokoliv jiný vcítit do jeho situace, byl rád, že za ní mohl kdykoliv přijít a vypovídat se. „Také sestřičky, které děti chválily, jak jsou šikovné a samotný zdravotní stav dětí mi pomáhal překonat nejtěžší chvíle ihned po narození.“ Další oporou po celou dobu pobytu byly pro otce i jeho partnerku fotografie na nástěnkách, které jsou umístěny na chodbách neonatologického oddělení. „Při návštěvách jsme se vždy zastavili u nástěnky a říkali si, když to dokázaly tyhle děti, tak ty naše to zvládnou taky. Také nám moc pomohlo, že u každé fotografie byla napsaná porodní hmotnost.“ Na otázku, zda by využil pomoci psychologa, rozhodně odpovídá, že nikoli. Největší oporou tak pro něj byla rodina, nikde jinde pomoc nehledal.

S problematikou předčasně narozených dětí se otec setkal již dříve. Jeho sestra také porodila předčasně, ale její miminko mělo po porodu téměř 1500gramů, takže vlastně jednou tolik než jeho děti. Nicméně základní představu o této problematice měl od sestry a její rodiny, také jeho spolupracovník měl předčasně narozené dítě, takže i on byl pro něj zdrojem informací a zároveň podpory v prvních dnech po předčasném porodu jeho dětí. První informace o zdravotním stavu o jeho dětech získal při první návštěvě na neonatologickém oddělení, zhruba tři hodiny po narození. Tyto informace podával otcí lékař, všem informacím rozuměl, dle jeho názoru byly vyčerpávající. Mnohé již věděl z předchozích rozhovorů s primáři neonatologického a porodnického

oddělení, z doby kdy partnerka ležela na oddělení rizikového těhotenství. Během pobytu dětí byl informován vždy, když o informace požádal, jinak průběžně od partnerky. Ta byla od zdravotnického personálu informována každý den a vždy, když se vyskytl nějaký problém nebo změna, která se týkala zdravotního stavu dětí. Jiné informace již nevyhledával, stačilo mu, co se dozvěděl od partnerky a zdravotnického personálu.

První fyzický kontakt proběhl na intenzivní péči asi po jednom týdnu. „Vlastně mě donutila sestřička, sám jsem si netroufl. I když jsem každý den viděl, jak se jejich zdravotní stav zlepšuje, byly přece jen strašně malé. Ten první pocit byl neskutečný, najednou jsem cítil, že všechno dobře dopadne.“ Když byly děti přeloženy na stanici intermediární péče (dále jen IMP), měl otec možnost několikrát klokanit, to mu hodně pomohlo v navázání vztahu. Jak sám uvádí, najednou se cítil být víc tátou, a když mohl na ROOM přebalovat, vážit a měřit tělesnou teplotu měl pocit, že je najednou alespoň trochu užitečný. Za tuto zkušenost byl rád, ještě než byly děti propuštěny domů, protože se přestal bát toho, jak jsou maličké.

Partnerka byla hospitalizovaná na neonatologickém oddělení téměř celou dobu hospitalizace dětí. Doma byla pouze tři dny po propuštění z gynekologie a to přes vánoční svátky a dále jen jedenkrát přes jednu noc. Jak už bylo jednou zmíněno, po porodu navštěvoval otec děti a partnerku každý den. „Když si zpětně vzpomenu na tuto dobu, uvědomuji si, jak bylo toto období pro mě vyčerpávající. V té době jsem si bral převážně noční směny, abych mohl být v nemocnici už ve dvě hodiny, kde jsem byl téměř každý den po celou dobu návštěv. Pak jsem honem jel domů a zase do práce. Nic jiného jsem vlastně nestihnul a ani jsem na nic jiného neměl náladu. Nicméně ani jednou mne nenapadlo, že bych do nemocnice nepřijel, protože bych si potřeboval odpočinout. Cítil jsem, že mě partnerka potřebuje a také jsem chtěl vidět děti.“ Změna nastala až v době zákazu návštěv. S partnerkou byl v kontaktu telefonicky, pouze jedenkrát týdně jí přinesl nějaké věci přímo do nemocnice. Najednou měl více času na sebe, hodně chodil s tchánem do lesa. Byla to pro něj příjemná relaxace, kterou v posledním období postrádal, aniž by si to sám uvědomoval.



## Kazuistika 2

Otec holčičky, která se narodila ve 30. týdnu těhotenství a vážila 1050 gramů. Těhotenství bylo plánované, otec se na narození dítěte těšil. Děti si přál již dříve, ale přizpůsobil se manželce, která chtěla děti až později. Podle otce probíhalo těhotenství bez komplikací, manželka chodila do práce až do 6 měsíce těhotenství, pak již na doporučení obvodního gynekologa „zůstala“ doma, ale spíše pro náročnost práce, ne proto, že by měla problémy. Těsně před Vánocemi manželce odtekla plodová voda, proto jí ihned odvezl do porodnice, odtud pak byla převezena do perinatologického centra v Českých Budějovicích. „Byl to pro nás šok, vůbec jsme to nečekali, protože do té doby bylo vše bez problémů.“ Tato situace otce značně zaskočila, ale snažil se zmobilizovat všechny síly. Zabalil věci pro manželku a rozjel se za ní do Českých Budějovic. Na pokoj jsem za ní mohl pouze na chvíli. Dcera se narodila za dva dny císařským řezem. Přibližně za čtyři hodiny po narození se byl otec na holčičku podívat poprvé, matka díky sestřičkám z jednotky intenzivní péče již druhý den. Po porodu byla holčička převezena na intenzivní péči, kde jí byla poskytnuta péče odpovídající její nezralosti. Zdravotní stav holčičky se od začátku vyvíjel bez komplikací, již po dvou týdnech mohla být přeložena na intermediární péči a po dalších pěti dnech na pokoj k matce. Do domácí péče pak byla propuštěna po 75 dnech, v současné době je doma jeden měsíc po propuštění.

Když otec vzpomíná na období těsně kolem porodu, konstatuje, že to bylo období především psychicky velmi vyčerpávající. Nejprve prožil šok, kdy se musel vyrovnat se situací, že se mu narodí nedonošené dítě. Vlastně si neuměl představit, co všechno ho čeká, ani na chvíli si však nepřipustil, že by jejich dítě nepřežilo nebo mohlo být postižené. „Nejhorší byly ty dva dny do porodu, kdy manželka ležela na porodnici v Českých Budějovicích. Viděl jsem jí jen na chvíli, když jsem jí nesl věci. Manželka je hodně citlivá a moje návštěva jí spíše rozrušila, než povzbudila. Na radu sestřiček jsem tedy odjel asi po půl hodině domů, nebylo to však jednoduché nechat ji tam samotnou a ještě v takovém psychickém rozpoložení. Bylo mi však jasné, že nejvíce potřebuje klid.“ Také si uvědomuje, že hodně přemýšlel o tom, co mohlo být příčinou předčasného odtoku plodové vody, všechno bylo přece v pořádku. Jediné co ho

napadlo, byly problémy s matkou manželky, která se dostala vlastní vinou do finančních problémů, podle otce to manželku hodně trápilo. Pravda je, že na ní měl vztek, ale nikomu to neřekl. Před první návštěvou na jednotce intenzivní péče byl otec hodně nervózní, vůbec si nedovedl představit, co ho čeká. Zároveň se těšil, až holčičku uvidí. Jak otec uvádí, dcera mu nepřipadala tak malá, asi proto, že čekal malé dítě a zároveň neměl velké zkušenosti s novorozenci a všechny děti na intenzivní péči byly také tak maličké. „Když jsem jí poprvé uviděl, zaplavil mě pocit velkého štěstí, to se ani nedá popsat. Byl jsem moc a moc šťastný.“ Hned po návštěvě na intenzivní péči šel navštívit manželku, ta už byla informována lékaři neonatologického oddělení, ale velkou radost jí udělaly fotky dcery, které pořídil při návštěvě dcery. Manželka byla podle otce vyčerpaná a plačtivá, snažil se jí tedy uklidnit a předat jí jeho pozitivní naladění. Bylo mu jasné, že právě on musí manželku nejvíce podpořit, protože pro ni je toto období velice náročné. Otcovi také pomáhala povzbudivá slova sestřiček, které dceru hodně chválily. Byl rád, že vždy když přišel na návštěvu, si udělali čas na milé slovo. Nikdy neměl pocit, že by je jeho otázky jakkoli obtěžovaly. Sám také pokroky, které dcera dělala, viděl. To vše bylo velmi povzbuzující. Když manželku přeložili na neonatologické oddělení, dívali se při každé návštěvě na fotografie dětí, které se také narodily předčasně. Zjištění, že i dětem s daleko menší porodní hmotností se v budoucnu daří dobře, bylo pro oba dva velkou podporou. Podporu psychologa by určitě nevyužil, s předčasným narozením dcery se vyrovnal nakonec dobře, i když první dny byly hodně nejisté.

S problematikou nedonošených dětí se nikdy nesetkal, nevěděl tudíž, jaké specifické zdravotní problémy může u dcery očekávat. Jeho informace byly omezeny pouze na malou porodní váhu. První informace získal otec po porodu od lékařů na jednotce intenzivní péči. Informace na internetu, v knihách nebo informačních brožurách nehledal. Jeho znalosti o této problematice se prohlubovaly během pobytu manželky na neonatologickém oddělení. Vše bral tak, jak problémy nebo nějaké změny u dcery přicházely. Kdykoliv se však na cokoli zeptal někoho ze zdravotnického personálu, dostal podle něho vyčerpávající odpověď. Také manželka mu mnohé vysvětlila, zvláště co se týkalo denního rytmu dcery.

Otec chodil na návštěvy za dcerou první týden každý den, později pouze 2-3x týdně. Každá návštěva byla pro otce velmi důležitá, vždycky se těšil, až uvidí dceru a manželku. Malou poprvé pohladil na intenzivní péči, bylo to čtvrtý den jejího života. Podnět dala jeho manželka, sám by se neodhodlal. Na tento okamžik vzpomíná jako na malý zázrak. „Úplně mě zahřálo u srdce. Od té chvíle jsem byl jen šťastný táta.“ Klokánkovat se neodvážil, nechával to manželce, která se na ty chvíle hodně těšila. Pokud manželka klokanila v době jeho návštěv, byl klokanění samozřejmě přítomen. Manželka mu sdělovala svoje pocity. Zpětně si uvědomuje, že jí tak trochu záviděl. Klokaní až nyní, když je malá doma, tyto chvíle pohody si však dokonale užívá. Na oddělení IMP začal malou přebalovat, byl rád, že mu to bylo umožněno. V době kdy byla dcera již na ROOM u matky, vždy když byl na návštěvě, vážil ji a měřil teplotu. Byl to při návštěvách takový jejich rituál, který mu pomáhal, protože se pak necítil tak odstrčený. Nyní když už je dcera s manželkou doma může čerpat z těchto malých zkušeností a více se zapojovat do péče o dceru. „Chci být součástí všeho co se kolem ní děje a jsem rád za každou chvíli, kterou můžu s malou strávit.“

Po propuštění z porodnického oddělení byla manželka přeložena na neonatologické oddělení, kde byla kromě dvou dnů po celou dobu hospitalizace jejich dcery. Po prvním týdnu, kdy otec dojížděl do nemocnice každý den, se s manželkou dohodl, že bude jezdit pouze 2-3x týdně. „Zpočátku to nebylo jednoduché, chtěl jsem je vidět co nejvíce, ale dojíždění mi zabralo dost času a taky finančně to bylo dost náročné. Dny, kdy jsem holky neviděl, jsme si s manželkou alespoň telefonovali. Potřeboval jsem vědět, že jsou obě v pořádku.“ Otec pracuje jako živnostník a tak se ve dnech, kdy nejel za manželkou a dcerou na návštěvu, snažil dohnat, co v zaměstnání zameškal. Běžný chod domácnosti zvládal, kromě vaření, bez problémů, protože se již dříve podílel na domácích pracích. Od chvíle, kdy se dcera narodila, do jejího propuštění byla manželka doma pouze jedenkrát na dva dny. Ty dva dny však byly naplněny pocitem nejistoty, jak se malé daří. Při chvilkách volna se snažil relaxovat a to především sportem, občas se také setkal s kamarády, ale na to zvláště zpočátku neměl často náladu. Nyní, když už je malá doma, nemá na tyto aktivity čas. Zatím vše

podřizují dceři a jejím potřebám. Oba jsou s manželkou dost unaveni, ale za sebe může říci, že přes všechno, co si prožili, jsou dokonale šťastní.

