

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Patricie Janoutová

**Vliv předčasného porodu na psychiku matky a otce
narozeného dítěte**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Dagmar Seidlová, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 10. května 2024

.....

podpis

V první řadě bych chtěla velmi poděkovat vedoucí mé diplomové práce, paní primářce MUDr. Dagmar Seidlové, Ph.D., za odborné vedení a cenné informace, které přispěly ke vzniku této práce. Dále děkuji všem odborníkům, se kterými jsem mohla téma své práce konzultovat, paní Mgr. Haně Jahnové, paní Bc. Romaně Vyskočilové, paní Bc. Andrei Stejskalové, panu primáři doc. MUDr. Lukáši Hrubanovi, Ph.D., MBA, a paní Ing. Haně Pišové. Velké díky patří také všem rodičům předčasně narozených dětí, kteří byli ochotni stát se členy výzkumu a hovořit se mnou na takto citlivé téma. Bez nich by výzkum této diplomové práce nemohl být realizován. V neposlední řadě patří velké poděkování celé mé rodině a přátelům, kteří mi jsou celoživotní oporou.

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Diplomová práce
Téma práce:	Vliv předčasného porodu na psychiku matky a otce narozeného dítěte
Název práce:	Vliv předčasného porodu na psychiku matky a otce narozeného dítěte
Název práce v AJ:	The impact of preterm birth on the mother's and father's psychological well-being
Datum zadání:	31. 1. 2022
Datum odevzdání:	10. 5. 2024
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav porodní asistence
Autor práce:	Bc. Patricie Janoutová
Vedoucí práce:	MUDr. Dagmar Seidlová, Ph.D.
Oponent práce:	Mgr. Simona Dobešová Cakirpaloglu, Ph.D.

Abstrakt

Úvod: Předčasný porod je definován jako narození dítěte před dokončeným 37. týdnem těhotenství. Tato událost je v životě matky a otce narozeného dítěte často spojená s výzvami a stresujícími situacemi, které mohou mít dlouhodobé dopady na jejich psychiku. Tato práce se věnuje vlivu předčasného porodu na psychiku matky a otce narozeného dítěte.

Cíl: Zkoumat vliv předčasného porodu na psychiku matky a otce narozeného dítěte.

Metodika: Kvalitativní výzkum, který byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumné šetření probíhalo od poloviny února do konce dubna 2024 a zúčastnilo se ho 7 matek a 7 otců předčasně narozených dětí hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Porodnice. Získaná data byla zpracována s využitím metody zakotvené teorie.

Výsledky: V rámci výzkumu bylo zkoumáno, zda se liší pocity prožívané po předčasném porodu mezi matkami a otci, dále byly odhaleny faktory ovlivňující psychiku rodičů v tomto období a analyzovány dopady předčasného porodu na psychiku matek a otců. Bylo také

zjištěno, co rodiče nedonošených dětí potřebují pro snazší zvládnutí pobytu ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Porodnice. Pocity matek a otců po předčasném porodu se liší pouze částečně. Některé z nich jsou specifické jak pro matky, tak pro otce, jiné jsou pro oba společné. Faktory ovlivňující psychiku rodičů v tomto období byly rozděleny na faktory uklidňující a stresující a dále byly podrobně popsány. Dopady předčasného porodu na psychiku jsou subjektivní a míra zátěže se u každého liší. Mírný až závažný dopad se projevil u každého z respondentů. Někteří rodiče v důsledku této psychické zátěže již nechtějí mít další děti. Pro lepší zvládnutí období po předčasném porodu ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Porodnice, je klíčová kombinace uklidňujících faktorů spolu se snahou o změnu určitých problematických aspektů v péči, které byly rodiči zmiňovány.

Závěr: Předčasný porod má závažný vliv na psychiku matek a otců předčasně narozených dětí. Pro lepší zvládnutí období po předčasném porodu je klíčové aktivně podporovat uklidňující faktory, které působí na psychiku rodičů, a citlivě reagovat na aspekty, které je stresují. Zdravotnický personál by měl poskytovat individuální podporu každému z rodičů, protože dopady předčasného porodu jsou subjektivní. Kromě sledování psychického stavu matek by měla být pozornost věnována také případným psychickým obtížím otců, které mohou být méně zřejmé.

Klíčová slova: předčasný porod, psychika matky a otce, předčasně narozené dítě, vliv předčasného porodu, psychická zátěž, uklidňující faktory, stresující faktory

Abstract

Introduction: Preterm birth, characterized by the delivery of an infant prior to the completion of the 37th week of gestation, presents significant challenges and stressors for both mothers and fathers. This paper critically investigates the psychological ramifications of preterm birth on the mental well-being of parents.

Objective: To investigate the impact of premature birth on the psychological well-being of both the mother and father of the newborn child.

Method: Qualitative research in the form of semi-structured interviews was conducted to explore the experiences of parents of premature babies. The study took place from mid-February to the end of April 2024 and involved 7 mothers and 7 fathers whose premature infants

were hospitalized at the University Hospital Brno, Maternity Unit. Data analysis utilized the grounded theory method to derive comprehensive insights from the collected information.

Results: The study examined potential disparities in post-preterm birth experiences between mothers and fathers, identified factors influencing parental well-being during this phase, and assessed the psychological effects of preterm birth on both parents. Additionally, it investigated the specific needs of parents of premature infants essential for enhancing their post-preterm birth experience at the University Hospital Brno, Maternity Unit. Findings revealed that while there are some differences in the emotional responses of mothers and fathers following premature birth, certain feelings are shared between both parents. Factors impacting parental psychological well-being during this period were categorized as either soothing or stress-inducing and were extensively detailed below. The subjective nature of the psychological effects of preterm birth was noted, with varying levels of stress experienced by each individual. Many respondents reported experiencing moderate to severe psychological impacts, with some indicating a reluctance to have additional children due to this burden. Implementing supportive measures and customized interventions to address the care-related concerns expressed by parents are pivotal in improving their experience following preterm birth at the University Hospital Brno, Maternity Unit.

Conclusion: Premature birth profoundly affects the psychological well-being of both mothers and fathers of premature infants. Effectively navigating the period following preterm birth necessitates actively promoting factors that instil calmness in parents while remaining attuned to stress-inducing elements. Healthcare professionals play a pivotal role in providing personalized support to each parent, recognizing that the effects of preterm birth are subjective. Moreover, it is imperative to not only monitor the psychological state of mothers but also to acknowledge and address any potential psychological challenges faced by fathers, even if they may be less obvious.

Keywords: premature birth, maternal and paternal well-being, premature infant, impact of premature birth, mental strain, calming factors, stressing factors

Rozsah: 100 stran/4 přílohy

Obsah

Úvod	9
Popis rešeršní činnosti	12
1 Teoretická část	13
1.1 Předčasný porod	13
1.1.1 Definice a rozdělení	13
1.1.2 Rizikové faktory	15
1.1.3 Etiologie	15
1.1.4 Klinické projevy	17
1.1.5 Diagnostika	17
1.1.6 Predikce	17
1.1.7 Prevence	18
1.1.8 Výzkum predikce a prevence předčasného porodu	19
1.1.9 Management předčasného porodu	20
1.1.10 Vedení předčasného porodu	24
1.2 Předčasně narozený novorozenec	25
1.2.1 Definice	25
1.2.2 Struktura perinatální péče v České republice	25
1.2.3 Klasifikace předčasně narozených novorozenců	26
1.2.4 Komplikace předčasně narozených novorozenců	26
1.2.5 Neonatologická péče ve Fakultní nemocnici Brno	27
1.3 Předčasný porod a psychika	28
1.3.1 Psychika v těhotenství	28
1.3.2 Těhotenství a psychika matky	28
1.3.3 Předčasný porod a psychika matky	28
1.3.4 Těhotenství matky a psychika otce	30
1.3.5 Předčasný porod a psychika otce	31
1.3.6 Trauma a posttraumatická stresová porucha	32
1.3.7 Odlišnosti zvládání psychických obtíží mezi ženami a muži	33
1.3.8 Organizace podporující rodiny předčasně narozených dětí	33
1.3.9 Psychická podpora rodičů ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Porodnice	35

1.3.10	Zapojení rodičů do péče na Jednotce intenzivní a resuscitační péče pro novorozence ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Porodnice.....	36
2	Výzkumná část.....	37
2.1	Výzkumný cíl.....	37
2.2	Metoda sběru dat.....	38
2.3	Etika.....	38
2.4	Charakteristika výzkumného souboru a realizace sběru dat.....	38
2.5	Vyhodnocení získaných dat.....	42
2.5.1	Kategorie a podkategorie.....	43
	Diskuze.....	70
	Závěr.....	80
	Referenční seznam literatury.....	81
	Seznam zkratk.....	90
	Seznam tabulek.....	92
	Seznam příloh.....	93

Úvod

Těhotenství bývá v životě matky a otce dítěte zpravidla jedním z nešťastnějších období. Každý ví, že má trvat přibližně devět měsíců a pak následuje porod. Budoucí rodiče počítají s tím, že během této doby budou mít dostatek času psychicky se připravit na příchod svého miminka, a mnohdy ani netuší, jaké komplikace by je mohly postihnout. Co dělat, když vše není tak, jak si vysnili? Co když ze dne na den žena porodí například o dva měsíce dříve?