### **Kazuistika 3**

Otec holčičky narozené v 33. týdnu těhotenství. Holčička se narodila z druhého, plánovaného těhotenství, s porodní hmotností 1340 gramů. Těhotenství manželky bylo od počátku vedené jako rizikové, také první těhotenství bylo ukončeno předčasně. Důvodem předčasného ukončení u obou případů byla komplikace spojená s těhotenstvím, tzv. preeklamsie. Tentokrát však problémy začaly dříve než u předchozího těhotenství, proto byla manželka hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství již ve 31. týdnu těhotenství, tzn. dva týdny před samotným porodem. O ukončení těhotenství se rozhodlo ráno během vizity, tato zpráva zastihla otce v práci. Naštěstí má zaměstnání, které mu umožnilo odjet do nemocnice téměř okamžitě a tak mohl čekat v předsáli operačního sálu, než se dcera narodí. „ Přiznávám, že jsem byl trochu nervózní, ale když jsem uslyšel, jak dcera pláče, uklidnil jsem se a byl doopravdy šťastný. Než byla dcera převezena na intenzivní péči, měl jsem malou chvilku, abych se na ní mohl podívat a také vyfotit. I když byla hodně malá, uklidnilo mě, že jsem ji mohl alespoň na okamžik vidět.“ Na jednotce intenzivní péče byla holčičce poskytnuta péče odpovídající jejímu zdravotnímu stavu. Prvních čtrnáct dní měla problémy s trávením, nutné byly infúze. Ve třech týdnech života mohla být přeložena na ROOM, kde již byla společně s maminkou do konce hospitalizace. Domů byla propuštěna 46. den života.

Pokud by měl otec vyjádřit, co prožíval během prvních dnů po porodu, přiznává, že byl především rád, že je dcera relativně v pořádku, i když byla mnohem menší, než její bratr. Nyní byl také klidnější a vyrovnanější, než po narození prvorozeného syna. „To, že jsem byl relativně v pohodě, připisuji především tomu, že už jsem takovou situaci zažil a uměl jsem si představit, co mě čeká. Po narození dcery jsem již neprožíval stavy úzkosti a napětí jako po narození syna.“ Se současnou situací se tak vyrovnal sám, samozřejmě se o všem bavil s manželkou a prarodiči holčičky, ale spíše o tom, jak se vše vyvíjí, než co prožívá. Otec si zpětně uvědomuje, že doba po narození syna byla daleko více stresující než nyní. „Tenkrát jsem vše prožíval daleko

intenzivněji, teď jsem neměl čas, stále o všem do hloubky přemýšlet, hlavně proto, že jsem se musel postarat o syna.“ Pomoc psychologa by otec určitě nevyhledal a to ani po narození syna, kdy pro něj bylo všechno daleko náročnější. Služeb psychologa by možná využila jeho manželka. Manželka je více citlivá a zejména po narození syna, kdy byla více přecitlivělá, by jí zřejmě takováto pomoc pomohla. Hodně jí však pomohlo, že si mohla popovídat s maminkami ostatních nedonošených dětí. Otec uvádí, že sám je založením spíše optimista. „Já nevidím věci tak tragicky, vždy si říkám, že by mohlo být ještě hůř. A v případě dcery byla nutná především trpělivost.“

Protože prvorozený syn byl také předčasně narozený, měl otec základní představu o tom, co bude následovat. Pravda, měl trochu obavy, protože dcera se narodila, ještě o dva týdny dříve, ale v zásadě byl přesvědčený, že průběh bude podobný. První informace o jejím zdravotním stavu dostal již v předšálí operačního sálu, informace byly stručné, ale srozumitelné. I během dalšího pobytu si otec nestěžuje. „Bylo to v podstatě stále totéž, zda již toleruje stravu, zda přibývá na váze a že je v podstatě vše v pořádku. Musím, ale dodat, že to v žádném případě neberu jako projev neochoty, ono se vlastně nic závažného nedělo, jen jsme museli počkat, až malá bude mít tu správnou váhu, aby mohla být propuštěna domů.“ Přístup všech na neonatologickém oddělení si otec pochvaluje. Nikdy neměl pocit, že by někoho obtěžoval, a kdykoliv se na něco zeptal, i když to byli spíše maličkosti, dostal vždy uspokojující odpověď.

Na intenzivní péči byl otec dceru navštívit ještě týž den odpoledne, ale jen na pár minut, protože návštěvy byly oficiálně zakázány. „Byl jsem rád, že mi bylo umožněno se za malou na chvíli podívat. I když jsem jí viděl už ráno, bylo to přece jen hodně rychlé. Až po této první návštěvě, jsem si uvědomil, že se dcera narodila. Mohl jsem se na chvíli zastavit a dceru si pořádně prohlédnout. Tuhle chvílku mám vrytou do paměti a myslím, že už tam zůstane navždycky“. Dalších pět dnů neviděl ani manželku, ani dceru, právě kvůli zákazu návštěv. V té době byl s manželkou v kontaktu pouze telefonicky. Během rozhovoru, si otec uvědomuje, že první dva dny byly svým způsobem psychicky náročnější. Manželka, která byla stále na intenzivní péči gynekologického oddělení a dceru ještě neviděla, byla přece jen nervózní a mě

nezbývalo, než ji přes telefon uklidňovat. Napětí povolilo, když už mohla navštěvovat dceru a být s ní v kontaktu. Pět dnů od porodu byl zákaz návštěv zrušen a otec mohl až do konce pobytu manželku i dceru navštěvovat pravidelně. Na návštěvy chodil obvykle 1-2x týdně. Na návštěvy chodil sám, někdy společně se synem. Poměrně intenzivní zážitek byla první společná návštěva, kdy syn prohlásil: „je nějaká malá, mamka jí musí pořádně krmit, aby vyrostla, já jí budu potom hlídat.“ „Strašně mě to dojalo a musím říci, že v tom okamžiku jsem si uvědomil, že jsem pyšný otec dvou dětí.“ Dceru si otec poprvé pohladil až při jeho druhé návštěvě, tedy šestý den života. Měl sice nutkání dotknout se jí již při první návštěvě, ale vzhledem k právě probíhající chřipkové epidemii si netroufl. „Musím se přiznat, že první dotyky byly dost nesmělé, musel jsem si znova zvykat na ty malé ručičky a prstíky, zároveň jsem se těšil z každé její reakce. Krásné bylo, když mě chytla poprvé za prst, pak už jsem se jen těšil, až jí budu moci poprvé pochovat.“

Manželka byla v nemocnici dva měsíce, na neonatologickém oddělení necelý měsíc a půl. Během té doby byla doma pouze jedenkrát a to na dva dny. Bylo to v době, kdy dcera byla ještě na intenzivní péči, manželka si potřebovala zařídit nějaké záležitosti v práci a po delší době si také chtěla užít syna. Trochu rozpačitě otec říká: „nechci, aby to vyznělo nějak špatně, ale já jsem si dobu, kdy byla manželka v nemocnici, skutečně užíval.“ Na vysvětlenou pak dodává, že si užíval dobu, kdy mohl být se synem. V té době se mu samozřejmě věnoval více než dříve, protože zkrátka musel. Jak sám říká: „byl jsem v jednom kole, stihnout zaměstnání, péči o syna i domácnost, bylo dost náročné, vlastně jsem už neměl čas na nic jiného. Nicméně jsem rád, že tomu tak bylo. Čas, který jsem se synem strávil, dal našemu vztahu jiný rozměr.“ Také pro otčova rodiče byla tato doba dobou změn. Do té doby svého vnuka vídali maximálně dvakrát do měsíce. Nyní přibližně dvakrát do týdne, protože ho bylo nutné vyzvedávat ze školky. „Vlastně to bylo prospěšné pro všechny, já se naučil spoustu věcí, které se týkají chodu domácnosti, moji rodiče díky častějšímu kontaktu se svým vnukem začali fungovat jako správná babička a dědeček a syn se částečně odpoutal od maminky, na které byl hodně závislý.“ Manželka si prý někdy připadala odstrčená,

ale na druhou stranu byla ráda, že všechno funguje a ona si nemusí dělat starosti, jak to všechno zvládají bez její přítomnosti.

#### **Kazuistika 4**

Otec holčičky, která se narodila ve 30. týdnu těhotenství, její porodní hmotnost byla 1400 gramů. Holčička se narodila ze třetího těhotenství, bohužel předchozí těhotenství vždy v pátém měsíci těhotenství skončila potratem. Manželka pak dlouho nemohla otěhotnět, rodiče si dokonce zažádali o adopci a tak toto těhotenství pro ně bylo malým zázrakem, i když do jisté míry prožívané s obavami, aby tentokrát všechno dobře dopadlo. Od začátku bylo těhotenství manželky vedeno jako rizikové, ale hospitalizovaná v nemocnici nebyla. „Nejhorší bylo období mezi pátým a šestým měsícem, to byla manželka značně nervózní. Když jí pak odtekla plodová voda, začala plakat. Nevěděl jsem jak ji uklidnit, ale bylo mi jasné, že musíme co nejdříve do porodnice. Já jsem byl až překvapivě klidný.“ Holčička se narodila císařským řezem asi dvě hodiny po příjezdu do nemocnice. Otec byl v nemocnici celou dobu přítomen. Během císařského řezu byl v předsálí operačního sálu a čekal, až se jeho první dítě narodí a manželka bude po operaci. Holčičku viděl na malou chvíli, než jí převezli na intenzivní péči neonatologického oddělení. Na jednotce intenzivní péče strávila asi deset dní, pak několik dní na intermediární jednotce, zbytek pobytu pak společně s maminkou. Domů byla propuštěna 44 dní po narození. V domácí péči je nyní tři týdny.

Na dotaz zda by mohl vyjádřit svoje pocity, když viděl holčičku poprvé, otec odpovídá, že neví. Vzpomíná si pouze, že holčička byla celá zabalená a byla jí vidět jen malinká hlavička. Má pocit, že je to už dávno, od té doby se pro něj mnohé změnilo. Po chvíli pak odpovídá, že pocity prvních několik dnů po porodu byly pro něj v tomto směru značně rozporuplné. Na jedné straně radost z narození dcery, na druhé straně si uvědomoval, že ještě není vyhráno a může se stát v podstatě cokoliv. Tyto obavy však raději nikomu nesdělával. Aby se trochu rozptýlil, byl druhý den po porodu raději celý den v práci a až navečer šel navštívit manželku. Dceru šel navštívit až další den společně s manželkou. Jak sám přiznává: „Sice jsem všem říkal, že chci s první

návštěvou počkat na manželku, ale spíš jsem se bál jít sám. Co kdyby se ještě něco stalo? To bych jí měl asi pořád před očima a to bych asi nezvládl. Takhle bychom na to byli zase oba dva a to vím, že bychom zvládli.“ V období těsně po porodu bylo pro otce nejtěžší vědomí, že je na všechny problémy sám. Manželce nechtěl přidělovat starosti, spíše se snažil jí podpořit, i když se musel alespoň zpočátku dost přemáhat. Ostatní příbuzní i známí se ho sice snažili povzbudit, ale bylo mu to někdy až nepříjemné, protože ne zcela sdílel jejich nadšení. Jak se postupně zdravotní stav dcery zlepšoval, začínal být optimistický i on a věřil, že všechno dobře dopadne. Zejména v prvních dnech po porodu nacházel rozptýlení v zaměstnání, doma pak ve fyzické práci okolo nedávno dostavěného domečku. „Prostě jsem musel pořád něco dělat, abych se nějakým způsobem odreagoval. Večer, jsem pak byl tak unavený, že jsem šel alespoň brzy spát.“ Také sestřičky a lékaři, kteří dceru při každé jeho návštěvě chválili, na otce zřejmě přenesli pozitivní naladění. Přesto na dotaz, zda by mu v tuto chvíli pomohlo, kdyby mohl, využít pomoc psychologa, odpovídá záporně. Nemá prý ve zvyku se se soukromými problémy někomu svěřovat, zejména pak někomu cizímu.

O problematiku předčasně narozených dětí se začal zajímat prostřednictvím manželky někdy kolem 28. týdne těhotenství. „Manželka asi podvědomě tušila, že může porodit předčasně. Proto si zejména na internetu občas hledala informace a pak to se mnou rozebírala. Nijak nadšený jsem z toho nebyl, ale chtěl jsem jí vyhovět. Vždy jsem jí vyslechnul. Po narození dcery jsem za to byl rád, měl jsem alespoň nějakou základní představu, co nás asi čeká.“ První informace získal otec těsně po porodu od lékaře neonatologického oddělení, ještě před převozem na jednotku intenzivní péče, informace byly pouze orientační, základní, otec si byl však vědom, že nic víc mu lékař zatím říci nemůže. Více informací získal od manželky druhý den, když za ní přišel na návštěvu, možnost informací po telefonu nevyužil. Další informace od zdravotnického personálu dostal vždy, když o ně požádal, ale moc často to nebylo, spíše mu vše říkala manželka, která se o všechno zajímala do podrobností.

První návštěvy na intenzivní péči se obával, i když viděl dceru ihned po porodu, nevěděl, co ho na intenzivní péči čeká, jak zareaguje manželka a i on sám. „Bylo mi jasné, že dcera bude malá, nikdy jsem tak malé dítě neviděl. Musím se přiznat, že jsem



netušil, že mě to její drobné tělíčko tak zaskočí. Ani jsem nevěděl, co mám říkat a chvíli jsem se musel přemáhat, abych se nerozbrečel. Přišla mi hrozně zranitelná a já pro ni nemohl nic udělat, nijak jí pomoci. Vlastně si pamatuji nějaké růžové bačkůrky a spoustu hadiček.“ Po první návštěvě na intenzivní péči, která proběhla třetí den života dcery, se otec snažil chodit na návštěvy každý den. Na popud sestřičky si dceru pohladil již druhou návštěvu. Ale jenom tak lehce, protože se bál, že jí může něco udělat. U toho už zůstalo. „Po celou dobu pobytu na neonatologickém oddělení jsem raději přenechal klokanění a ostatní péči sestřičkám a později manželce. I nyní, když je malá doma se do nějaké péče nehrnu, podle mne je stále moc křehká. Počkám si, až dcera povyroste, to se těším, na všechno, co spolu budeme dělat.“

Po propuštění z porodnice, byla manželka několik dnů doma. Na neonatologii neměli zrovna volná lůžka pro maminky. Proto manželku přijali na oddělení, až když mohla mít dceru u sebe na pokoji. „Během těch pár dnů co byla manželka doma, si alespoň dokoupila a připravila věci, které potřebovala pro dceru, až s ní přijde domů. Byl jsem docela rád, že si vše zařídila sama, nevím, jestli bych to sám zvládl, aby vše bylo tak jak má.“ Manželku za dcerou vozil každý den i přesto, že to pro něj bylo časově i finančně náročné. „Naštěstí mi v zaměstnání vyšli vstříc. Uvědomoval jsem si, že je to pro manželku, ale i pro dceru důležité.“ Další měsíc pak byla manželka hospitalizovaná společně s dcerou na ROOM, otec za nimi dojížděl obvykle každý druhý den. „Ostatní dny jsem se snažil udělat co nejvíce okolo domku, než přijde manželka s dcerou domů, protože mi bylo jasné, že pak už moc času mít nebudu. Teď když už jsou obě dvě doma, se snažím manželce pomáhat hlavně s domácími pracemi, aby se mohla co nejvíce dceři věnovat a také si sama na chvíli odpočinout.“

## **Kazuistika 5**

Otec dvojčátek, která se narodila ve 35. týdnu těhotenství. Holčička vážila 2630g, chlapeček 2480g. Dvojčátka se narodila z prvního, plánovaného těhotenství. Protože partnerka nemohla otěhotnět, podstoupila umělé oplodnění, naštěstí otěhotněla již po prvním zákroku, těhotenství bylo vedeno jako rizikové. Na oddělení rizikového těhotenství ležela partnerka tři týdny před samotným porodem. O plánovaném

císařském řezu se otec dozvěděl den předem, to bylo rozhodnuto o ukončení těhotenství kvůli zdravotnímu stavu partnerky. Ihned po porodu byly obě děti převezeny na oddělení intermediární péče, po dvou hodinách však začala mít holčička problémy s dýcháním, proto byla přeložena na jednotku intenzivní péče. Protože se její zdravotní stav postupně zhoršoval, byla nakonec nutná ventilační podpora, společně s další běžnou léčbou. Na ventilační podpoře zůstala holčička další čtyři dny, dále se její stav rychle zlepšoval a za další čtyři dny mohla být přeložena na ROOM k matce. Zdravotní stav chlapečka se od začátku vyvíjel bez problémů. Pátý den po porodu, když byla matka přeložena na neonatologické oddělení, mohl být syn umístěn společně s ní na pokoj. Rozhovor probíhal 20. den života dětí, jeden den před propuštěním do domácí péče.

Otec dítěte byl v předsálí operačního sálu během císařského řezu. „ Asi jsem přišel moc brzy, ale ta doba se mi zdála nekonečná. Nejprve přivezli partnerku, pak odváželi nějakou paní, a pak se z mého pohledu dlouho nic nedělo. Musím přiznat, že jsem byl dost nervózní, měl jsem starost o partnerku i o děti. Velká úleva nastala, když jsem je uslyšel brečet a ještě větší, když jsem je uviděl. Než je převezli na neonatologické oddělení, mohl jsem si je i vyfotit.“ Otec pak ještě čekal, než bude partnerka po operaci, chtěl vědět, zda je vše v pořádku, aby mohl v klidu odejít do zaměstnání. To, že si byl jistý, že vše probíhá bez komplikací, ho uklidnilo. O radostnou zprávu, že má dceru a syna, se pak podělil s rodiči i matkou partnerky. Další vývoj zdravotního stavu dcery, ho podle jeho slov dost zasáhlo. „Nečekal jsem nějaké komplikace, obě děti byly relativně velké. Byl to pro mě dost šok. První dny tak byly dost náročné, především po psychické stránce. Přesto jsem se snažil být oporou hlavně pro přítelkyni, protože ta to vše dost špatně snášela. Také moje matka, zdravotní sestra, když se dozvěděla, že dcera je na dýchacím přístroji, byla dost znepokojená.“ Otec tak komentuje, že se snažil všechny okolo uklidnit, ale on sám vlastně v kruhu rodinném neměl nikoho, kdo by ho povzbudil. Naštěstí kolega v práci měl zkušenosti, co se týče nedonošených dětí, protože se mu před půl rokem také narodila dvojčátka. Nastínil mu také, co ho všechno může potkat. Byl rád, že měl možnost po „chlapsku“ popovídat s někým, kdo o této problematice něco ví, a kdo podobnou situaci prožil.

Zdravotní stav dcery, se rychle zlepšoval a tak se postupně všichni uklidňovali. Jemu osobně nejvíce pomohl kolega, také lékaři a sestry neonatologického oddělení, kteří svým přístupem dokázali, že péče o dceru je na nejvyšší možné úrovni. Na dotaz, zda by mu nepomohla péče psychologa, odpovídá otec, že možná, kdyby se stav dcery nelepšil a celé to všechno trvalo dlouho.

O problematiku nedonošených dětí se nikdy výrazněji nezajímal. I když věděl, že se mohou narodit a zachránit i děti, které mají méně než jeden kilogram. Vzhledem k tomu, že těhotenství probíhalo téměř do konce bez velkých problémů, neměl potřebu shánět si další informace. První informace o dětech dostal už v předšálí operačního sálu, ihned po narození. Tyto informace však byly pouze orientační, s tím, že se více dozví při odpolední návštěvě. V době, kdy dcera byla na intenzivní péči, dostával informace pokaždé, když o ně požádal. „Ty první dny mě lékař informoval pokaždé, když jsem přišel na intenzivní péči. Oceňuji, že tyto údaje byly pochopitelné i pro laika. Hodně mi pomohlo, když mi lékaři vše vysvětlili, že i přesto, že dcera byla relativně velká, mohou nastat takovéto komplikace, prostě se narodila dříve, než měla.“ Další informace otec již nevyhledával. Podle jeho slov, není typ, aby „projížděl“ internet. Spíše má zkušenost, že někdy více informací škodí, „člověk je pak zahlcen informacemi, všechno řeší a zbytečně se nervuje.“ Současně říká, že je to možná také tím, že stav holčičky se rychle upravoval, kdyby tomu tak nebylo, zřejmě by informace zjišťoval i jinde. Po zvládnutí „krize“ dcery ho o zdravotním stavu dětí informovala především partnerka. O službách psychologa neuvažoval. Byl však rád, že psychická zátěž, kterou představovaly okolnosti spojené s narozením dětí, nebyla dlouhodobá.

Jak již bylo řečeno, otec děti viděl ihned po porodu, ale jen na chvíli. Když přišel odpoledne na návštěvu za partnerkou, která ležela na intenzivní péči gynekologického oddělení, zažil trochu šok. Partnerka již věděla, že má dcera nějaké problémy a že bylo nutné ji přeložit na intenzivní péči. Otec si vzpomíná, že hrozně znejistěl, ale nedal na sobě nic znát, protože by přidělával starosti partnerce, která to sama dost těžce nesla. „Musel jsem se ovládat, abych se ihned nerozběhl na neonatologii, abych zjistil co se děje. Stejně jsem návštěvu ukončil asi dost rychle, ale potřeboval jsem vědět, jak se dceři daří. Sice jsem měl trošku výčitky, že jsem tam

nechal přítelkyni samotnou, ale po operaci byla stejně dost unavená“. „Když jsem dceru poprvé uviděl, nepřipadalo mi to nějak hrozné, měla pouze zavedenou infúzi a spokojeně si ležela v inkubátoru. Sestřička mi dokonce nabídla, že si ji můžu pohladit. Za to jsem byl vděčný, protože sám bych si netroufl, abych jí nerušil. Trochu jsem se uklidnil. “ Bohužel, zdravotní stav dcery se i nadál zhoršoval a musela být napojena na dýchací přístroj. Před další návštěvou byl otec daleko více nejistý, protože si nedovedl představit, co ho čeká. Na tuto návštěvu šel již společně s přítelkyní, která měla děti vidět poprvé. „Vidět dceru takhle bezbrannou bylo pro mě nesmírně náročné, měl jsem ji zafixovanou, jak si pokojně spí a najednou jí z nosu trčela rourka. Rozumově jsem si zdůvodňoval, že je to pro její dobro, ale bylo to opravdu těžké. Rád bych jí pomohl, ale bylo mi jasné, že můžu jen doufat, že její stav není moc vážný. Ten den jsem se ji bál i pohladit, opravdu jsem se na to necítil.“ Pak se šli oba dva ještě podívat na syna, kterého si mohli i pochovat. Otec říká: „Byl jsem rád nejen kvůli sobě, ale také kvůli přítelkyni, která viditelně pookřála. Když jsem syna držel poprvé, rozbušilo se mi srdce. Byl jsem rád, že jsem seděl. Vůbec jsem netušil, že to takhle se mnou zamává.“ Otec pozitivně hodnotil kladný přístup zdravotnického personálu, zvláště pak jejich lidský přístup, zejména během prvních dnů. Když už byl syn na pokoji společně s matkou, byl otec rád, že si ho může přebalit nebo změřit teplotu a zvážit. „Alespoň budu připravený pomáhat přítelkyni, až přijde z nemocnice. Toto je dobrý začátek“. U dcery začal později, i když už byla nějaký čas na ROOM u maminky, měl přece jen zábrany a péči nechával na přítelkyni. Pochoval si jí tedy až pár dnů před propuštěním. Nyní už přebalí jí i jejího bratra.

Na návštěvy chodil do nemocnice každý den. Během pobytu dětí na neonatologickém oddělení doma přítelkyně nebyla a ani o tom neuvažovala. Návštěvy byly náročné především časově. „Vše jsem přizpůsobil tomu, abych mohl na návštěvu přijet každý den. Ty tři týdny byly opravdu náročné, byl to pořádný kolotoč. Sice jsem nestihl nic jiného, maximálně tak usnout večer u televize. Sport, přátelé, všechno šlo stranou, ale vůbec toho nelituji.“ Nakonec ještě otec zmiňuje, jak je pyšný na přítelkyni, která i přes počáteční komplikace u dcery nakonec všechno zvládla. „Ted' už se jen těším, že zítra půjdou všichni domů.“

## Kazuistika 6

Otec chlapečka, který se narodil z druhého, plánovaného těhotenství. Chlapeček se narodil ve 30. týdnu těhotenství, jeho porodní hmotnost byla 1230 gramů. Až do dvacátého týdne bylo těhotenství bez problémů, pak již byla manželka doma, protože jí občas „tvrdlo“ břicho. Manželka chodila pravidelně na kontroly, doma se snažila odpočívat, přesto jednoho dne zakrvácela. Sice ne moc, ale oba cítili, že se něco děje. Proto co nejdříve odvezl otec manželku do porodnice. Po vyšetření zůstala manželka kvůli pozorování na porodním sále. V noci začala opět hodně krvácet, z toho důvodu bylo těhotenství ukončeno akutním císařským řezem. Po porodu a nezbytném zajištění byl chlapeček převezen na jednotku intenzivní péče neonatologického oddělení. Na intenzivní péči strávil chlapeček první týden svého života. Brzy bylo možné ustupovat od ventilační podpory. Druhý týden po porodu byl chlapec přeložen na stanici intermediární péče. V té době byl zdravotní stav dítěte dostatečně stabilní, byla ukončena oxygenoterapie i infuzní léčba, 15. den mohl být přeložen na ROOM a dále být trvale na společném pokoji s matkou. Do domácí péče byl chlapec propuštěn 54. den života, nyní je doma necelé tři týdny.