Předčasný porod, definovaný jako narození dítěte před dokončeným 37. týdnem těhotenství, je komplexní syndrom, který může být způsoben mnoha faktory (Suff et al. 2019). Představuje důležitý problém v oblasti veřejného zdraví a má významný podíl na celosvětové novorozenecké morbiditě a mortalitě (Trumello et al., 2018). Dle publikace „*Born too soon*“, která byla v roce 2023 vydána organizacemi WHO a UNICEF, se předčasně narodí 1 z 10 dětí na celém světě, což představuje přibližně jedno dítě každé dvě sekundy. Míra předčasných porodů se v posledních deseti letech téměř nezměnila a na některých místech se dokonce zvyšuje. V roce 2020 se celosvětově narodilo předčasně 9,9 % novorozenců (13,4 milionu) z celkového počtu všech živě narozených. Dále se odhaduje, že během roku 2020 zemřel téměř jeden milion novorozenců v důsledku komplikací předčasného porodu a další miliony přežívají s postižením (WHO TEAM, 2023). V České republice se incidence předčasných porodů pohybuje okolo 7–8 % (Janota a Straňák, 2023).

Zdravotní riziko způsobené předčasným porodem může být významné jak pro matku, tak pro dítě. Tento fenomén však není pouze medicínským jevem, ale má i hluboké psychologické a emocionální dopady na rodinu jako celek. Tato práce se věnuje lidem, kteří bývají psychicky zasaženi nejvíce, a to matce a otci nedonošeného dítěte. Předčasný porod, jakožto neočekávaná událost, přeruší běžný proces přípravy na rodičovství a zanechá rodiče nepřipravené fyzicky, emocionálně i psychicky (Lindberg et al., 2007). Dle výzkumů se u matek předčasně narozených dětí projevují ve vyšší míře stavy úzkosti a depresivní příznaky ve srovnání s matkami donošených dětí (Trumello et al., 2018). V poslední době přibývají studie zkoumající vliv předčasného porodu na otce nedonošených dětí, kteří často prožívají stejné negativní pocity jako jejich partnerky (Ionio et al., 2019; Hagen et al., 2016; Stefana et al., 2022). Míra vlivu těchto prožitků na jejich psychiku může být oproti ženám mírnější, ale také se může stát, že dopad předčasného porodu otec potlačuje či skrývá (Stefana et al., 2022). Tato práce se tedy zaměřuje nejen na psychický stav matek, ale také na psychiku otců, s cílem zkoumat míru vlivu předčasného porodu na psychiku obou.

Teoretická část práce je věnována hloubkové analýze fenoménu předčasného porodu, předčasně narozeného novorozence a vlivu předčasného porodu na psychiku matky a otce narozeného dítěte. Nejdříve se zabývám definicí předčasného porodu, jeho rizikovými faktory, etiologií, klinickými projevy, diagnostikou, predikcí a prevencí, výzkumem, managementem a vedením předčasného porodu. Dále se věnuji definici předčasně narozeného novorozence, struktuře perinatální péče v ČR, klasifikaci a komplikacím předčasně narozených novorozenců a neonatologické péči ve Fakultní nemocnici Brno. Závěrečná část řeší psychické aspekty spojené s předčasným narozením dítěte. Nejprve popisují psychické prožívání těhotenství, dále dopad předčasného porodu na psychiku matek a otců, trauma a posttraumatickou stresovou poruchu, odlišnosti zvládání psychických obtíží mezi ženami a muži, organizace podporující rodiny s předčasně narozenými dětmi, možnosti psychické podpory ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Porodnice, a nakonec zapojení rodičů do péče na Jednotce intenzivní a resuscitační péče pro novorozence ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Porodnice.

Praktická část je zaměřena na provedení kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů s matkami a otci předčasně narozených dětí. Hlavním cílem této studie je přispět k hlubšímu porozumění psychických vlivů a dopadů předčasného porodu na matky a otce ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Porodnice, a tím poskytnout základ pro lepší podporu a péči v perinatologickém zařízení.

VSTUPNÍ LIERATURA:

PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.

ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2098-7.

HÁJEK, Z. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0418-0.

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., 2013. Realita traumatu rodičů po předčasném porodu možný vliv na utváření vztahu mezi matkou a dítětem. *Neonatologické listy*. 19(1), 37–40. ISSN 1211-1600.

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., J. MATĚJEK a B. STEINLAUF, 2023. *Etika v pediatrii a neonatologii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3263-8.

JANOTA, J. a Z. STRAŇÁK, 2023. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: EEZY. ISBN 978-80-88506-07-2.

KOUCKÝ, M. a J. SMÍŠEK, 2014. *Spontánní předčasný porod*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-416-6.

MACEROVSKÝ, M., Z. KOKRDOVÁ, M. KOUCKÝ, P. KŘEPELKA, T. LAMBERSKÁ, J. MAŠATA, J. SMÍŠEK, P. ŠIMJÁK a P. VELEBIL, 2017. Spontánní předčasný porod: Doporučené postupy. *Česká gynekologie*. 82(2), 160–165. ISSN 1210-7832.

PEYCHL, I., 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-283-2.

PRAŠKO, J., T. HÁJEK a M. PREISS, 2002. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Pro společnost Pfizer vydal Maxdorf. ISBN 978-80-85912-80-7.

Popis rešeršní činnosti

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: předčasný porod, psychika matky a otce, předčasně narozené dítě, vliv předčasného porodu, psychická zátěž, uklidňující faktory, stresující faktory

Klíčová slova v AJ: premature birth, maternal and paternal well-being, premature infant, impact of premature birth, psychological stress, calming factors, stressing factors

Jazyk: anglický, český

Období: 2005–2024

Další kritéria: články, sborníky, recenzovaná periodika, plnotexty



DATABÁZE:

ProQuest, PubMed, Google Scholar, EBSCO



Nalezeno 325 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

duplicitní dokumenty, články netýkající se tématu, kvalifikační práce
celkem vyřazeno 259 článků



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH

DOKUMENTŮ:

EBSCO – 39 článků

ProQuest – 15 článků

Google Scholar – 8 článků

PubMed – 5 článků



Pro tvorbu diplomové práce bylo použito 67 dohledaných odborných článků a 18 knih

1 Teoretická část

1.1 Předčasný porod

Předčasný porod je aktuálním celosvětovým tématem a zároveň, z mnoha faktorů, společenskou zátěží. Je považován za jeden z hlavních rizikových faktorů novorozenecké mortality (úmrtnosti) a je spojen se zvýšením krátkodobé i dlouhodobé morbidity (nemocnosti) těchto dětí. Odhadovaná celosvětová prevalence předčasně narozených dětí v roce 2020 činila 9,9 %, což znamená 13,4 milionu předčasně narozených dětí (13,8 milionu v roce 2010). Přibližně 2 miliony dětí (15 % ze všech předčasných porodů) byly narozeny před 32. týdnem těhotenství (Ohuma et al., 2023). Dle publikace „*Born too soon*“ se míra předčasných porodů za posledních deset let nezměnila v žádném regionu na světě, přičemž od roku 2010 do roku 2020 se předčasně narodilo 152 milionů dětí (WHO TEAM, 2023). Nejvyšší míra předčasných porodů byla zaznamenána v jižní Asii (13,2 %) a subsaharské Africe (10,1 %), přičemž na tyto dva regiony připadá dohromady více než 65 % předčasných porodů na celém světě. V České republice se incidence předčasných porodů pohybuje okolo 7–8 % (Janota a Straňák, 2023). Ve Fakultní nemocnici Brno (dále jen FN Brno) se za rok 2023 narodilo celkem 5 678 živě rozených novorozenců (6 219 v roce 2022), z toho 1 341 s porodní váhou nižší než 2 900 gramů (1 457 v roce 2022).

1.1.1 Definice a rozdělení

Porod a rozdíl mezi živě narozeným dítětem a potratem je v České republice definován v příloze k vyhlášce č. 297/2012 Sb., o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého. Definice mrtvě narozeného dítěte v této vyhlášce není, proto je citována z jiného zdroje. Dle této vyhlášky se porodem rozumí ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého dítěte.

„Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, to je srdeční činnost, pulzaci pupečnicku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva, bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena.“
(zakonyprolidi.cz)

„Mrtvě narozeným dítětem se rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 g a více, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po dvacátém druhém dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě.“ (Lubušký, 2016, s. 13)

„Potratem se rozumí

- *spontánní potrat, to je ukončení těhotenství, kdy je embryo nebo plod neprojevující známky života samovolně vypuzen nebo vyjmut z dělohy a jeho hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů (méně než 22+0)*
- *umělé přerušeni těhotenství provedené podle zákona upravujícího umělé přerušeni těhotenství (zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušeni těhotenství)*
- *ukončení mimoděložního těhotenství podle zákona upravujícího umělé ukončení těhotenství (zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušeni těhotenství)*
- *v případě, kdy z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce nebo plod, anebo těhotenská sliznice a jsou histologicky prokázány zbytky po potratu.“*
(zakonyprolidi.cz)

Předčasný porod je takový, kdy je dítě porozeno před dokončeným 37. týdnem těhotenství, tedy dříve než 37+0 (Procházka, 2020).

Předčasné porody se dělí dle týdne porodu a způsobu ukončení porodu.

Dle týdne porodu se dělí na:

- pozdní předčasný porod od 34+0 do 36+6
- středně předčasný porod od 32+0 do 33+6
- velmi předčasný porod od 28+0 do 31+6
- extrémně předčasný porod < 28+0 (Procházka, 2020)

Hranice životaschopnosti (viability) plodu je v České republice stanovena na 24+0 týden těhotenství. Od této hranice má dítě šanci na přežití mimo tělo matky a její dosažení je indikací pro zahájení intenzivní neonatologické péče. Specifickou kategorií je předčasný porod v tzv. šedé zóně od 22+0 do 24+6 týdnů těhotenství (Procházka, 2020; Chvilová-Weberová et al., 2023). V tomto období je velmi nejistá prognóza stavu dítěte a je diskutabilní, zda vyvinutí úsilí pro jeho záchranu je správným krokem. Rozhodnutí, zda dítěti narozenému v „šedé zóně“ podat či nepodat aktivní péči, je velmi složité a musí zahrnovat pečlivé zvážení několika faktorů a zapojení rodičů do rozhodovacího procesu (Seri a Evans, 2008).