Nečekané narození syna znamenalo pro otce, ale i pro matku značný stres. Když vezl manželku do porodnice, stále věřil, že to nebude nic vážného. I když manželka musela zůstat v porodnici, doufal, že jde jen o přechodnou záležitost. Noční telefon od manželky ho však pořádně vyděsil. „Když zazvonil telefon, byla jedna hodina v noci a já věděl, že se něco děje. Slyšel jsem jen jak manželka pláče, že musí okamžitě na operační sál. Měl jsem pocit, že se mi zastavilo srdce. Nevěděl jsem honem, co mám říci, ani si vlastně nevzpomínám, co jsem jí na to řekl, byl jsem prostě v šoku.“ Dále otec uvádí, že strašná byla bezmoc, která ho v té chvíli přepadla. Chtěl by být s manželkou v nemocnici, nějak ji povzbudit, ale zároveň si uvědomoval, že to není možné. Za prvé byla noc a než by se dostal do nemocnice, bylo by dávno po operaci, za druhé měl doma čtyřletého syna, kterého nemohl nechat doma samotného. „Ta noc byla nekonečná, mohl jsem si jen domýšlet co se děje a doufat, že dítě i manželka jsou v pořádku.“ Ještě ráno volal do nemocnice. Informace, které získal, ho uklidnily jen

částečně, alespoň věděl, že se neděje nic mimořádného. Celý první den, než šel otec do nemocnice na první návštěvu, označuje slovem nejistota. „Vůbec jsem netušil, jak takové kilové miminko vypadá, jak je velké, jestli je schopné vůbec přežít“. Po první návštěvě se otec hodně uklidnil. Velmi mu pomohl přístup lékařů a sestřiček na intenzivní péči. Vždy syna chválili a poukazovali na jeho pokroky. Také fotky na nástěnkách, jemu i manželce, pomohli věřit, že je spousta takových dětí a spousta se jich dále vyvíjí normálně. Největší oporou byli pro otce jeho rodiče. „Máma je prostě skvělá, vždy mi byla nablízku, hodně mi pomohla hlavně s péčí o staršího syna a taky o domácnost. Bez ní bych to jen těžko zvládl.“ Také ostatní členové rodiny se mi snažili pomoci, podporovali mě a společně se mnou prožívali každý, i malý úspěch mého syna. S manželkou jeho obavy, zvláště zpočátku moc neprobíral, protože jí nechtěl přidělovat starosti. O pomoci psychologa otec neuvažoval, i když přiznává, že počáteční šok byl velký, ale jak se postupně zlepšoval zdravotní stav syna, uklidňoval se i otec. Nakonec vše s pomocí rodiny zvládl.

První informace, jak již bylo zmíněno, dostal otec po telefonu. Vzhledem k tomu, že neměl zkušenosti s předčasně narozenými dětmi, neuměl správně toto sdělení vyhodnotit. Další informace dostal odpoledne při návštěvě na jednotce intenzivní péče. „Lékař mi znova vše dopodrobna vysvětlil. Tyto informace již byly pro mě srozumitelné, dostačující, upřesnil jsem si vše, čemu jsem nerozuměl. Bylo mi příjemné, že jsem nezaznamenal nic, co by nasvědčovalo tomu, že bych někoho svými dotazy obtěžoval po celou dobu hospitalizace našeho syna.“ Další dny mě informovala převážně manželka, která byla v každodenním kontaktu s lékaři i se sestřičkami. Z dalších zdrojů k získání informací využili rodiče internet. Otec si zejména první dny četl ohlasy rodičů. Dále manželka chtěla zjistit nějaké pomůcky pro nedonošené děti, které by využili v domácí péči. Zejména v počátcích by otec uvítal nějaké informační letáky nebo brožury, které by alespoň letmo přiblížily tuto problematiku.

První návštěvu absolvoval otec sám, matka v té době byla ještě na intenzivní péči ženského oddělení. „Byl jsem hodně nervózní, ale také jsem se těšil a zároveň bál. Když jsem ji viděl, chyběla mi slova, všechny ty hadičky kolem mi vyrazili dech. Po té co jsem měl možnost, znovu mluvit s lékařem jsem se uklidnil, říkal jsem si, že to musí

zvládnout.“ Při první návštěvě ještě otec udělal první fotky, ty byly důležité především pro manželku, za kterou šel také na návštěvu. Dále se snažil navštěvovat syna každý den, i když musel kvůli pracovním povinnostem několikrát návštěvu vynechat, což ho vždy dost mrzelo. Na návštěvy chodili samozřejmě i prarodiče a několikrát se byl podívat na „malého bratříčka“ i starší syn. Poprvé syna pohladil asi 3. den, ještě když byl na intenzivní péči. Popud k tomu dala manželka, která mu popisovala svoje pocity. „Samotného by mě to nenapadlo, bál jsem se ho dotknout, vypadal tak maličký a průhledný, ale chtěl jsem udělat radost manželce. Poprvé jsem si nebyl moc jistý, ale další dny jsem se už těšil, až si budu moci zase malého pohladit. Měl jsem pocit, jakoby nás to sblížovalo.“ Na oddělení IMP otec několikrát i klokanil. „Bylo to zvláštní. Poprvé jsem nevěděl, jak mám malého chytit, abych mu neublížil, ale nakonec jsem si tu hodinku docela užil. Manželka si zase během mého klokanění užívala našeho staršího syna, po kterém se jí hodně stýskalo.“ Postupně si uvědomoval, že je otcem a byl šťastný, že se mu narodil druhý syn. Na ROOM si otec dle možností malého pochoval, také si vyzkoušel malého přebalit, zvážit nebo změřit teplotu. Všechno dělal rád, domnívá se, že mu tyto zkušenosti pomohly uvědomit si, že i přesto, že se jeho syn se narodil jako nedonošený, není třeba se bát jeho „malosti“ a může s ním navázat vztah jako se starším synem.

Na neonatologickém oddělení byla manželka po celou dobu hospitalizace jejich syna, vlastně hned poté co jí propustily z porodnického oddělení. Sám otec říká, že kdyby nebylo jeho rodičů, neví, jak by celou situaci zvládl. „Chod domácnosti a péče o syna byla z větší části starostí manželky. Ze dne na den jsem byl na všechno sám. Ze všeho nejvíce mi najednou chyběl čas. Každodenní dojíždění do nemocnice a běžný, i když základní, provoz domácnosti mi zabral několik hodin denně.“ Nejvíce mu pomohlo, že rodiče převzali péči o staršího syna a to hlavně během pracovního týdne. Měl tak o jednu starost méně. Díky všem povinnostem, které musel zvládat, mu ty necelé dva měsíce strašně rychle utekly. „Občas jsem se sice cítil hodně unavený, ale nikdy mě nenapadlo, že bych na návštěvu nejel, abych si mohl odpočinout. Nejen, že jsem chtěl vidět syna i manželku co nejčastěji, ale také jsem cítil, že má manželka radost, když mi může vyprávět, jaké dělá syn pokroky. Každý den si vše zapisovala

do deníčku a to nám zůstalo doted.“ S úlevou otec dodává, že nyní, když už je manželka doma se vše dostává pomalu do „starých“ kolejí.

### **Kazuistika 7**

Otec chlapečka narozeného ve 34. týdnu. Chlapeček se narodil z prvního, neplánovaného těhotenství a jeho porodní hmotnost byla 1970 gramů. Těhotenství bylo vedeno jako rizikové, kvůli zdravotnímu stavu partnerky, přibližně 14 dní před porodem byla matka chlapečka hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství. Dva dny před samotným porodem byla propuštěna domů na propustku, protože si potřebovala něco zařídit, bohužel druhý den okolo poledne jí otekla plodová voda. Zpráva otce zastihla v práci, byl služebně mimo České Budějovice, proto si přítelkyně musela zavolat sanitku. „Neměl jsem z toho dobrý pocit, byl jsem daleko, nemohl jsem jí pomoci, ale nebylo v mých silách s tím něco udělat. Samozřejmě jsme byli v kontaktu po telefonu, ale určitou nejistotu a obavy jsem pociťoval stále. Snažil jsem se o návrat co nejdříve, ale stejně jsem přijel až navečer.“ Protože na porodní sál, kde byla přítelkyně, otce nepustili, jel domů. Tam čekal, až mu přítelkyně zavolá a on pojedě k porodu. „Bylo to nepříjemný pocit, byt se mi zdál najednou strašně prázdný a tichý.“ Chlapeček se narodil druhý den ráno, po porodu byl převezen na jednotku intenzivní péče, kde mu byla poskytnuta péče odpovídající jeho zdravotnímu stavu. Zde byl asi týden, dále na oddělení intermediární péče, od 14 dne pak společně s matkou na ROOM. Domů byl propuštěn 21. den.

Doba okolo porodu a první týden po porodu byla pro otce náročná, ale podle jeho slov se to dalo zvládnout. Nepříjemná byla první noc. Stále čekal, až přítelkyně zavolá a on pojedě do porodnice, zavolala až nad ránem. „Když zazvonil telefon a přítelkyně řekla, že mám přijet, okamžitě jsem se rozjel do porodnice. Už jsem mohl alespoň něco dělat, protože úplně nejhorší bylo čekání, když člověk nemůže nic dělat a neví, co bude.“ Otec byl rád, že mohl být u porodu a mohl být alespoň trochu nápomocen. I když pouze tím, že byl přítomen, jak sám říká: „co jiného může chlap dělat, než tam být a držet jí za ruku. Musím říct, že jsem na ni pyšný, jak to zvládla. Určitě to pro ni bylo hrozně náročné jak fyzicky tak psychicky.“ Během porodu cítil otec hlavně strach, aby dítě



bylo v pořádku. Tyto obavy si však nechal pro sebe, protože nechtěl přítelkyni jakkoliv znepokojovat. Po narození syna přišla velká úleva. Až dodatečně si uvědomil, že je otcem a že to malé „stvoření“ je jeho syn. „Když jsem ho uviděl, jak je malinký, vehnaly se mi slzy do očí. Obvykle se mi to nestává a tak mě to až zaskočilo, ale nemohl jsem si pomoci. Byl jsem rád, že jsem tam mohl být, byl to jeden z nejsilnějších zážitků, které jsem do té doby zažil.“ Otec měl samozřejmě i obavy, ale radost z narození syna přece jen převažovala. I přesto, že několik dnů byla nutná podpora dýchání. „Říkal jsem si, že je to normální, ty nostrilky měli skoro všechny děti okolo.“ Otec si myslí, že on sám situaci zvládal docela dobře. Věřil, že je o syna dobře postaráno.“ Během prvních pár dnů sice bylo několik okamžiků, kdy ho napadlo, co by bylo, kdyby vše nedopadlo „dobře“, ale tyto myšlenky, vždy rychle zavrhnul, nechtěl si to vlastně ani připustit. Huř na tom byla přítelkyně, kterou musel otec stále uklidňovat. Měla výčitky, že neměla chodit domů z nemocnice. „Samozřejmě, že mě to taky napadlo. Říkal jsem si, že jsem měl vše zařídit sám, ale už se stalo a nemělo cenu to dál řešit. Hlavně jsem si přál, aby syn a přítelkyně byli v pořádku.“ O tom co prožívá, neměl potřebu s nikým mluvit, jeho kamarádi a známí stejně nemají představu, co to obnáší. Rodiče obou byli šťastní z narození vnoučka, takže o nějakém sdílení starostí nemohla být řeč. Jemu osobně nejvíce pomohlo, že mohl syna i přítelkyni vidět. Mohl se tak sám přesvědčit, že se neděje nic mimořádného. Také sestřičky a lékaři na intenzivní péči, kteří syna chválili, ho utvrzovali v tom, že vše probíhá bez komplikací. Služby psychologa by nevyužil, situace nebyla tak vážná, aby jeho pomoc potřeboval.

O nedonošených dětech neměl do narození syna žádnou představu. První informace tak získal na porodním sále po jeho narození od lékaře-neonatologa. Informace byly spíše obecné, další informace získal odpoledne, když se na syna přišel podívat. Tyto informace byly již konkrétnější, byly jasné a srozumitelné, udělal si alespoň základní představu o této problematice. Dále získával informace o zdravotním stavu syna zprostředkovaně od přítelkyně. „Nechtěl jsem už nikoho obtěžovat a přítelkyně mi vždy všechno řekla.“ Hned po narození syna se otec podíval na internet, ale měl pocit, že ho tato přemíra informací spíše stresuje. „Víc informací by podle mě případným komplikacím stejně nezabránilo a já bych jen přemýšlel, co by se mohlo

všechno stát. Kdyby se u syna vyskytly nějaké komplikace, byl bych asi zvědavější, ale takto jsem měl pocit, že to co vím, mi stačí.“

První návštěvu na neonatologii absolvoval otec společně s partnerkou a to odpoledne ten den, kdy se syn narodil. Oba dva byli nejistí, nevěděli, co je čeká. Zatím co matka byla vystrašená, otec se snažil být klidný, i když „někde uvnitř jsem cítil napětí“. Nedovedl si představit prostředí, kde jejich syn je. „Když jsem viděl inkubátor a tu spoustu hadiček byl jsem nejprve trochu nesvůj, ale za chvíli jsem se nějak přizpůsobil.“ Prostor a atmosféra na otce silně zapůsobila, „byla tam cítit taková pohoda“. Ten den si také chlapečka poprvé pohladil. „Byla to síla, opět se mi vehnaly slzy do očí. Řekl bych, že to byl ten okamžik, kdy si chlap uvědomí, že je tátou. Byl jsem vděčný, že mi to bylo umožněno.“ Také partnerka si jejich syna pohladila, podle otce jí to také pomohlo, zdálo se, že se potom uklidnila. Během dalšího pobytu si otec občas syna pochoval, ale do další péče se nehrnul. Na to si počká, až budou doma.

Partnerka byla propuštěna z porodnice již třetí den, i když nemohla mít syna u sebe na pokoji, využila možnosti být hospitalizovaná na neonatologickém oddělení. Otec za nimi jezdil na návštěvu každý den. Podle otce byly každodenní návštěvy trochu náročnější na čas, musel si trochu přeorganizovat svůj pracovní i soukromý život, ale nijak výrazně ho tyto návštěvy neomezovaly. „Doma bych byl stejně sám, tak jsem byl raději pořád někde. Buď jsem byl v práci, v nemocnici nebo s přáteli. Domů jsem se chodil jen vyspat. Alespoň ty tři týdny rychle utekly. Také je mi jasné, že nyní budu muset svoje aktivity, alespoň na nějakou dobu omezit. Ale i tak se těším, až budeme společně doma, jako rodina.“

#### 4.2 Výsledky rozhovorů s otci zpracované do tabulek

**Tabulka 1 Okolnosti spojené s porodem**

	O/1	O/2	O/3	O/4	O/5	O/6	O/7	Σ
<i>Neočekávaný předčasný porod</i>		x		x	x	x	x	<b>5</b>
<i>Rizikové těhotenství</i>	x		x	x	x	x	x	<b>6</b>
<i>Porod císařským řezem</i>	x	x	x	x	x	x		<b>6</b>
<i>Přítomnost otce u porodu</i>			x	x	x		x	<b>4</b>
<b><i>Celkový počet odpovědí</i></b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>21</b>

Otec 2, 4, 5, 6, 7 uvádí, že byl porod jejich nedonošeného dítěte neočekávaný, v případě otců 1, 3, 4, 5, 6, 7 bylo těhotenství manželky/partnerky rizikové. Pouze porod partnerky otce 7 byl veden přirozenou cestou, ostatní manželky/partnerky rodily císařským řezem. U porodu byl přítomen otec 3, 4, 5 a 7.

**Tabulka 2 Pocity otců spojené s předčasným porodem**

	O/1	O/2	O/3	O/4	O/5	O/6	O7	Σ
<i>Šok, stres</i>	x	x		x	x	x		5
<i>Nervozita, strach, úzkost</i>	x		x	x	x		x	5
<i>Nejistota</i>	x	x		x	x	x	x	6
<i>Nutnost podpořit manželku/partnerku</i>	x	x	x	x	x	x	x	7
<i>Bezmoc</i>		x			x	x	x	4
<i>Uklidnění v okamžiku, kdy dítě poprvé uslyšel nebo poprvé uviděl</i>	x		x		x	x	x	5
<i>Štěstí, radost</i>	x	x	x	x	x	x	x	7
<i>Osamocenost, z důvodu nemožnosti sdílet své pocity</i>				x			x	2
<b><i>Celkový počet odpovědí</i></b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>41</b>

Z rozhovorů s otci vyplývá, že pocity spojené s obdobím po narození nedonošeného dítěte je spojené zejména s nutností podpořit manželku/partnerku, tento fakt uvádí shodně všichni otcové. Dále uvádí pocity jako je šok a stres – otec 1, 2, 4, 5, 6, nervozita, strach a úzkost – otec 1, 3, 4, 5, či bezmoc, kdy v dané chvíli nemohou pomoci manželce/partnerce ani dítěti – 2, 5, 6 a 7. Dále poukazují na pocit osamělosti, zejména z důvodu nemožnosti sdílet jeho situaci s někým jiným, tuto skutečnost udávají otcové 4 a 7. Kromě nepříjemných zážitků udávají jednoznačně všichni otcové pocit radosti z narození dítěte. Otcové 3, 5, 6, 7 dále uvádějí, že se značně uklidnili, poté co jejich dítě sami uviděli.

**Tabulka 3 Zdroje podpory otců**

	O/1	O/2	O/3	O/4	O/5	O/6	O/7	Σ
<i>Rodina</i>	x		x			x		3
<i>Přátelé, kolegové</i>	x				x			2
<i>Zdravotnický personál</i>	x	x	x	x	x	x	x	7
<i>Nástěnky s fotografiemi na oddělení</i>	x	x				x		3
<i>Osobní zkušenost s touto problematikou</i>	x		x					2
<i>Práce</i>				x				1
<i>Zdravotní stav dítěte</i>	x	x	x	x	x	x	x	7
<i>Odborná psychologická pomoc</i>								0
<b><i>Celkový počet odpovědí</i></b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>25</b>

Významným zdrojem podpory byl podle všech 7 otců zdravotnický personál a také zdravotní stav jejich předčasně narozených dětí. Z rozhovorů dále vyplývá, že dalším zdrojem opory byla rodina – otec 1, 3, 6 nebo přátelé či kolegové otců – otec 1,5. Zkušenost s danou problematikou, která mimo jiné přispěla ke zvládnutí dané situace, uvádí otec 1 a 3. Nástěnky s fotografiemi dětí hospitalizovaných na neonatologickém oddělení byly důležité pro otce 1, 2 a 6. Fyzická práce, jako způsob odreagování se, udává otec 4. Pomoc psychologa by nevyužil ani jeden z dotázaných otců.

**Tabulka 4 Informovanost o problematice předčasně narozených dětí**

	O/1	O/2	O/3	O/4	O/5	O/6	O/7	Σ
<i>Otec měl představu o této problematice před porodem</i>	x		x	x				3
<i>Srozumitelnost prvních informací</i>	x	x	x	x	x		x	6
<i>Spokojenost s poskytováním informací během hospitalizace dítěte</i>	x	x	x	x	x	x	x	7
<i>Informace o zdravotním stavu dítěte prostřednictvím matky</i>	x	x	x	x	x	x	x	7
<i>Jiné zdroje informací</i>						x	x	2
<b><i>Celkový počet odpovědí</i></b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>25</b>

Z rozhovorů vyplývá, že první informace byly srozumitelné, tuto skutečnost udávají otcové 1, 2, 3, 4, 5, 7, přičemž otec 1, 3, 4 měli již nějakou představu o problematice spojených s předčasným porodem. Všechny sedm otců dále udává, že byli spokojeni s podáváním informací během hospitalizace dítěte zdravotnickým personálem. Během hospitalizace jejich dětí však všichni otcové udávají poskytování informací prostřednictvím matky hospitalizované společně s dítětem na neonatologickém oddělení. Jiných zdrojů informací využili otcové pouze ve dvou případech – otec 6 a 7.

**Tabulka 5 Fyzický kontakt otce s dítětem**

	O/1	O/2	O/3	O/4	O/5	O/6	O/7	Σ
<i>První dotyk, pohlázení při 1. návštěvě</i>					x		x	2
<i>První dotyk, pohlázení do jednoho týdne</i>	x	x	x	x		x		5
<i>Podnět k prvnímu fyzickému kontaktu - sám</i>			x				x	2
<i>Podnět k prvnímu fyzickému kontaktu - manželka</i>		x				x		2
<i>Podnět k prvnímu fyzickému kontaktu – ošetřující personál</i>	x			x	x			3
<i>Klokanění</i>	x					x		2
<i>Zapojení otce do péče o dítě na ROOM - přebalování, vážení, měření TT</i>	x	x			x	x		4
<b><i>Celkový počet odpovědí</i></b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>20</b>

První fyzický kontakt v podobě dotyků či hlazení během prvního týdne po narození dítěte/děti udávají otcové 1, 2, 3, 4 a 6. Otcové 5 a 7 si pohladili dítě již při první návštěvě. Podnět k tomuto kroku dala ve dvou případech manželka – otcové 2 a 6, ve třech případech ošetřující personál – otcové 1, 4 a 5. Otcové 3 a 7 v tomto směru vyvinuli aktivitu sami. O klokanění projeví zájem otcové 1 a 6. Otcové 1, 2, 5 a 6 se zapojili do péče během pobytu dětí na ROOM, kde přebalovali, vážili, popřípadě měřili tělesnou teplotu.

**Tabulka 6 Přínos fyzického kontaktu pro otce**

	O/1	O/2	O/3	O/4	O/5	O/6	O/7	Σ
<i>Navázání kontaktu, pocit sblížení</i>	x					x		2
<i>Uvědomění si, že je otcem</i>	x	x	x		x		x	5
<i>Uklidnění</i>	x				x			2
<i>Přestal se bát</i>	x					x		2
<i>Pocit užitečnosti</i>	x	x	x		x			4
<b><i>Celkový počet odpovědí</i></b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>15</b>

Mezi nejčastější udávaný přínos fyzického kontaktu s dítětem uvádějí otcové uvědomění si toho, že je otcem, tuto zkušenost udávají shodně otcové 1, 2, 3, 5 a 7. Navázání kontaktu s dítětem a pocit sblížení byl podstatný u otců 1 a 6. Uklidnění po prvním fyzickém kontaktu udávají otcové 1 a 5. Pro otce 1 a 6 bylo důležité, že se přestali bát, toho jak je jejich dítě malé. Také pocit, že zvládnou péči o dítě, že jsou potřební, je podle analýzy získaných informací nezanedbatelné. Tuto skutečnost uvádějí otcové 1, 2, 3 a 5.



**Tabulka 7 Pobyt matky na neonatologickém oddělení**

	O/1	O/2	O/3	O/4	O/5	O/6	O/7	Σ
<i>Po celou dobu hospitalizace dítěte</i>					x	x	x	3
<i>Doma 1x během hospitalizace dítěte</i>	x	x	x					3
<i>Od doby společného pobytu matky a dítěte na ROOM</i>				x				1
<b><i>Celkový počet odpovědí</i></b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

Pobyt matky na neonatologickém oddělení po celou dobu hospitalizace dítěte (po propuštění z porodnického oddělení) udávají otcové ve třech případech – otec 5, 6, 7. Dále z šetření vyplývá, že celkem 3 matky využily krátkodobé propustky 1x během hospitalizace – otec 1, 2 a 3. Pouze manželka otce 4 byla hospitalizována na neonatologickém oddělení od jejího společného pobytu s dítětem na ROOM.

**Tabulka 8 Návštěvy otce během hospitalizace dítěte**

	O/1	O/2	O/3	O/4	O/5	O/6	O/7	Σ
<i>Každý den</i>					x	x	x	3
<i>1. týden každý den, dále 1-3x/ týden</i>		x	x					2
<i>14. dní denně, dále každý druhý den</i>				x				1
<i>Každý den, kromě zákazu návštěv</i>	x							1
<b><i>Celkový počet odpovědí</i></b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

Každý den, během její hospitalizace na neonatologickém oddělení, navštěvoval manželku/partnerku otec 5, 6 a 7, otec 1 navštěvoval partnerku každý den, kromě zákazu návštěv (přibližně 3 týdny). Otec 2 a 3 uvádí, že během prvního týdne navštěvovali manželku každý den, dále pouze 2 – 3x týdně. Otec 4 návštěvy uskutečňoval prvních 14 dní denně, při společném pobytu manželky a dítěte pak každý druhý den.

**Tabulka 9 Ovlivnění každodenního života otce**

	O/1	O/2	O/3	O/4	O/5	O/6	O/7	Σ
<i>Nedostatek času</i>	x	x	x	x	x	x		6
<i>Finance</i>		x		x				2
<i>Vyčerpání, únava</i>	x				x	x		3
<i>Omezení volnočasových aktivit /sport, pobyt s přáteli/</i>					x			1
<i>Omezení volnočasových aktivit částečně</i>		x					x	2
<i>Pozitivní vliv</i>			x					1
<b><i>Celkový počet odpovědí</i></b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>15</b>

Na nedostatek času z důvodu předčasného narození jejich dítěte/děti udávají celkem šest otců – otec 1, 2, 3, 4, 5 a 6. Jako důsledek nedostatku času otcové poukazují na vyčerpání a únavu – otec 1, 5 a 6, dále pak na úplné – otec 5 nebo částečné omezení volnočasových aktivit – otec 2 a 7. Dva otcové přiznávají, že časté návštěvy znamenaly pro rodinu finanční zátěž – otec 2 a 4. Pozitivně vnímal situaci související s předčasným narozením jejich dítěte otec 3.