Dle způsobu ukončení se předčasný porod dělí na:

- iatrogenní předčasný porod (20–30 %) – ukončení porodu umělým vyvoláním nebo císařským řezem před ukončeným 37. týdnem těhotenství (např. z důvodu preeklampsie matky, IUGR plodu nebo abrupce placenty) (Procházka, 2020)
- spontánní předčasný porod (70–80 %) – dále se dělí na:
 - se zachovaným vakem blan (40–50 %) – nástup pravidelných děložních kontrakcí vedoucích ke změnám na hrdle děložním před ukončeným 37. týdnem těhotenství
 - předčasný odtok plodové vody (dále jen PPRM – Preterm Prelabor Rupture of Membranes) (20–30 %) – odtok plodové vody v důsledku porušení plodových obalů minimálně jednu hodinu před nástupem pravidelných kontrakcí před ukončeným 37. týdnem těhotenství (Procházka, 2020)

1.1.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory se dělí na rizika z mateřské strany, rizika z předchozí porodnické anamnézy matky a komplikace nově vzniklé v těhotenství aktuálním. Nejčastějšími mateřskými riziky jsou genetika, věk (< 18 a > 35 let), rasa, míra vzdělání, nízké nebo vysoké BMI (< 18,5 nebo > 35–40), kouření a abúzus drog (před těhotenstvím nebo v jeho průběhu), zanedbávání prenatální péče, svobodná nebo nezaměstnaná těhotná a špatné socio-ekonomické zázemí. Rizika pramenící z předchozí porodnické anamnézy jsou dvě umělá ukončení těhotenství v I. nebo II. trimestru, dva spontánní potraty v I. nebo II. trimestru a předčasný porod v anamnéze. Aktuální těhotenské komplikace, které mohou vést k předčasnému porodu, jsou vznik infekce (močová, streptokoky skupiny B, bakteriální vaginóza), sexuálně přenosná onemocnění, inkompetence děložního hrdla, vícečetná těhotenství, VVV (vrozené vývojové vady) plodu, hypertenze či onemocnění ledvin (preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom), krvácení v I. či II. trimestru a VVV dělohy (Roztočil, 2020).

Předchozí předčasný porod v anamnéze je jedním z nejčastěji uváděných rizikových faktorů. Tyto ženy mají přibližně 4–6krát vyšší riziko dalšího předčasného porodu v následujícím těhotenství (Cobo et al., 2020).

1.1.3 Etiologie

Etiologie předčasného porodu zůstává nedostatečně objasněna a hromadící se důkazy naznačují, že se jedná o komplexní syndrom, který má více příčin (Suff et al., 2019).

Dochází k němu vlivem dlouhodobých procesů, které mají za následek předčasné spuštění děložní činnosti, dilataci hrdla děložního a aktivaci plodových obalů a deciduální tkáň. Procesy spuštění předčasného porodu se nijak neliší od procesů na počátku spontánního porodu v termínu. Rozdílem však je, že v případě termínového porodu jsou tyto procesy aktivovány zcela fyziologicky, zatímco při předčasném porodu se jedná o aktivaci patologickou (Janota a Straňák, 2023; Procházka, 2020).

Uvádí se, že hlavní příčinou předčasného porodu je infekce, dále insuficience nebo zkrácení děložního hrdla, porušená imunologická tolerance plodu matkou, odlučování placenty, nadměrná děložní distenze, poruchy endokrinního systému a alergie (Janota a Straňák, 2023; Procházka, 2020).

Porucha tolerance plodu ze strany mateřské imunity je v posledních letech velmi diskutovaným tématem (Koucký, 2020). Práce z roku 2014 poprvé naznačila, že dutina děložní, která byla dříve považována za sterilní prostředí, není sterilní ani v případě nepřítomnosti klinické infekce (Prince et al., 2014). Bylo zjištěno, že nesprávné vzájemné působení mezi získanými a vrozenými složkami imunity matky a plodu může hrát v patogenezi předčasného porodu významnou roli. Je také zmiňováno, že na poruchu imunitní tolerance může mít vliv mateřský mikrobiom. Většina výzkumů se zaměřuje na zkoumání spojení předčasného porodu především se dvěma složkami imunity, a to T regulačními lymfocyty (získaná imunita) a komplementem (vrozená imunita). Výzkum týmu MUDr. Kouckého jako jeden z prvních potvrdil, že předčasný porod je spojen se sníženým absolutním počtem T regulačních lymfocytů a také snížením hladiny jedné ze složek komplementu, mannose binding lectinu (MBL) (Koucký, 2020; Koucký et al., 2020; 2018; 2014; Hornová et al., 2021).

Od počátku je zánět považován za klíčový mechanismus vedoucí k syndromu předčasného porodu a vývoji fetální zánětlivé odpovědi (FIRS – fetal inflammatory response syndrome) (Janota a Straňák, 2023). Účinkem patogenních mikroorganismů se iniciuje fetální a/nebo mateřská zánětlivá odpověď, včetně chorioamnionitidy (zánět decidui a plodových obalů), funisitidy (zánět pupečníku) a syndromu fetální zánětlivé odpovědi (Roztočil, 2020). Primárním původcem jsou genitální mykoplazmata, především *Ureaplasma urealyticum* a *Mycoplasma hominis*. Dalšími možnými agens jsou *Streptococcus agalactiae*, *Trichomonas vaginalis* a *Chlamydia trachomatis* (Koucký a Smíšek, 2014). V průběhu těhotenství velmi často není možné infekce detekovat. Odhalení infekční příčiny předčasného porodu je možné např. pomocí odběru vzorku plodové vody, tj. amniocentézy, která se však v případě

zachovaného vaku blan rutinně neprovádí. Z plodové vody je možné vyšetřit elevaci zánětlivých ukazatelů, z nichž dobrým prediktorem zánětu je interleukin-6 (Kunze et al., 2016).

1.1.4 Klinické projevy

Počátek předčasného porodu může probíhat symptomaticky nebo asymptomaticky v závislosti na jeho etiologii. Vzhledem k tomu, že příčina předčasného porodu je různá, odlišuje se také mechanika jeho počátku (Procházka, 2020). V případě asymptomatického začátku dochází k nebolestivému zkracování děložního hrdla. Pokud předčasný porod začíná symptomaticky, nastupuje děložní činnost (> 4 kontrakce/20 minut nebo > 8 kontrakcí/1 hodinu) nebo jsou aktivovány plodové obaly a deciduální tkáň a dochází k PPRM (Procházka, 2020).

1.1.5 Diagnostika

V současné době se považuje za nejefektivnější diagnostickou metodu pro identifikaci hrozícího předčasného porodu kombinace anamnézy, ultrazvukové cervikometrie a stanovení biomarkerů, přičemž diagnostika je odlišná u žen s asymptomatickým a symptomatickým průběhem předčasného porodu (Janota a Straňák, 2023). U asymptomatických těhotných lze riziko předčasného porodu odhalit dle přítomnosti rizikových faktorů (anamnéza) a dle zkrácení děložního hrdla (cervikometrie). U symptomatických žen diagnostika probíhá provedením cervikometrie a stanovením biomarkerů (Gregor, 2020).

K dalším diagnostickým metodám, které mohou přispět k odhalení předčasného porodu, patří palpační vyšetření (vč. vyšetření v zrcadlech), vyšetření infekčních markerů (leukocyty, CRP, cytokiny), průkaz předčasně odtékající plodové vody (pomocí Temešváryho činidla/Actim PROM/AmniSure PROM), CTG (k detekci předčasné děložní činnosti) a biofyzikální profil (pohyby plodu končetinami, dýchací pohyby, množství plodové vody, amniální pool a ultrazvuková flowmetrie) (Hájek et al., 2014).

1.1.6 Predikce

Ze spouštěcích mechanismů předčasného porodu jsou v dnešní době nejlépe prozkoumány změny spojené s aktivací plodových obalů a decidui a zkracování děložního hrdla. Na základě určitých postupů je tedy možné tyto mechanismy částečně predikovat (Koucký a Smíšek, 2014). Žádný z postupů však nelze použít samostatně. Anamnéza těhotné spolu s ultrazvukovou cervikometrií a vyšetřením biomarkerů dohromady poskytují komplexní podklad pro predikci předčasného porodu (Gregor, 2020).

Ultrazvuková cervikometrie spočívá v měření délky hrdla děložního od zevní k vnitřní brance (Procházka, 2020). Bylo zjištěno, že čím kratší je délka děložního hrdla, tím větší je riziko spontánního předčasného porodu. Děložní hrdlo kratší než 25 mm před 30. týdnem těhotenství může být důvodem k terapeutické intervenci (Cobo et al., 2020). Nevýhodou rutinní ultrazvukové cervikometrie je, že samotné odhalení zkráceného děložního hrdla ještě nemusí znamenat hrozící předčasný porod a výsledek vyšetření tak může těhotné zbytečně stresovat. Z tohoto důvodu je usilováno o objevování dalších metod, které by byly schopny v kombinaci s cervikometrií přesněji určit riziko předčasného porodu. Jednou z nejvýznamnějších metod je stanovení přítomnosti biomarkerů, které jsou relativně specifické a vyskytují se v porodních cestách (Koucký, 2020).

Biomarkery jsou zkoumány ve spojení s předčasnou aktivací deciduy a plodových obalů, přičemž jejich přítomnost v choriodeciduálním prostoru (odkud se pak dostávají do cervikovaginálního sekretu) je považována za prvotní signál tohoto procesu (Koucký, 2020). Patří mezi ně fetální fibronektin (FFN), Insulin-like growth factor binding protein 1 (IGFBP-1) a Placental alpha mikroglobulin-1 (PAMG-1) (Gregor, 2020).