## 5. Diskuze

Tato bakalářská práce se zaměřuje na zkušenosti otců po předčasném narození jejich dítěte. Předčasné narození dítěte je zcela jistě náročnou životní situací pro oba rodiče. Jako dětská sestra, pracující na neonatologickém oddělení, se denně setkávám především s matkami nedonošených dětí. Proto jsem se v této práci zaměřila na otce, na jejich pohled, jak vnímají tuto nelehkou situaci. Cílem práce bylo zjistit, jak vnímají svojí roli, poukázat na jejich pocity a potřeby. Šetření ukázalo, že předčasný porod, je ve většině případů zcela neočekávanou (tabulka 1) a vesměs dosud nepoznanou situací. Tato bakalářská práce nám ukazuje, jak se s danou situací otcové vypořádají. Práce odpovídá na tři výzkumné otázky. 1. Jak otec prožíval období před a těsně po narození nedonošeného dítěte? 2. Co otci pomohlo zvládnout nastalou situaci? 3. Odrazila se tato situace nějakým způsobem v jeho běžném životě?

V rámci výzkumného šetření byli osloveni otcové, kteří měli předčasně narozené děti hospitalizované na jednotce intenzivní péče neonatologického oddělení. Do výzkumného vzorku byli zařazeni otcové dětí těsně před propuštěním do domácí péče nebo dětí, které jsou v domácí péči krátce, tzn. do 1 měsíce. Domnívám se, že časový odstup od doby těsně po porodu jejich nedonošeného dítěte, umožnil otcům určitý nadhled dané situace. Otcové byli osloveni prostřednictvím matek hospitalizovaných na neonatologickém oddělení. Všichni oslovení respondenti s poskytnutím rozhovoru souhlasili.

Veškerá literatura zabývající se problematikou předčasně narozených dětí upozorňuje na skutečnost, že jde o výjimečně náročné období v životě rodičů. Rodiče obvykle nejsou na narození dítěte ještě připraveni. Dá se říci, že se rodiče musejí vypořádat s mnoha stresory. Po porodu často prožívají strach, úzkost, zažívají pocity nejistoty, bezmoci, zklamání, někdy i viny (15). Tyto pocity, v různé intenzitě, udávají všichni respondenti (tabulka 2). Překvapivé pro mne bylo zjištění, že pouze jeden otec zapochyboval o dalším dobrém vývoji zdravotního stavu dítěte. Ostatní si spíše nepřipouštěli, že by se něco takového, jako je postižení u jejich dítěte, mohlo stát. Toto

zjištění tak nabízí dva pohledy. Buď tato skutečnost souvisí s racionálním myšlením mužů, nebo v tomto raném období po porodu prochází fází popření, tak jak popisuje Jankovský nebo Vágnerová (13, 40).

Jak uvádí Lindberg ve svém výzkumu, navzdory všem nepříznivým okolnostem otcové pociťují po narození jejich nedonošeného dítěte štěstí (18). Tato skutečnost se shoduje i s výsledky tohoto šetření, kdy pocit štěstí udávají shodně všichni otcové. Tento fakt zcela jistě přináší jistou protichůdnost pocitů, se kterými se otcové musí vypořádat.

Otec bývá velice často uváděn jako důležitá opora pro matku v době po porodu nedonošeného dítěte (14, 18). Vzhledem k tomu, že rozhovory byly vedeny pouze s otci, nelze tuto skutečnost potvrdit. Nicméně šetření ukázalo, že otcové měli silnou potřebu být v této situaci matkám oporou (tabulka 2). Tato skutečnost zřejmě souvisí s faktem, že i v současné době stále převládá názor, že otec zastává funkci hlavy rodiny. S touto funkcí je pak spojen pocit odpovědnosti za rodinu v době krize, kterou narození nedonošeného dítěte rozhodně je. V této době se pak otec cítí zodpovědný za celou rodinu (31).

V souladu s výsledky studie Lindberga (18) otcové popisovali potřebu podpory od někoho, kdo je ochoten je vyslechnout, nebo mít pocit, že pokud tuto potřebu budou v budoucnu mít, někdo takový existuje. Nejčastější oporou byla pro otce nejbližší rodina, ale také přátelé nebo spolupracovníci (tabulka 3). Celkem dva otcové neudávají tento zdroj podpory, oba dva však popisují pocit osamocení z důvodu nemožnosti sdílet svoji situaci v rámci svých blízkých příbuzných nebo známých (tabulka 2). Tato skutečnost dokazuje, že je velice nezbytné mít někoho, kdo je ochoten naslouchat. Podle Novotné a Pavlíkové by měla být v každém perinatologickém centru k dispozici odborná pomoc psychologa, která by mohla tento deficit odstranit (26). Psycholog však v takovémto rozsahu není v nemocnicích obvykle k dispozici. Avšak toto výzkumné šetření ukazuje, že o tuto pomoc by zřejmě neměl zájem ani jeden z otců. Z těchto informací poukazují na nutnost, že tuto péči by měl zvládnout zdravotnický personál. Jak uvádí Novotná s Pavlíkovou, zdravotnický personál v současné době krizovou intervenci v této rovině obvykle provádí (26).

Předchozí řádky dokazují, že v rámci krizové intervence hrají velice důležitou roli sami zdravotničtí pracovníci. Je nutné, aby si uvědomili, že rodiče se nacházejí v náročné situaci, kterou jim mohou svým přístupem pomoci překonat. Obzvláště zpočátku je nejdůležitější správná komunikace mezi rodiči a zdravotnickým personálem (9, 14). Lindberg (18) dále uvádí, že otcové mají potřebu mít otevřené, jasné a snadno dostupné informace. Otcové potřebují znát všechna rizika a okolnosti, které se vztahují ke zdravotnímu stavu jejich dítěte. Z šetření vyplývá, že pro úspěšné zvládnutí této, převážně nečekané situace jsou důležité informace, které otce zbavují pocitů nejistoty a úzkosti. V první řadě to jsou lékaři, kteří poskytují první, podstatné sdělení o zdravotním stavu jejich dítěte. Otcové upozornili na skutečnost, jak pro ně bylo důležité, že informace byly srozumitelné a včasné. Také fakt, že nikdy nebyl problém požadované informace získat, hrálo jistě roli v hodnocení spokojenosti s poskytováním informací během hospitalizace jejich dítěte. Vědomí, že nejsou na obtíž, bylo opakovaně zdůrazněno.

Z odpovědí otců dále vyplývá, že vědomí postupné stabilizace dítěte a zlepšování zdravotního stavu je pro otce velmi povzbuzující. To jak sestřičky poukazovali na každý úspěch, pro ně hodně znamenalo. Dá se tedy říci, že je nutné, aby si byl zdravotnický personál vědom zásadní role v podpoře rodičů. Na tuto skutečnost opakovaně poukazuje také Lindberg ve své práci (18).

Pokud bychom chtěli vyzdvihnout podporu otců, nutně bychom došli k závěru, že je nutná především během prvních dnů po narození jejich nedonošeného dítěte. Výsledky šetření totiž naznačují, že s postupným zlepšováním zdravotního stavu jejich dítěte, byli otcové schopni se s touto situací vyrovnat sami a nepotřebovali již ze strany zdravotníků takovou podporu. Informace během další hospitalizace jim pak stačili prostřednictvím matky. Také informace z jiných zdrojů jako je internet nebo literatura běžně otcové nevyhledávali (tabulka 4). To, že otcové neměli potřebu vyhledávat jiné zdroje informací je mimo jiné výbornou vizitkou zdravotnickému personálu. Mezi formu podpory byly několikrát zmíněny nástěnky s fotografiemi nedonošených novorozenců, kteří byli hospitalizováni na neonatologickém oddělení v Českých Budějovicích. Tyto fotografie zachycují vývoj těchto dětí. Obvykle jde o několik

fotografií jednoho dítěte. První jsou z pobytu v nemocnici, další pak ukazují, jak se dítě vyvíjí v průběhu dalších let. U každé fotografie je uvedena váha, gestační věk při porodu a věk odpovídající dané fotografii.

Jako poslední zdroj podpory bych chtěla uvést zkušenost s touto problematikou, kterou měli dva otcové. Tito otcové zvládali nastalou situaci určitě lépe, protože měli představu o tom, co je čeká. V této souvislosti bych chtěla poukázat na fakt, že široká, ale i zdravotnická veřejnost není dostatečně informována o této problematice. Rodiče sice vědí, že existují nedonošení novorozenci, avšak často jsou tyto informace značně zkreslené (16). Zde se nabízí otázka, zda by nebylo vhodné informovat o této problematice rodiče ještě před samotným porodem, například všechny matky s rizikovým těhotenstvím. Ze zkoumaného vzorku sedmi otců, bylo těhotenství manželek/partnerek vedeno šest jako rizikové (tabulka 1). Zároveň musím souhlasit s autorkami Novotná a Pavlíková, které ve svém článku říkají, že každá gravidní žena, by měla preventivně vědět o možnosti předčasného porodu a znát jeho příznaky (26).

Reakce otců, když poprvé viděli svoje miminko, byly různé. Obvykle viděli své dítě dříve než matky děti a byli to právě oni, kdo matkám zprostředkovali kontakt s dítětem. Z rozhovorů s otci vyplývá, že první návštěva pro ně nebyla jednoduchá a většinou byla provázena směsicí spíše nepříjemných pocitů. Tuto skutečnost také mohl ovlivnit fakt, že kromě otce 7 první návštěvu na jednotce intenzivní péče absolvovali sami. Avšak kromě otce 4 žádný z otců na tuto skutečnost nepoukázal. Mnoho rodičů je zaskočeno prostředím intenzivní péče, množstvím přístrojů a hadiček, které obklopují jejich dítě. Ve většině případů však rychle počáteční šok překonají a z miminka se těší (26, 36). Výzkumné šetření toto tvrzení pouze potvrzuje. Otcové byli zpočátku nejistí. Postupem času si dokázali racionálně zdůvodnit, že všechny ty hadičky a přístroje vlastně jejich dítěti pomáhají.

Rozdíl v tom co cítili, když svoje dítě uviděli poprvé, jsou různé. Obvykle byli zaskočeni tím, jak je dítě malé. Ze zkušenosti vím, že rodičům se zdají být malé i děti, které váží více než 3000 gramů. Pro někoho, kdo nikdy neviděl nedonošené dítě, musí být tento pohled dost šokující. Najednou vidí maličké, červené stvoření, které je jejich potomek. Vyrovnat se s touto představou je jistě velmi náročné. Přesto téměř všichni

udávali, že se více či méně uklidnili, když svoje dítě poprvé uviděli. Proto je velmi důležitý současný trend v péči o nedonošené novorozence, který umožňuje návštěvy rodičů a dalších příbuzných (1, 11).

Během posledních deseti let se významně změnila postupy v ošetrovatelské péči o nedonošené novorozence a zainteresovanost rodičů do celého terapeutického procesu. Stále větší důraz je kladen na podporu rodičovské role a zapojení rodičů do péče o nedonošeného novorozence co nejdříve, tzn. již během jeho pobytu na jednotce intenzivní péče. Zpočátku jde o motivaci rodičů k co nejčastějším návštěvám a podpoře rodičů v pěstování blízkého kontaktu s dítětem (10, 35). Toto šetření ukázalo, že minimálně během prvního týdne navštěvovali dítě a manželku/partnerku každý den. Tři z nich poté návštěvy omezili zejména z časových důvodů. Přičemž všichni respondenti udávali, že tyto návštěvy byli pro ně důležité, protože chtěli být v kontaktu nejen s dítětem, ale také s manželkou/partnerkou. Možnost být svému dítěti nablízku je důležité pro rozvoj vzájemného vztahu rodiče a dítěte. Z hlediska rozvoje rané interakce dítě-otec je důležitá přítomnost otce již od prvních okamžiků života dítěte. Otec ztrácí ostych, dochází k rozvinutí různých rovin vzájemné komunikace (39). Přítomnost u porodu (byť ve většině případů nepřímou), která tomuto rozvoji vzájemného vztahu přispívá, využilo celkem čtyři z dotázaných respondentů (tabulka 1).