1.1.7 Prevence

Prevence předčasného porodu je považována za prioritu v oblasti veřejného zdraví, protože může snížit morbiditu a mortalitu předčasně narozených dětí. Jednou z největších výzev při studiu prevence předčasného porodu je skutečnost, že předčasný porod je komplexní stav, který je výsledkem mnoha etiologických cest (Frey a Klebanoff, 2016).

V současné době je veškerá péče zaměřena na sekundární prevenci. Zde se významně uplatňuje prekoncepční příprava žen na těhotenství, která zahrnuje léčbu urogenitálních infekcí, terapii bakteriální vaginózy, cerkláž v případě prokázané inkompetence děložního hrdla, zanechání kouření i abúzu drog a psychologickou podporu. Při prenatální péči je důležité rozlišovat přístup k ženám s fyziologickým průběhem těhotenství od žen s anamnestickými nebo aktuálními rizikovými faktory (Rožtočil, 2020; Koucký a Smíšek, 2014).

V případě odhalení zkráceného hrdla v průběhu transvaginální cervikometrie se jako prevence předčasného porodu využívá podání progesteronu nebo cerkláž hrdla děložního.

Progesteron má schopnost potlačit kontraktilitu děložní svaloviny (myometria) a vykazuje protizánětlivé účinky při vaginálním podání. Tato terapie se uplatňuje u asymptomatických žen s krátkým děložním hrdlem. U žen s historií předčasného porodu nebo potratu ve II. trimestru lze zvážit jeho podání od 16+0 do 35+0 týdne těhotenství ve formě

vaginálních tablet. Další variantou podání progesteronu je intramuskulárně jednou za týden (Kacerovský et al., 2017). Výzkumný tým MUDr. Kouckého potvrdil, že terapie vaginálně podaným progesteronem u žen s anamnézou předčasného porodu nebo hrozícím předčasným porodem vede ke snížení výskytu *Ureaplasma urealyticum* v porodních cestách (Koucký, 2020; Koucký et al., 2016).

Cerkláž (cerclage) je chirurgický zákrok prováděný během těhotenství. Jedná se o umístění stehu kolem hrdla dělohy, jehož cílem je poskytnout děložnímu čípku mechanickou oporu, a tím snížit riziko předčasného porodu (Alfirevic et al., 2017). Může být indikována, pokud má žena v anamnéze tři a více předčasných porodů nebo potratů ve II. trimestru (mezi 12. a 14. týdnem těhotenství), dále v případě zjištění zkráceného děložního čípku pod 25 mm u asymptomatických žen s anamnézou předčasného porodu nebo ztráty ve II. trimestru. Třetím případem je tzv. záchranná (emergency) cerkláž, která je indikována v případě dilatace hrdla děložního s prolabujícím vakem blan do pochvy (Procházka, 2020; Černohorská et al., 2019). Výkon je možné provést z vaginálního nebo abdominálního přístupu. Cerkláž provedená transvaginálně bývá odstraněna před porodem, obvykle v rozmezí 36. a 37. týdne těhotenství. Odstranění stehu je také nutné v případě nástupu děložních kontrakcí nebo PPRM (z důvodu rizika poranění čípku) (Koucký a Smíšek, 2014).

Dle studie z roku 2023 je kombinace podání vaginálního progesteronu a provedení cervikální cerkláže u vysoce rizikových žen více účinná pro oddálení porodu ve srovnání se samotným progesteronem (Shamas Un et al., 2023).

1.1.8 Výzkum predikce a prevence předčasného porodu

Predikce předčasného porodu je v posledních letech aktuálním tématem jak ve světě, tak v České republice. V roce 2017 byl výzkumnou skupinou z Women's Health Academic Division, King's College London ve Velké Británii vyvinut decision-making program QUiPP (Quantitative Instrument for the Prediction of Preterm birth, „QUiPP app“). Cílem tohoto programu je přesněji predikovat riziko předčasného porodu již před 30. týdnem těhotenství a zamezit tak zbytečným intervencím u žen, které i přes rizikovou anamnézu nemají reálné zvýšené riziko hrozícího spontánního předčasného porodu (Watson et al., 2017; Dudášová et al., 2019).

V rámci výzkumu predikce předčasného porodu v České republice probíhají v Zemské porodnici u svatého Apolináře v Praze dva na sobě nezávislé projekty.

První z nich začal v roce 2019 shromažďováním dat v rámci Prague QUIPP Study a od roku 2020 byl Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) na Gynekologicko-porodnické klinice VFN a 1. LF UK v Praze („U Apolináře“) spuštěn pilotní projekt screeningového programu QUIPP. Projekt probíhá pod vedením Prof. MUDr. Antonína Pařízka, CSc. Pokud se metoda osvědčí, je cílem ji zavést v nemocnicích po celé České republice (predcasnyporod.cz).

Druhým projektem je prvotrimestrální výzkum týmu MUDr. Michala Kouckého, Ph.D. Vychází z nejnovějších dostupných informací, podle kterých většina problematických těhotenství, která vedou k předčasnému porodu, má svůj původ v raných stádiích těhotenství. Cílem tohoto výzkumu je hlouběji porozumět jednotlivým procesům a přispět k vylepšení péče o ženy s rizikem těhotenských komplikací, zejména předčasného porodu. Vzhledem k tomu, že tento výzkum není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, se výzkumný tým spojil s neziskovou organizací Nedoklubko a za účelem zajištění finančních prostředků vznikl projekt „Pomáháme (ne) donošení“ (Calda et al., 2022; Koucký a Nedoklubko).

1.1.9 Management předčasného porodu

V případě potvrzení diagnózy hrozícího předčasného porodu se volí přístup buď aktivní (tj. ukončení těhotenství), nebo konzervativní (snaha udržet těhotenství co nejdéle). Aktivní přístup je volen v případě akutního krvácení, pokročilého vaginálního nálezu, hrozící hypoxie plodu, při známkách závažné infekce nebo vážných komplikací u těhotné, jako je neléčený diabetes mellitus nebo preeklampsie (Janota a Straňák, 2023). Těhotná žena s vysokým rizikem předčasného porodu do 7 dní by měla být hospitalizována. V případě již počínajícího předčasného porodu by měl být zajištěn její bezprostřední převoz do perinatologického nebo intermediálního centra (viz kapitola 1.2.2). Vzhledem k tomu, že prognóza dítěte je příznivější, čím vyšší je týden porodu, je snahou porodníků a neonatologů udržet těhotenství co nejdéle. K oddálení porodu a zajištění nejlepší možné poporodní adaptace dítěte slouží podání tokolytik, kortikosteroidů, neuroprotektce plodu a případně podání antibiotik (Koucký, 2020).

Dle slov primáře Gynekologicko-porodnické kliniky FN Brno, pracoviště Porodnice, doc. MUDr. Lukáše Hrubana, Ph.D., MBA, je ve FN Brno u žen s PPRM volen konzervativní postup, na rozdíl od jiných pracovišť, kde může být volen přístup více aktivní. Tedy v případě, že ženě předčasně odteče plodová voda např. ve 25. týdnu těhotenství, je zde snaha prodloužit těhotenství, co nejdéle to jde, nejlépe do 34.–35. týdne těhotenství (pokud nejsou známky

infekce nebo porod nezačne spontánně), na rozdíl od jiných pracovišť, kde z důvodu rizika intraamniální infekce neprodlužují těhotenství déle než do 26.–27. týdne těhotenství.

Tokolytika

Tokolytika jsou léky, které zpomalují nebo zcela zastavují děložní činnost a tím umožňují oddálit porod (Wilson et al., 2022). Tokolytická terapie může krátkodobě prodloužit těhotenství a umožnit podání antepartálních kortikosteroidů pro maturaci plic a síranu hořečnatého pro neuroprotektci, jakož i případný transport in utero (v děloze matky) do intermediálního nebo perinatologického centra (American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, 2016). Neexistují však žádné důkazy o tom, že by tokolytická léčba sama o sobě měla přímý příznivý vliv na výsledky novorozenců nebo že by prodloužení těhotenství, které tokolytika umožňují, mělo významný přínos pro novorozence (bez použití kortikosteroidů). Z tohoto důvodu a vzhledem k možným nežádoucím účinkům pro matku a plod by nemělo podávání tokolytik přesáhnout 48 hodin, což je doba potřebná pro dokončení maturace plic plodu za použití kortikosteroidů (Kacerovský et al., 2017; Koucký, 2020; American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, 2016; Coler et al., 2021). Tokolytická léčba bývá zpravidla indikována mezi 24. a 35. týdnem těhotenství (Kacerovský et al., 2017). Kontraindikací podání je nutnost akutního ukončení těhotenství, známky intraamniálního zánětu a porod mrtvého plodu nebo plodu s VVV (Kacerovský et al., 2017; Koucký, 2020). Mezi používané tokolytické přípravky patří antagonisty oxytocinových receptorů, β -sympatomimetika, blokátory kalciových kanálů a inhibitory syntézy prostaglandinů. Výběr konkrétního přípravku pro tokolytickou léčbu závisí na zkušenostech pracoviště a farmakologických kontraindikacích (Kacerovský et al., 2017).

Antagonista oxytocinových receptorů (atosiban)

Z výsledků analýzy z roku 2014 vyplývá, že atosiban není v oddálení nebo prevenci předčasného porodu lepší než jiné léky, ale má méně nežádoucích účinků na matku ve srovnání s jinými tokolytiky (zejména β -sympatomimetiky) (Flenady et al., 2014). Podává se subkutánně nebo intravenózně. Mateřské nežádoucí účinky jsou vzácné a zahrnují nežádoucí reakce v místě vpichu, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, bolest na hrudi a hypotenzi (Coler et al., 2021). Značnou nevýhodou je finanční nákladnost terapie atosibanem ve srovnání s betamimetiky, která jsou finančně méně nákladná (Coler et al., 2021).