Během prvního týdne se také uskutečnil první fyzický kontakt mezi otcem a jeho dítětem. Tento kontakt spočíval v pohlazení nebo jen v letmém dotyku. Kromě dvou otců, bylo potřeba otce pobídnout. Většina si netroufla nebo se bála na dítě sáhnout, protože bylo opravdu malé a otcové mu nechtěli ublížit. To koresponduje s mými vlastními zkušenostmi, kdy je nutné obvykle otce povzbudit. První dotyky bývají většinou na popud matky dítěte nebo ošetrovatelského personálu. Tento první impuls je důležitý pro další navazování vztahu otec - dítě. Oni sami potom obvykle chtějí dále v těchto dotycích pokračovat. Při prvních kontaktech je třeba dát prostor k vyjádření jejich pocitů, zároveň je vhodné otce upozornit na individuální projevy dítěte, které přiblíží otcovi pohled na jejich dítě a povzbudí ho (37). Kromě otce 4, který podle získaných skutečností kontakt s dítětem nevyhledával, se všichni dotázaní respondenti shodli, že byl pro ně fyzický kontakt s dítětem přínosem. Nejčastěji uváděli pocit

uvědomění si svého otcovství. Osobně bych se spíše přikláběla k názoru Lindberga, který uvádí, že proces, kdy si muž uvědomí své otcovství, chce čas, který mu umožní přizpůsobit se nové situaci (18). V případě narození nedonošeného dítěte je tato doba pravděpodobně delší, než v případě donošeného novorozence. První kontakt bych tak spíše charakterizovala jako uvědomění si reálnosti vlastního dítěte, jak popisuje Langmaier, Krejčířová (17).

Další možnost, která je využívána v podpoře rodičovské role je metoda klokánkování. Jde o metodu umožňující vznik pevného pouta mezi rodiči a jejich dětmi, s přihlédnutím na zdravotní stav dítěte již od samotného narození (19, 37). Zatímco literatura poukazuje na to, že jde o metodu příznačnou svou jednoduchostí, přirozeností, kterou rodiče vřele přijímají a praktikují (19), zkušenosti z mé praxe ukazují na rozpor mezi přijímáním této metody matkou a otcem. Souhlasím s tvrzením, že matky tuto metodu praktikují rády. Naopak si troufám říci, že otců, kteří se aktivně zapojí do této metody péče o dítě, je minimum. A to i přesto, že z otců, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu, klokánili dva ze sedmi respondentů. Další otec připustil, že matce trochu klokánění záviděl. Avšak nechtěl manželce tuto možnost vzít, protože ona se vždy na klokánění velmi těšila. V této oblasti osobně vidím rezervu v aktivním nabízení této metody otcům ze strany zdravotnického personálu. Důvodem neaktivního přístupu ze strany zdravotníků mohou být nevyhovující podmínky pro převlékání otců a čas vymezený pro klokánění, který je přizpůsoben provozu oddělení a léčebnému režimu dítěte. Otcové, kteří klokánili se přestali bát toho, jak jsou jejich děti malé, zároveň udávají pocit sblížení.

Z odpovědí dotázaných respondentů vyplývá pro mne překvapivé zjištění, že celkem čtyři otcové ze sedmi se aktivně zapojili do péče o dítě ve smyslu přebalování, vážení či měření tělesné teploty v době, kdy dítě bylo společně s matkou na ROOM. Dalo by se říci, že šlo o otce, kteří se aktivně (otec 4 a 7 si pouze jednou dítě pohladili, otec 3 se spíše zaměřil na péči o staršího syna) zapojili do vzájemné rané interakce otec-dítě ještě v době, kdy bylo dítě na jednotce intenzivní péče. Tyto výsledky za prvé ukazují, jak důležitý je nastolený trend, kdy je již od prvních chvil umožněn přímý kontakt dítěte s otcem. Otcové tak mají možnost uchopit své dítě



do náruče beze strachu (15). Za druhé výsledky šetření ukazují na zvyšující se počet tzv. aktivních otců. Aktivní otcové se od tradičních liší tím, že se angažují v péči o své děti a navazují s nimi vztahy již od jejich narození. Nemají problém aktivně se podílet na činnostech, které se dotýkají péče o dítě a to v celém rozsahu. (33). Tito otcové shodně udávali, že byli rádi, že se zapojili do péče již během hospitalizace dítěte/děti v nemocnici. Tato zkušenost jim umožnila zapojit se do péče o dítě/děti ihned po propuštění dítěte do domácí péče. Tři z těchto otců zároveň udávají, že pro ně byl důležitý pocit, že jsou užiteční.

Nakonec bych ráda odpověděla na poslední výzkumnou otázku, týkající se ovlivnění každodenního života otců po předčasném narození jejich dítěte. O tom, že tato situace ovlivní život celé rodiny, není jistě pochyb. Podle odpovědí oslovených otců, je možné diferencovat jiná stanoviska u otců, pro které je otcovství nová skutečnost a jiná u otců, kteří již dítě mají. Z rozhovorů vyplývá, že poprvé se stalo otci pět z dotázaných respondentů. Zbylí dva otcové pak byli rodičem druhého dítěte.

Zřejmě největší zátěží bylo v době hospitalizace dítěte a jeho matky nedostatek času. Podle výzkumného šetření na nedostatek času poukázalo celkem šest otců ze sedmi. To upozorňuje na velmi významnou okolnost. Zatímco u první skupiny mužů šlo především o přeorganizování jejich volného času. Pro druhou skupinu, která se musela postarat o druhé dítě, bylo hlavní náplní času, zabezpečení chodu domácnosti a starost o dítě. Je však zajímavé, jak sami otcové k této situaci přistupovali. Zatímco otec 3 udává, že období, kdy byla manželka hospitalizována, si doslova užíval, přičemž vyjmenovává více pozitiv než negativ. Otec 6 naopak přiznává, že domácnost a starost o syna je v jejich rodině spíše starostí manželky. Nastalá situace ho tak více zaskočila. Oba dva pak přiznávají, že bez podpory širší rodiny by období, kdy byla manželka hospitalizována společně s jejich druhým dítětem, jen těžko zvládali. Na přístupu těchto dvou otců, je zcela patrný rozdíl mezi tzv. tradičním a aktivním otcovstvím (33).

Toto období je jistě velmi náročné na čas, otcové musejí skloubit práci, péči o dítě, vyrovnat se s předčasným narozením dítěte. Vyčerpání a únava, které udávají celkem tři otcové, jsou jen důsledkem nesnadného období, které všichni otcové prožívají. Na zřejmém nedostatku času měla jistě vliv frekvence návštěv po dobu

hospitalizace dítěte na neonatologickém oddělení (tabulka 8), která úzce souvisí s hospitalizací matky na neonatologickém oddělení (tabulka 7). Nakonec se ještě zmíním o finanční zátěži, kterou udávali respondenti 2 a 4. Tato skutečnost byla podmíněna celkovou vzdáleností bydliště obou otců od nemocnice. Oba otcové omezili frekvenci návštěv po zvládnutí adaptační krize dítěte. Přes všechny uvedené okolnosti se otcové snaží plnit roli otce, který je pro manželku oporou. Zároveň jsou schopni a ochotni změnit svůj dosavadní způsob života. Výsledky šetření se shodují s výsledky Lindberga (18), který poukazuje na to, že otcové předčasně narozených dětí se snaží zakrývat své vlastní pocity, aby matku uchránily před další zátěží. Podporují tak matku bez ohledu na své momentální potřeby.

Na závěr bych chtěla upozornit, že výsledky tohoto výzkumného šetření mohou být ovlivněny skutečností, že děti oslovených otců, neměli v době propuštění žádné vážnější zdravotní problémy. Výsledky tohoto šetření se v mnohém shodují s výsledky studie Fathers' experiences of having an infant born prematurely, prováděné ve Švédsku v roce 2007 (18).

## 6. Závěr

Předčasné narození dítěte je traumatizující zážitek nejen pro matku a dítě, ale významně se dotýká také otce nedonošeného dítěte. Zkušenostmi s problematikou předčasně narozených dětí z pohledu otců se zabývá tato bakalářská práce. Cílem mé práce bylo popsat, jak chápe svojí roli otec po narození nedonošeného dítěte. Dalším úkolem bylo zjistit pocity a potřeby otců po předčasném narození dítěte a zároveň určit, jak tato situace ovlivnila rodinu z psychosociálního hlediska. Cíle práce byly splněny na základě kvalitativního výzkumu.

Na podkladě tohoto šetření můžeme odpovědět na výzkumné otázky: Jak prožíval období před a těsně po narození nedonošeného dítěte otec? Co otci pomohlo zvládnout nastalou situaci? Výzkumné šetření ukázalo, že pro otce je tato situace velmi náročnou životní situací spojenou se značným stresem. Otcové přiznávají pocity jako strach, úzkost, nejistota či bezmoc. Nicméně přes všechny nepříznivé okolnosti udávají po narození jejich nedonošeného dítěte pocity štěstí. Pro otce bylo důležité vědomí, že po narození nedonošeného dítěte má možnost s někým sdílet své pocity a potřeby. Nejistota, kterou otcové udávají, ustoupila poté, co měli příležitost své dítě po porodu vidět a získat základní informace. Vzhledem k tomu, že tato situace je pro otce obvykle zcela nová a nečekaná, mají otcové potřebu mít otevřené, jasné a snadno dostupné informace. Otcové potřebují znát všechna rizika a okolnosti, které se vztahují ke zdravotnímu stavu jejich dítěte. Dále z šetření vyplynulo, že otcové mají silnou potřebu podporovat matku dítěte. A to i přesto, že nejednou skrývají své vlastní pocity a zanedbávají svoje potřeby. Pro utváření vztahu mezi otcem a dítětem a uvědoměním si své role otce je důležitá možnost časného kontaktu se svým dítětem. Pokud bych měla odpovědět na poslední výzkumnou otázku, zda se tato situace odrazila nějakým způsobem v jeho běžném životě, musím jednoznačně konstatovat, že ano. Vzhledem k pracovnímu vytížení a často také značné vzdálenosti bydliště od nemocnice je tato situace náročná především na čas, často také finance. Otcové musí často značně přeorganizovat svůj dosavadní život, aby mohli být nablízku manželce/partnerce i dítěti.

Tato práce napovídá, že vysoká úroveň zdravotnické péče dokáže zachránit mnoho nedonošených dětí, zároveň však poukazuje na nutnost zamyslet se nad dopady předčasného narození dítěte na psychiku a vztahy v rámci celé rodiny. Je nutné si uvědomit, že psychosociální podpora rodičů je nedílnou součástí péče, zároveň mít představu, o rozdílných pocitech a potřebách otců a matek.

Výsledky této bakalářské práce mohou být významným impulzem k zamyšlení, zejména pro pracovníky neonatologických oddělení. Práce by tak mohla přispět k uvědomění si pocitů a potřeb otce ze strany zdravotnického personálu, zlepšení vzájemné komunikace a posilování otcovské role.

Na základě výzkumného šetření byly stanoveny tyto hypotézy, které by bylo vhodné ověřit dalším výzkumem:

Hypotéza 1: Stres spojený s předčasným narozením dítěte by otcové snáze zvládali, pokud by byli lépe informováni o této problematice ještě před samotným porodem.

Hypotéza 2: Zdravotnický personál má dostatečné znalosti o potřebách otců po porodu nedonošeného dítěte.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BOREK, I. a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a oš. péče*. 2. doplněné vyd. Brno: NCO NZO, 2001. 328s. ISBN 80-70123-338-4.
2. BURGESOVÁ, A. *Návrat otcovství*. 1.vyd. Brno: Jota, 2004. 218 s. ISBN 80-7217-296-4.
3. ČIHAŘ, M. Problematika péče o předčasně narozené novorozence. *Zdravotnické noviny. Příloha: Lékařské listy*. Praha: 2002, roč. 51, č. 32, s. 20-21. ISSN 0044-1996.
4. DITRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 192s. ISBN 80-247-0399-8.
5. DOKOUPILOVÁ, M., FIŠÁRKOVÁ, B. NOVOTNÁ, L. a kol. *Narodilo se předčasně*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
6. DOKOUPILOVÁ, M. *Předčasně narozené děti* [online]. únor 2010 [cit. 2010-11-24]. Dostupné z: <<http://www.babyweb.cz/Clanky/a1089-Predcasne-narozene-deti.aspx>>.
7. DORT, J. a kol. *Neonatologie – Vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. 101 s. ISBN 80-246-0790-5.
8. DORTOVÁ, E., DORT, J. Jak se postarat o nejkřehčí miminka. *Příručka pro rodiče předčasně narozených novorozenců*. Neonatologické oddělení Fakultní nemocnice v Plzni ve spolupráci s Abbott Laboratories, s.r.o., červen 2004
9. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.

10. FRIDRICHOVÁ, V., OŠKRDALOVÁ, L., SKOROVSKÁ, K. Attachement parenting - rodičovský přístup založený na pevných citových vazbách. *Neonatologické listy*. 2008, roč.14, č.1, s. 27-29. ISSN 1211-1600
11. FUCHS, V., ZOBAN, P., TOMÁŠOVÁ, H. A KOL. *Vybrané kapitoly z perinatologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 328 s. ISBN 80-246-0114-1.
12. CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, M. *Kojení je hledání cesty k sobě navzájem*. vyd.1., Praha : o.s. Nedoklubko, 2009. 28 s
13. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
14. KOLEKTIV AUTORŮ. „Když...“. 2. vyd. Praha: Společnost pro ranou péči, 2010. 11s. ISBN 978-80-254-4614-0.
15. KOLEKTIV AUTORŮ. *Rodičům nedošeného miminka: Jak zvládnout těžkou životní zkoušku* [online]. Praha: 2009 [cit. 2011-02-01]. Dostupné z: <[http://nedoklubko.cz/documents\\_pdf/rodicum.pdf](http://nedoklubko.cz/documents_pdf/rodicum.pdf)>.
16. KREJČOVÁ, V. Dříve narození. *Maminka: to nejlepší v životě ženy*. 2006, roč.. 6, č. 2, s. 32-33. ISSN 1213-5100.
17. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
18. LINDBERG, B. *Fathers' experiences of having an infant born prematurely* [online]. Lulea University of Technology: 2007 [cit. 2011-04-04]. Dostupné z: <<http://epubl.luth.se/1402-1757/2007/60/LTU-LIC-0760-SE.pdf>>.

19. MAGUROVÁ, D., BODÍKOVÁ, J. Kangaroo Care a jeho uplatnění v praxi. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č.5, s. 40-42. ISSN 1210-0404.
20. MAŘÍKOVÁ, H. *Muž v rodině: Democratizace sféry soukromé*. 1.vyd. Praha: Sociologický ústav AV, 1999. 108 s. ISBN 80-85950-69-3.
21. MAŘÍKOVÁ, H. Pečující otcové: Příběhy plné odlišností. *Sociologický časopis*. 2009, roč. 45, č.1, s. 89-113, ISSN 0038-0288.
22. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Slon, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
23. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 2.vyd. Praha: Slon, 2008. 324 s. ISBN 978-80-86429-87-8.
24. MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny*. 1.vyd. Praha: Slon, 1999. 250 s. ISBN 80-85850-75-3
25. MROWETZ, M. Děti chtějí být připoutány k matkám. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2009, roč. 58, č. 3, s. 22. ISSN 0044-1996.
26. NOVOTNÁ, L.; PAVLÍKOVÁ, E. O malých nedočkavcích, předčasných rodičích a Nedoklubku. *Psychologie Dnes*. 2009, 15.roč., 12.č., s. 12.15. ISSN 1212-9607.
27. ONDRICHOVÁ, I.; MAGUROVÁ, D.; DUČAIOVÁ, J. Rodina jako faktor ovlivňující kvalitu života dětí a mladistvých. *Zdravotnictví a sociální práce*. 2010, roč. 5, č. 1 - 2, s. 55. ISSN 1336-9326.

28. PADYŠÁKOVÁ, H., REPKOVÁ, A., ZLOCHOVÁ, K. Klokankovanie – podpora materstva u matiek predčasne narodených detí. *Ošetrovateľský obzor*. Bratislava: 2008, roč. 5, č. 2, s. 47-50. ISSN 1336-5606.
29. *Péče o předčasně narozené děti: velké úspěchy i rezervy* [online]. 2010 [cit. 2010-11-24]. Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/pece-o-predcasne-narozene-deti-velke-uspechy-i-rezervy/>>.
30. PEYCHL, I. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 164 s. ISBN 80-7262-283-8.
31. RADIMSKÁ, R. Individuum a rodina: teorie soukromého života podle Françoise de Singlyho. *Sociologický časopis*. 2003, roč. 39, č. 5, s. 667-685. ISSN 0038-0288.
32. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 408s. ISBN 978-80-247-1941-2.
33. SEDLÁČEK, L., PLESKOVÁ, K. *Aktivní otcovství*. 1.vyd. Brno: Nesehnutí, 2008. 59 s. ISBN 978-80-903228-9-1.
34. SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J. *Narodilo se s problémy a co bude dál?* Praha: Grada, 2003. 107 s. ISBN 80-247-0398-X.
35. SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J., PILAŘOVÁ, M., RODNÁ, K. Péče o psychický vývoj dětí raného věku. *Psychologie dnes*. Praha: 2005, roč. 11, č. 2, s. 35-37. ISSN 1212-9607.
36. SVOBODOVÁ, K. Intenzivní péče o nedonošené dítě ve spolupráci s rodiči. *Sestra*, 2001, roč. 11, č. 12, s. 34. ISSN 1210-0404



38. ŠPATENKOVÁ, N a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 197s. ISBN 80-247-0586-9
- .
39. ŠULOVÁ, L. *Význam otcovské role v rámci rané interakce rodič-dítě*. 9. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice, s. 84-87
40. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. vyd.3., rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3(váz.):795.00.
41. WINKLER, J. Citová vazba rodiče-děti jako předmět výzkumu. *Časopis lékařů českých: pro lékaře, ranhojiče a lékárníky*. 2000, roč.139, č.2, s. 35-37. ISSN 0008-7335

## **8. Klíčová slova**

nedonošené dítě

neonatologické oddělení

rodičovství

otcovství

psychosociální péče

## **9. Přílohy**

**Příloha 1** – Základní pojmy

**Příloha 2** – Pomocné otázky k polostandardizovanému rozhovoru

**Příloha 3** – Podávání informací rodičům na jednotce intenzivní péče

**Příloha 4** – První doteky

**Příloha 5** – Klokánkování

**Příloha 6** - Návštěvy otců na ROOM

**Příloha 7** - Aktivní zapojení otce do péče o dítě

## **Příloha 1 Základní pojmy**

**Neonatologie** – obor, který se zabývá péčí o novorozence (děti od narození do 28. dne života). Jedná se o samostatnou specializaci pediatrie. Důvodem této specializace jsou mnohá specifika nejen fyziologie, ale také patologie novorozeneckého období, zejména pak specifická intenzivní péče o nedonošené a patologické novorozence (2)

**Gestační týden** – počet ukončených týdnů vývoje plodu v děloze, počítá se podle data poslední menstruace (7)

**Viabilita** – životaschopnost plodu ve smyslu přežít a dále se vyvíjet v extrauterinním prostředí po předčasném porodu (7)

**Nedonošený novorozenec** – novorozenec narozený před dokončeným 38. týdnem gestačního věku (7)

**Neonatální mortalita** – podíl zemřelých novorozenců, tedy dětí od narození do ukončeného 28. dne věku ze všech živě narozených (7)

**Morbidita** – neboli nemocnost, vyjadřuje podíl dětí, které si z perinatálního období odnášejí patologie ze všech přeživších. Z hlediska péče o novorozence rozdělujeme morbiditu na časnou, projevující se od narození do propuštění novorozence do domácí péče a pozdní, která se shoduje s přítomností trvalého neurosenzorického postižení (7,8)

**Korigovaný věk** – hodnota chronologického (=kalendářní, který se počítá od data narození) věku, která je snížena o počet týdnů, o který se dítě narodilo předčasně. Například dítě narozené v ukončeném 28. týdnu těhotenství má ve věku 6 měsíců korigovaný věk 3 měsíce. U nedonošených dětí se doporučuje korekci věku požívat první dva roky po porodu (7,9).

## **Příloha 2 Pomocné otázky k polostandardizovanému rozhovoru**

### ***1. Základní anamnestické údaje***

- Z kolikátého těhotenství se dítě narodilo?
- Jednalo se o plánované nebo neplánované těhotenství?
- Bylo těhotenství vedeno jako rizikové, pokud ano, byla manželka/partnerka hospitalizovaná a jak dlouho?
- V kolikátém týdnu těhotenství se dítě narodilo?
- Jaká byla porodní hmotnost dítěte?
- Jak se vyvíjel zdravotní stav dítěte po porodu?

### ***2. Pocity a potřeby otců po narození nedonošeného dítěte***

- Co jste prožíval během prvních dnů po předčasném narození Vašeho dítěte?
- Mohl jste nějakým způsobem vyjádřit Vaše pocity a potřeby?
- Kdo nebo co bylo pro Vás zdrojem podpory?
- Co Vám nejvíce pomohlo vyrovnat se s touto situací?
- Domníváte se, že by rodiče měli mít možnost využití služeb psychologa? Využil byste jeho pomoci?

### ***3. Informovanost o problematice předčasně narozených dětí***

- Setkal jste se již dříve s problematikou předčasně narozených dětí?
- Byl jste dle Vašeho názoru srozumitelně a dostatečně informován bezprostředně po porodu dítěte?
- Byl jste spokojen s poskytováním informací o Vašem dítěti během pobytu Vašeho dítěte na neonatologickém oddělení (zdravotní stav, vyšetřovací a léčebné metody, popřípadě o možnostech kontaktu s dítětem)?
- Využil jste i jiných zdrojů informací k rozšíření Vašich vědomostí o problematice předčasně narozených dětí? Pokud ano, jakých? Měl jste pocit, že jsou tyto informace dostačující nebo naopak Vám některé informace chyběly – jaké?

#### ***4. Zapojení do péče o dítě***

- Byl jste přítomen u porodu Vašeho dítěte?
- Kdy jste byl poprvé navštívit Vaše dítě na neonatologickém oddělení? Byl jste sám nebo společně se svojí manželkou/partnerkou?
- Jak často jste v dalších dnech navštěvoval Vaše dítě, byly pro Vás tyto návštěvy důležité? Proč?
- Kdy Vám byl umožněn první fyzický kontakt s dítětem? Kdo k němu dal podnět – Vy sám, manželka/partnerka, zdravotnický personál? Byl pro Vás tento kontakt důležitý? Proč?
- Měl jste možnost zapojit se do péče o dítě během hospitalizace dítěte? Pokud ne, uvítal byste tuto možnost, v jakém rozsahu?

#### ***6. Psychosociální dopad na rodinu***

- Byla Vaše manželka hospitalizována na neonatologickém oddělení, jak dlouho?
- Jak často jste v této době navštěvoval dítě a manželku/partnerku?
- Byly tyto návštěvy pro Vás zatěžující-čas, velká vzdálenost, ev. jiné faktory?
- Ovlivnilo předčasné narození Vašeho dítěte nějakým způsobem Váš život - práce, chod zbytku rodiny, ekonomická stránka, volný čas?

### **Příloha 3 Podávání informací rodičům na jednotce intenzivní péče**



*Zdroj: Vlastní*

#### Příloha 4 První doteky



*Zdroj: Vlastní*

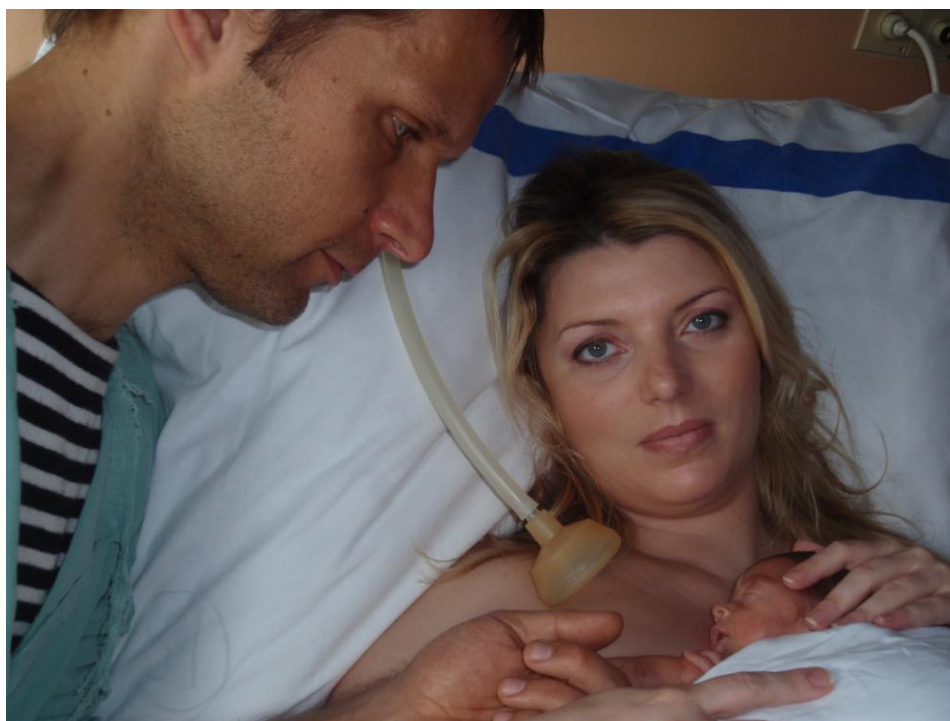


## **Příloha 5 Klokánkování**



*Zdroj: Vlastní*

## Příloha 6 Návštěvy otců na ROOM



*Zdroj: Vlastní*

## Příloha 7 Aktivní zapojení otce do péče o dítě



*Zdroj: Vlastní*