Ve FN Brno je tokolýza v případě předčasného porodu podávána pouze za účelem získání času pro dokončení maturace plic plodu a lékem první volby je právě atosiban (obchodní název Tractocile). Po dokončení maturace je tokolytická terapie ukončena.

β-sympatomimetika (hexoprenalin)

Betamimetika patřila mezi první léky pro potenciální použití v tokolýze a v současné době jsou nejvíce rozšířená. Nežádoucí účinky tokolytických betamimetik jsou rozsáhlé. Jejich použití může vést k tachykardii, palpitacím, bolesti na hrudi, arytmiím, třesu, nevolnosti, zvracení, bolestem hlavy, nervozitě, úzkosti a dušnosti, stejně jako k hyperglykémii, hypokalémii, bronchodilataci a hypotenzi. Nejzávažnější možnou komplikací je plicní edém. Betamimetika mohou procházet placentou a vyvolat tachykardii plodu a poporodní hypoglykémii a hyperinzulinismus (Neilson et al., 2014). Vzhledem k možným nežádoucím účinkům je během podávání betamimetik nutné monitorovat puls, krevní tlak a dechovou činnost matky a při výskytu vážných nežádoucích účinků (např. tachykardie, respirační tíseň, neuromuskulární změny atp.) je nutné terapii okamžitě ukončit (Kacerovský et al., 2017).

Blokátory kalciových kanálů (nifedipin)

Nifedipin se podává pouze perorálně (Coler et al., 2021). Kontraindikací podání jsou zejména onemocnění srdce u těhotné (Kacerovský et al., 2017). Nežádoucí účinky jsou obvykle mírné. Patří mezi ně bolesti hlavy, které souvisí s přechodnou hypotenzí vyvolanou těmito léky. Popsány jsou také reflexní tachykardie, úzkost, nevolnost, zvracení, zarudnutí kůže a palpitace (Coler et al., 2021).

Inhibitory syntézy prostaglandinů (indometacin)

Indometacin, který prochází placentou, může vyvolat závažné komplikace u novorozence v případě, že je podáván déle než 48 hodin nebo po 34. týdnu těhotenství (Kacerovský et al., 2017).

Kortikosteroidy

Kortikosteroidy jsou léky, které mohou urychlit vývoj plic, mozku a trávicích orgánů plodu. Podání antenatálních kortikosteroidů je nejpřínosnější intervencí pro zlepšení neonatálních výsledků předčasně narozených dětí. Jejich jednorázové podání se doporučuje mezi 24. a 34. týdnem těhotenství, pokud hrozí porod do 7 dnů, včetně žen, u nichž došlo k PPRM, a vícečetných gravidit. Podání kortikosteroidů je možné opakovat u žen pod 34. týden těhotenství, u nichž existuje riziko předčasného porodu během následujících 7 dnů

a jejichž předchozí kúra kortikosteroidů byla podána před více než 14 dny. Betametazon a dexametazon jsou nejčastěji studované a nejvíce preferované kortikosteroidy. Léčba by měla spočívat v podání dvou dávek 12 mg betametazonu intramuskulárně s odstupem 24 hodin, nebo čtyř dávek 16 mg dexametazonu každých 12 hodin intramuskulárně. Největší přínos kortikosteroidů se projeví až 2 dny po podání první dávky, ale určitý přínos je již v prvních 24 hodinách. Vzhledem k tomu, že léčba kortikosteroidy kratší než 24 hodin je stále spojena s významným snížením novorozenecké morbidity a mortality, měla by být první dávka kortikosteroidů podána i v případě, že možnost podání druhé dávky je na základě klinického scénáře nepravděpodobná (podávání kortikosteroidů v kratších intervalech, než jsou doporučené, nebylo prokázáno jako přínosné) (American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, 2016).

Neuroprotektce

Síran hořečnatý dlouho sloužil jako jeden z nejznámějších léků používaných jako tokolytikum. Existuje však značný nedostatek údajů, které by podporovaly terapeutickou účinnost při oddálení předčasného porodu. Vzhledem k tomu, že v oblasti léčby předčasného porodu získávají na významu jiné terapeutické třídy, bylo od užívání síranu hořečnatého jakožto tokolytika upuštěno (Coler et al., 2021). Výsledky dostupných klinických studií naznačují, že předporodní podání síranu hořečnatého za účelem neuroprotektce snižuje závažnost a riziko DMO (dětské mozkové obrny), pokud je podán při očekávaném porodu před 32. týdnem těhotenství. Žádná ze studií neprokázala významné prodloužení těhotenství, pokud byl síran hořečnatý podán s neuroprotektivním záměrem. Jeho podání může způsobit nežádoucí účinky pro matku ve formě zarudnutí, návalů horka, rozmazaného vidění a slabosti. Mezi časté nežádoucí účinky u novorozenců patří letargie a špatné sání (American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, 2016; ACOG, 2023).

Antibiotika

V současné době je prokázáno, že rutinní antibiotická (dále jen ATB) léčba nemá přínos pro ženy rodící předčasně s neporušeným vakem blan bez zjevných známek infekce. ATB jsou ve spojení s předčasným porodem podávána v případě profylaxe infekce streptokoky skupiny B (*Streptococcus agalactiae*, GBS – group B *Streptococcus*) nebo při PPRM (Coler et al., 2021; Flenady et al., 2013).

Těhotné ženy podstupují screening na přítomnost Streptokoka skupiny B v 35.–37. týdnu těhotenství. ATB léčba je zahájena u žen s pozitivním výsledkem GBS infekce nebo

u žen, které rodí před 35. týdnem těhotenství, a tudíž ještě screening nepodstoupily. V případě počínajícího porodu je lékem první volby penicilin G i.v., v iniciační dávce 5 milionů IU i.v. a dále 2,5–3 miliony IU každé 4 hodiny. Pokud žena neporodí do 8 hodin od začátku podávání medikace, podává se 2,5 milionů IU v intervalu 6 hodin do porodu plodu. Pokud rodící žena nemá výsledek screeningu, podává se ATB profylaxe až do výsledku kultivace. Pokud je kultivace negativní, ATB léčba se ukončuje, pokud je pozitivní, v léčbě se pokračuje po dobu 7 dní. Dalšími ATB vhodnými pro GBS profylaxi je ampicilin i.v., cefalosporiny 1. generace i.v., klindamycin i.v. nebo vankomycin i.v. (Coler et al., 2021).

V případě PPRM je ATB léčba okamžitě zahájena v případě ženy v < 37. týdnu těhotenství, u těhotné ve $\geq 37+0$, která je GBS pozitivní nebo má pozitivní zánětlivé markery a u žen v týdnu těhotenství $\geq 37+0$ s neznámým výsledkem GBS screeningu a přítomnými rizikovými faktory (febrilie, pozitivní rychlotest na GBS a odteklá plodová voda déle jak 18 hodin). V případě negativních laboratorních a/nebo klinických známek infekce je schéma podávání ATB léčby stejné, jak je uvedeno v předchozím odstavci. Pokud jsou laboratorní a/nebo klinické známky infekce pozitivní, je lékem první volby ampicilin v počáteční dávce 2 g i.v., dále 1 g každých 6 hodin až do porodu a gentamicin 240 mg i.v. každých 24 hodin. Při laboratorních a/nebo klinických známkách chorioamnionitidy je dle výsledků kultivace a citlivosti a po případné konzultaci s ATB centrem nutné empirické podávání ATB ihned upravit na cílenou terapii (Měchurová, 2013).

1.1.10 Vedení předčasného porodu

Při rozhodování o vedení předčasného porodu je důležité, aby porod jako takový byl pro nezralý plod co možná nejšetrnější. Strategie vedení porodu závisí na aktuálních porodnických podmínkách. Spontánní porod, bez ohledu na gestační stáří plodu, je možný, jestliže se plod nachází v poloze podélné hlavičkou a nejsou přítomny jiné porodnické kontraindikace přirozeného vedení porodu. V současné době na mnoha pracovištích preferují vaginální porod i v případě polohy plodu koncem pánevním a v případě vícečetné gravidity. Mezi 22+0 a 25+0 je vedení porodu vždy individuální. Rozhoduje se v rámci odborné konzultace a po diskuzi s těhotnou ženou a jejím partnerem. V průběhu porodu je nutné neustále monitorovat srdeční akci plodu a intenzitu děložních kontrakcí. V případě nadměrné děložní činnosti a hrozící hypoxie plodu je nutné použití parciální tokolýzy. Před 34+0 týdnem je kontraindikována vakuumextrakce. Preventivní epiziotomie (nástřih hráze) se neprovádí, jelikož dle mnoha studií nepřináší pro předčasně narozené dítě žádný prospěch (Procházka, 2020).

1.2 Předčasně narozený novorozenec

1.2.1 Definice

Definice živě a mrtvě narozeného dítěte byla již zmíněna v kapitole 1.1.1.

Novorozenecká mortalita (úmrtnost) je definována jako úmrtí, ke kterému došlo mezi 0. a 27. dnem po narození živého dítěte na 1000 živě narozených dětí, a dále se dělí na časná (0–6 dní) a pozdní (7–27 dní) úmrtí (euoperistat.com). Perinatální mortalita představuje součet mrtvě narozených dětí a dětí, které zemřely do 7 dnů života na 1000 narozených dětí v určitém roce (ÚZIS ČR, 2021). Dle perinatologické statistiky České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) byla v roce 2022 v České republice perinatální úmrtnost 4,63 ‰ a časná novorozenecká úmrtnost 0,87 ‰ (ČLS JEP). Míra novorozenecké úmrtnosti je klíčovým ukazatelem zdraví a kvality péče o ženy během těhotenství a porodu. Hlavními příčinami úmrtí novorozenců v zemích s vysokými příjmy jsou VVV a komplikace spojené s velmi předčasným porodem (euoperistat.com).

V roce 2019 byla Česká republika jednou ze zemí s nejnižší mírou časně a pozdní novorozenecké úmrtnosti po 22. týdnu těhotenství na 1000 živě narozených dětí v Evropě (euoperistat.com). Jedním z důvodů vynikajících výsledků v péči o předčasně narozené děti je třístupňový systém péče a centralizace rizikových těhotných žen (Calda et al., 2022).

1.2.2 Struktura perinatální péče v České republice

V České republice je zavedena tzv. centralizace péče o těhotné ženy a novorozence. Pokud zdravotní stav ženy vyžaduje specializovanější péči, je v České republice síť pracovišť, která jsou schopna poskytnout adekvátní péči o ženu a její dítě. Pokud hrozí riziko předčasného porodu a zdravotní stav matky to dovoluje, je plod převezen do intermediálního nebo perinatologického centra in utero, v závislosti na týdnu těhotenství. V 90. letech 20. století byl v České republice zaveden třístupňový systém péče o novorozence (Calda et al., 2022; Koucký, 2020).

Pracoviště I. stupně jsou regionální. Soustředí se na péči o zdravé novorozence, porozené v termínu nebo jen lehce před termínem porodu (od 37+0). Pokud se na tomto pracovišti narodí novorozenec předčasně nebo má po porodu závažnější komplikace, je realizován jeho převoz na pracoviště II. nebo III. stupně, případně na oddělení dětské intenzivní a resuscitační péče (Calda et al., 2022).

Pracoviště II. stupně jsou tzv. perinatologická centra intermediální péče. Na těchto pracovištích probíhá péče o středně nezralé novorozence (od 32+0 do 37+0). V České republice je 12 perinatologických center intermediální péče (Calda et al., 2022; Perinatologie).

Pracoviště III. stupně jsou perinatologická centra intenzivní péče. Péče je zde zaměřena na novorozence s velmi závažnými komplikacemi a těžce a extrémně nedonošené novorozence (od 22+0 do 32+0). V České republice je 12 takových center a bývají zpravidla součástí fakultních nemocnic. Stejně je tomu také v Brně, kde je perinatologické centrum součástí Fakultní nemocnice Brno (Calda et al., 2022; Perinatologie).

1.2.3 Klasifikace předčasně narozených novorozenců

Předčasně narozené novorozence lze klasifikovat dle stupně nezralosti (nedonošenosti) a dle porodní hmotnosti.

Dle stupně nezralosti:

- mírná nezralost 32.–36. týden těhotenství
- střední nezralost 28.–32. týden těhotenství
- těžká nezralost 26.–28. týden těhotenství
- extrémní nezralost < 26. týden těhotenství (Janota a Straňák, 2023)

Dle porodní hmotnosti:

- nízká porodní hmotnost < 2500 g (LBW – low birthweight)
- velmi nízká porodní hmotnost < 1500 g (VLBW – very low birthweight)
- extrémně nízká porodní hmotnost < 1000 g (ELBW – extremely low birthweight) (Procházka, 2020)

U předčasně narozených novorozenců se objevují různé známky nezralosti. Patří mezi ně například tenká, měkká, růžově červená kůže, nedostatek podkožního tuku (prosvítající cévy), husté či chybějící lanugo (ochlupení), měkká ušní chrupavka, chybějící rýhování na ploskách nohou, u chlapců nesestouplá varlata a u děvčat velké stydké pysky nepřekrývající malé (Procházka, 2020).

1.2.4 Komplikace předčasně narozených novorozenců

V roce 2020 téměř 1 milion dětí (z celkového počtu 13,4 milionů předčasně narozených dětí) zemřelo na komplikace spojené s předčasným porodem. To odpovídá přibližně jednomu z deseti dětí narozených předčasně na celém světě. Dle publikace „*Born too soon*“ o tom, zda

děti přežijí, často rozhoduje místo, kde se narodí. V zemích s nízkými příjmy přežije pouze 1 z 10 extrémně předčasně narozených dětí, zatímco v zemích s vysokými příjmy je to více než 9 z 10 dětí (WHO TEAM, 2023).

Komplikace nedonošenosti zahrnují syndrom dechové tísně (RDS), bronchopulmonální dysplazii (BPD), apnoe, hyperbilirubinémii, hypotermii, hypoglykémii, nekrotizující enterokolitidu (NEC), anémii, otevřenou Botallovu dučej, retinopatii, sepsi a neurologické poruchy (např. intraventrikulární hemoragie, neurokognitivní poruchy, mozková obrna, poruchy sluchu a intelektuální nebo motorické postižení). Tyto nepříznivé následky spojené s nedonošeností přispívají k celoživotnímu postižení. Čím nižší je gestační věk novorozence při předčasném porodu, tím větší je riziko komplikací spojených s nedonošeností (Coler et al., 2021).

Syndrom respirační tísně (RDS – Respiratory Distress Syndrome) je u nedonošených dětí častý z důvodu neúplně vyvinutého plicního systému v době narození. Tento stav postihuje plicní funkci a je způsoben především nedostatečnou tvorbou povrchově aktivního látkového složení, surfaktantu, který udržuje elastické vlastnosti plic a zabraňuje kolapsu plicních sklípků při výdechu. Typicky se tento syndrom projevuje těžkým dýcháním, nedostatkem kyslíku a cyanózou. Vzniku RDS se předchází prenatálním podáním kortikoidů matkám, u kterých hrozí předčasný porod. V případě nedostatku času pro podání plné kúry kortikosteroidů je nedonošeným novorozencům surfaktant podáván obvykle ihned po porodu (intratracheálně) (Peychl, 2005).

1.2.5 Neonatologická péče ve Fakultní nemocnici Brno

Neonatologické oddělení FN Brno, nemocnice Bohunice a Porodnice je součástí Perinatologického centra intenzivní péče FN Brno, což je největší perinatologické centrum v České republice. Neonatologická péče na pracovišti Porodnice je zajišťována prostřednictvím čtyř specializovaných oddělení. Jedná se o Jednotku intenzivní a resuscitační péče pro novorozence (JIRPN), kde se poskytuje péče novorozencům s nejtěžšími zdravotními problémy a potřebami. Dále oddělení intermediální péče (oddělení 11), které se stará o novorozence s mírnějšími potížemi. Oddělení 12 rooming-in pro nedonošené děti (dále jen oddělení 12), kde byla realizována výzkumná část této práce, je určeno pro kojence propuštěné z JIRPN a jejich matky. Oddělení pro fyziologické novorozence (oddělení 10) zajišťuje péči o novorozence bez závažných zdravotních problémů. Tato struktura poskytuje komplexní péči pro různorodé potřeby novorozenců a jejich rodin.

1.3 Předčasný porod a psychika

1.3.1 Psychika v těhotenství

Narození dítěte je zásadním zlomovým okamžikem v životě jeho rodičů, kteří se v průběhu těhotenství připravují a adaptují na svou novou roli. Zjištění gravidity významně ovlivní život ženy i muže, tím spíše, pokud se jedná o těhotenství první. Ze začátku se plod nijak neprojevuje, proto je jeho přítomnost v těle ženy pouze tušená. V tomto období si rodiče mohou své budoucí miminko jen představovat. Událostí, která potvrzuje přítomnost plodu v těle matky a dává rodičům jasnější představu, bývá první ultrazvukové vyšetření. Pár si z tohoto vyšetření zpravidla odnáší snímky dítěte, které jsou potvrzením jeho existence (Vágnerová, 2007).

1.3.2 Těhotenství a psychika matky

Psychika matky se mění v závislosti na postupujícím těhotenství. První trimestr (do 12. týdne těhotenství) bývá zpravidla obdobím nejistoty. Oznámení gravidity prožívá každá žena rozdílně, některá pozitivně, jiná negativně. V tomto období se žena soustředí zejména na sebe a přijímá skutečnost, že bude matkou, což změní život jí samotné i její rodině. Během prvního trimestru se ženský organismus začíná měnit a budoucí matka může prožívat únavu, nevolnost a další pocity, na které dříve nebyla zvyklá. Na konci tohoto období musí žena k těhotenství zaujmout jasné stanovisko, zda ho přijme či odmítne. Pokud se rozhodne těhotenství přijmout, bývá druhý trimestr klidným a šťastným obdobím. Negativní příznaky těhotenství, které provází první trimestr, už většinou pomijí a žena zpravidla prožívá pozitivní pocity. Její pozornost se obrací k dítěti, začíná si uvědomovat jeho potřeby a buduje si s ním vztah. Matka si představuje budoucí vzhled dítěte a komunikuje s ním. Třetí trimestr je obdobím aktivní přípravy na blížící se porod. Mohou se objevit pocity strachu a úzkosti z možných komplikací či bolesti. Období mezi 24.–32. týdnem těhotenství je klíčové pro vývoj reprezentace matky. Žena prohlubuje vztah se svým dítětem, začíná se s ním identifikovat a spojuje jejich vzájemné potřeby (Marková a Chvilová-Weberová, 2020; Bašková a Míčová, 2015).

1.3.3 Předčasný porod a psychika matky

Předčasný porod nenadále přeruší fyziologické psychické postupy v organismu ženy, které byly zmíněny v předchozí kapitole. Žena na tuto situaci není připravena, vývoj její mateřské psychiky není dokončen, je přerušen příliš brzy. Čerstvá matka tak prožívá místo radosti z porodu vysněného dítěte pocity šoku, strachu a často i viny. Obzvláště obtížné jsou tyto chvíle pro ženy, které své dítě předčasně porodí na hranici viability mezi 22.–24. týdnem

těhotenství, což je období velmi proměnlivého zdravotního stavu dítěte s nejistou prognózou a šancí na přežití. Po fyziologickém porodu zpravidla přichází imprinting, kdy novorozenec poprvé vnímá obraz své matky, včetně jejího hlasu, vůně, rytmu a rysů v obličeji. Tento proces je jedním z nejdůležitějších pro vytvoření vztahu mezi matkou a novorozencem. Poté nastává bonding, kdy je dítě, pupečnickem stále připojené k tělu matky, položeno na mateřskou hrud', kde je zanecháno i několik desítek minut, pokud to zdravotní stav matky a dítěte dovoluje. Během bondingu dochází k biologickému spojení a vzájemné komunikaci matky s jejím dítětem. Na bonding navazuje attachment, což je proces pevné citové vazby, který se rozvíjí v prvních týdnech a měsících po porodu. V průběhu prvního kontaktu s novorozencem se v těle matky vyplavují hormony prolaktin, oxytocin a endorfíny, které přispívají ke spuštění a udržení laktace, biologické vazbě mezi matkou a dítětem a spuštění procesů attachmentu. V případě předčasného porodu často není bonding možný a dochází k oddělení matky a dítěte, které zpravidla potřebuje bezprostřední lékařskou péči a je v inkubátoru převezeno na oddělení neonatologické JIP. Separace tak může vést k narušení zmíněných procesů a porušení tvorby vazby mezi matkou a jejím dítětem a také přispět k pocitům strachu, stresu, úzkosti, nejistoty a selhání. Celá tato situace může také vést k poruchám v nástupu laktace (Marková a Chvilová-Weberová, 2020).

Předčasný porod je často spojen s hospitalizací novorozence na neonatologické jednotce intenzivní péče (dále jen NICU – Neonatal Intensive Care Unit; ve FN Brno, pracoviště Porodnice, pod označením JIRPN – Jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence). Pro matku je přijetí dítěte na NICU často neočekávaným zážitkem, který může být šokující a traumatizující a může u matky zvýšit riziko psychiatrických symptomů, včetně posttraumatického stresu (Geller et al., 2018). Prostředí NICU se vyznačuje monitorovacími přístroji, hadičkami, nejrůznějšími dráty napojenými na novorozence, hlukem a chemickými pachy. Hlavní stres, který matky zažívají, je odloučení od dítěte se ztrátou jejich rodičovské role, jak si ji dříve představovaly. Pocity odloučení mohou souviset s nedostatkem fyzické a citové blízkosti, což jsou důležité faktory v raném vztahu mezi matkou a dítětem. Během hospitalizace dítěte mohou matky prožívat různé emoce jako smutek, strach, vinu, hněv, ztrátu sebeúcty nebo pocit selhání. Tato situace může být pro matky tak zdrcující, že se od svých dětí mohou emočně distancovat (Trumello et al., 2018). Přerušování spojení mezi matkou a dítětem může také negativně ovlivnit budoucí emoční vývoj dítěte. Mezi faktory, které podněcují mateřský stres patří velikost a vzhled dítěte, které je obklopeno mnoha přístroji, negativní zkušenost s některými pro dítě bolestivými zákroky, změna rodičovské role, dlouhodobé

odloučení a dlouhý pobyt v nemocnici a na NICU. Jedním z nejdůležitějších zdrojů stresu je pak nejistota ve vnímání budoucího stavu dítěte a zlepšení jeho zdravotního stavu. Zdravotnický personál by měl matce poskytnout dostatek informací v péči o předčasně narozené dítě a měl by zajistit její plnou účast v péči o dítě. Když se matka podílí na péči o své dítě, dochází mezi nimi k navázání trvalého vztahu, a matka se tak zbavuje pocitu odcizení (Malakouti et al., 2013). Zapojení rodičů do péče usnadňuje vývoj dítěte během hospitalizace i po propuštění a zkracuje dobu hospitalizace na NICU. Aktivní zapojení matek také zvyšuje jejich sebedůvěru v péči o dítě před propuštěním (Franck et al., 2019; Gómez-Cantarino et al., 2020). Dalším zdrojem psychické nepohody matek předčasně narozených novorozenců mohou být traumatické porodní zážitky, které jsou spojeny s neočekávanými zdravotními komplikacemi během porodu, nespokojeností s péčí, s pocitem nedostatečné kontroly během porodu, intenzivní bolestí a nedostatkem emocionální a sociální podpory. Důležitým faktorem spojeným s vyšší prevalencí negativních porodních zkušeností matek předčasně narozených dětí může být neočekávaný porod dítěte, na který nejsou psychicky připravené. Je prokázáno, že 5 až 6 let po předčasném porodu mohou mít matky negativní pohled na své perinatální a postnatální období (Latva et al., 2008).

Studie z roku 2018 dokládá, že na rozvoj úzkosti u matky má také vliv gestační stáří dítěte. U matek, které porodily před 32. týdnem těhotenství, se úzkostné stavy objevily v 72 %. Naproti tomu u žen, které rodily po 32. týdnu těhotenství, se projevila úzkost jen ve 45 % případů (Trumello et al., 2018). Dle některých studií se také zdá, že deprese matky může být významným prediktorem deprese otce a naopak (Ettenberger et al., 2024).

1.3.4 Těhotenství matky a psychika otce

Otcovská psychika se v průběhu těhotenství vyvíjí odlišně než mateřská. Hlavním důvodem je, že muž nikdy nezažije fyzické spojení se svým budoucím dítětem. Krom uvědomění si nové otcovské role se v životě muže na počátku těhotenství partnerky neodehrávají žádné zásadní změny, na rozdíl od ženy, která začíná pociťovat nejrůznější fyzické změny. Adaptace na novou roli tak může být pro muže o to náročnější, přestože bylo těhotenství plánované a chtěné. Každý muž však prožívá těhotenství své partnerky individuálně a jeho psychický stav může být ovlivněn mnoha faktory, včetně vztahových dynamik, osobní historie a podpory ze strany rodiny a přátel. Mnoho otců se cítí nadšeně a šťastně při očekávání narození dítěte. Těhotenství partnerky pro ně může být příležitostí prohloubení vztahu a budování budoucnosti rodiny. Naproti tomu někteří otcové mohou prožívat stres z odpovědnosti za novou rodinu, finančních obav spojených s příchodem dítěte nebo obav

z porodního procesu a zdraví partnerky. V některých případech se může otec cítit nedostatečně zapojen do těhotenství a rodičovství v porovnání s matkou, což může vyvolávat pocity vyčlenění nebo nejistoty. Pro jiné budoucí otce toto období může znamenat růst, změnu identity a hledání nového smyslu života. Mnoho otců se v průběhu těhotenství partnerky snaží být co nejvíce podporující a angažovaní. Účastní se těhotenských kontrol, předporodních kurzů, podporují během porodu a plánují budoucnost (Vágnerová, 2007).

1.3.5 Předčasný porod a psychika otce

Předčasný porod má vliv na celou rodinu dítěte. Obecně je v problematice psychiky po předčasném porodu spíše hleděno na matky, pro které je tato situace bezesporu velmi náročná. Dle některých studií však otcové po předčasném porodu prožívají stejné pocity jako jejich partnerky (stres, úzkost, deprese) a v poslední době začínají přibývat studie, které se zaměřují na psychiku otců ve spojení s předčasným porodem a hospitalizací jejich dítěte na NICU. Dle metaanalýzy z roku 2018 jsou pro otce hlavními stresujícími faktory změna rodičovské role, vzhled dítěte, prostředí NICU a komunikace s personálem (Prouhet et al., 2018).

Projevy otcovské perinatální deprese se od mateřské liší intenzitou a klinickým obrazem. Klinický obraz u otců zahrnuje depresivní a úzkostné symptomy jako depresivní náladu, neklid, podrážděnost, ztrátu zájmu, potíže s pozorností, snížení pracovního výkonu atd. Tyto symptomy jsou však u otců obecně mírnější než u matek. Dále je součástí klinického obrazu perinatální deprese otců abnormální chování při nemoci (hypochondrie), záchvaty hněvu a vyšší míra užívání návykových látek (alkohol, kouření, drogy) (Baldoni a Giannotti, 2020).

Pocity, které matka a otec po předčasném porodu prožívají, mohou být takřka stejné, ale důvody prožívání těchto pocitů jsou rozdílné. Může se stát, že se u ženy projeví poporodní komplikace a nemá z počátku možnost své dítě navštěvovat. Muž se tak strachuje nejen o své dítě, ale také o partnerku, a chtěl by trávit čas s oběma současně, což v tomto případě není možné. Tyto dny mohou být pro otce velmi stresující, protože svou pozornost musí rovnoměrně rozdělit a stává se z něj „spojka“ mezi matkou a dítětem. Muž v tomto případě bývá první z páru, kdo dítě navštíví na NICU a musí pojmout všechny sdělené informace, aby je poté mohl přetlumočit partnerce, případně zbytku rodiny (Stefana et al., 2022; Lindberg et al., 2007). Další stresový faktor, který zažívají převážně jen otcové, je konflikt mezi nutností zabezpečit chod rodiny a potřebou trávit čas se svou partnerkou a dítětem (Soares et al., 2019). Otcovská dovolená, během které muž může asistovat v péči o novorozence své partnerce, je v České

republiky stanovena na 14 dní (Česká správa sociálního zabezpečení). Vzhledem k tomu, že hospitalizace předčasně narozených dětí trvá několik týdnů i měsíců, musí se muž vrátit zpět do pracovního procesu daleko dříve, než je jeho dítě propuštěno do domácí péče (Soares et al., 2019). Možnost soustředit se na práci může být pro otce důležitým mechanismem zvládnutí situace, ale může rovněž vyvolat další obavy související s časovým omezením pro návštěvy a podporu partnerky a dítěte v nemocnici (Provenzi a Santoro, 2015). Muž často, i na několik měsíců, přebírá zodpovědnost za chod domácnosti včetně péče o případné další potomky, což může představovat další z významných stresorů (Prouhet et al., 2018). Přítomnost otce během hospitalizace je důležitá nejen jako emocionální podpora matek, ale také pro podporu otcovského pouta, znalostí a bezpečí v péči, která bude poskytována po propuštění z nemocnice (Soares et al., 2019).

Významným faktorem, který zlepšuje zkušenosti otců s hospitalizací jejich dítěte na NICU, je komunikace (dostatek srozumitelných informací), možnost být nablízku své partnerce a dítěti a možnost podílet se na péči o dítě. Personál NICU tak hraje klíčovou roli při usnadňování této interakce prostřednictvím povzbuzování a ujišťování. Zmíněné potřeby mužů jsou obecné a je nutné zdůraznit, že psychika každého muže je rozdílná a stejně tak jsou rozdílné individuální potřeby každého otce předčasně narozeného dítěte (Sisson et al., 2015).

1.3.6 Trauma a posttraumatická stresová porucha

Předčasný porod je pro rodiče novorozence velmi stresujícím obdobím. Po prvotním šoku z neočekávaného předčasného porodu matka a otec dítěte prožívají velké množství mnohdy rozdílných situací, které jsou významnými stresovými faktory pro každého z nich. Tyto situace mohou vést k rozvoji traumatu a následné posttraumatické stresové poruchy (Chvílová-Weberová, 2013).

Trauma

Trauma je mimořádně riziková a závažná událost, jejíž účinky se mohou projevat krátkodobě i dlouhodobě. Prožité trauma často vyvolává opakující se vzpomínky, myšlenky nebo sny spojené s původní stresující událostí. Trauma probíhá v několika fázích, které se u každého jedince mohou lišit délkou trvání. První z nich je fáze šoku, kdy dochází k silným tělesným reakcím. V tuto chvíli mozek „otupí“, člověk si později nepamatuje přesné události, dochází k pocitu prázdnoty a znečitlivění. Předčasný porod je pro rodiče mimořádně traumatickou událostí, která se nevstřebá okamžitě. Je to proces, který může trvat týdny, měsíce

a někdy i léta po propuštění dítěte z nemocnice. Nedostatečné zvládnutí psychického traumatu může vést k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (Chvílová-Weberová, 2013).

Posttraumatická stresová porucha (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder)

PTSD je duševní porucha, která se vyvíjí po traumatické události. Lidé trpící PTSD zažívají opakující se a intenzivní symptomy, jako jsou traumatické vzpomínky, noční můry, úzkost a výrazné reakce na situace, které připomínají trauma. Tato porucha může mít výrazný dopad na každodenní fungování jedince a kvalitu jeho života. Někteří rodiče mají vyšší riziko PTSD. Mezi faktory, které zvyšují toto riziko, patří problémy ve vztahu, nedostatek podpory ze strany rodiny a přátel, finanční tíseň a předchozí zkušenost s potratem, úmrtím dítěte nebo jinými traumatickými událostmi v rodině. Naopak stabilní vztah a silná sociální podpora mohou toto riziko snížit (Chvílová-Weberová, 2013). Dle výzkumů 3–45,5 % žen může vnímat svůj porod jako traumatický a u 3,1–43 % žen se může rozvinout PTSD (Suarez a Yakupova, 2023).

1.3.7 Odlišnosti zvládnání psychických obtíží mezi ženami a muži

Společenské představy o mužství a ženství mají zásadní vliv na to, jak jednotlivci prožívají své psychické obtíže, jak se s nimi vyrovnávají a kde hledají podporu (Rosenfield a Mouzon, 2012). Výzkum se zaměřuje na společenské normy a ideály, které jsou často formovány již v raném věku. Mnoho chlapců odmala slyší, že „kluci nikdy nepláčou“, což odráží očekávání, že by muži neměli projevovat své emoce. Tato norma mužům často brání otevřeně hovořit o svých pocitech a problémech, a tak se mnozí učí uzavírat je v sobě (Vogel et al., 2011; River a Flood, 2021). Nedostatek komunikace může být dalším klíčovým faktorem. Ženy se často otevřeněji vyjadřují ke svým pocitům a hledají podporu, zatímco muži mají tendenci své emoce potlačovat. Po generace byli muži vychováni k tomu, aby byli silní a neukazovali svou slabost. Vyjadřovat emoce a hledat pomoc je často chápáno jako projev slabosti, a proto mnozí muži tuto možnost odmítají. Dívky bývají již od dětství podporovány, aby byly emocionální a otevřené, chlapci jsou často odrazováni od projevování svých emocí a hledání podpory (Schumacher, 2019).

1.3.8 Organizace podporující rodiny předčasně narozených dětí

V České republice existuje mnoho organizací, které se věnují podpoře jak rodin s předčasně narozenými dětmi, tak samotných neonatologických oddělení. Dále zmiňuji některé z nich, a to zejména ty, které udržují užší spolupráci s FN Brno.

Nedoklubko

Nezisková organizace Nedoklubko vznikla v roce 2002 a zaměřuje se na psychosociální podporu rodin předčasně narozených dětí a neonatologických oddělení v České republice. Cílem této organizace je předávání informací o předčasném porodu nejen rodinám předčasně narozených dětí, ale také rozšiřování informovanosti široké veřejnosti zejména o příznacích a prevenci předčasného porodu. Dalšími cíli této organizace je spojování rodin předčasně narozených dětí, které spolu mohou sdílet své příběhy a zkušenosti, podpora výzkumu a prevence a prohlubování zahraniční spolupráce. FN Brno spolupracuje s organizací Nedoklubko a rodičům předčasně narozených dětí jsou po porodu k dispozici informační publikace vydávané touto organizací (Nedoklubko). Organizace Nedoklubko je také od roku 2010 hlavním organizátorem oslav pro Světový den předčasně narozených dětí, který byl v roce 2008 Evropskou nadací pro péči o novorozence stanoven na 17. listopadu (Nedoklubko).

Centrum provázení

Centrum provázení vzniklo v roce 2015 při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Soustředí na pomoc rodinám dětí předčasně narozených, těžce zdravotně postižených a dětí se vzácným onemocněním. Jedná se o včasnou péči, která může započít před sdělením závažné diagnózy dítěte rodičům, v průběhu sdělování nebo po sdělení diagnózy. Z počátečního působení pouze v Praze se postupem času Centrum provázení rozšířilo do dalších nemocnic po celé České republice. Momentálně funguje v šesti nemocnicích. Ve FN Brno má Centrum provázení zastoupení od roku 2017 v rámci pracoviště Dětská nemocnice a od roku 2022 také na pracovišti Porodnice, sídlící na Obilním trhu (Centrum provázení).

Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny

Nezisková organizace Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny byla založena v roce 2013 paní Ing. Hanou Píšovou, která je sama matkou extrémně předčasně narozených dvojčat. S paní Píšovou jsem měla možnost se setkat a osobně s ní prodiskutovat náplň práce tohoto nadačního fondu, který podporuje rodiny předčasně narozených dětí formou finanční a materiální pomoci. Předčasný porod se v rodinách často projeví výrazným zvýšením finančních nákladů vzhledem k tomu, že péče o předčasně narozené děti probíhá zejména v perinatologických centrech, kterých je v České republice dvanáct, a může trvat i několik měsíců. Rodiče za svými dětmi každodenně dojíždí do těchto center a s tím jsou spojené především náklady na cestování či ubytování. Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny nabízí finanční podporu rodičům, aby mohli trávit čas se svými dětmi. Dalším příkladem

pomoci je úhrada služeb a zdravotnických pomůcek, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění (Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny).

1.3.9 Psychická podpora rodičů ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Porodnice

Ve FN Brno, pracoviště Porodnice, jsou rodičům předčasně narozených dětí k dispozici dvě možnosti psychické podpory. První z nich je Centrum provázení, v zastoupení poradenské pracovnice paní Bc. Romany Vyskočilové. V případě závažnějšího problému je zde k dispozici dětská klinická psychologička paní Mgr. Hana Jahnová. S oběma jsem měla možnost se osobně setkat a probrat s nimi náplň jejich záslužné činnosti a problematiku mé diplomové práce.

Paní Bc. Romana Vyskočilová je zdravotní krizová interventka a od roku 2022 pracuje jako poradenská pracovnice Centra provázení ve FN Brno, pracoviště Porodnice. Náplní její práce je v případě potřeby poskytnout bezprostřední psychickou podporu rodičům po dobu hospitalizace jejich dítěte v nemocnici. Péče může být zahájena dvěma způsoby. Ženám po předčasném porodu je nabízena možnost schůzky s paní Vyskočilovou, a samy se mohou rozhodnout, zda této možnosti využijí či ne. První způsob navázání kontaktu je tedy na popud samotné matky, potažmo rodiny dítěte. Druhou možností je podnět ze strany lékařů, sester nebo porodních asistentek, kteří v případě podezření na nějaký problém u konkrétní matky paní Vyskočilovou kontaktují, ta následně dané ženě nabídne své služby. V obou případech je k zahájení péče nutná indikace lékaře ve formě žádanky. Paní Vyskočilová poskytuje rodinám předčasně narozených dětí základní péči a odkazuje je na výše uvedené organizace, které se podporou rodin předčasně narozených dětí zabývají. Práce paní Vyskočilové spočívá v pomoci rodinám zorientovat se v momentální situaci, usnadnit jim hledání a mapování možností dalšího postupu a poskytnout psychickou oporu, aby na to rodina v rámci prvotního šoku z nenadálé situace nezůstala sama. Po propuštění dítěte z nemocnice zůstávají rodiče po dobu nejdéle dvou let v evidenci paní Vyskočilové a mohou se na ni v případě potřeby obrátit.

Další možností podpory rodičů předčasně narozených dětí ve FN Brno je odborná péče dětské klinické psychologičky Mgr. Hany Jahnové, která pracuje na Neonatologickém oddělení FN Brno již od roku 1998. Hlavní náplní její práce je dlouhodobé sledování psychomotorického vývoje dítěte od 3. měsíce gestačního věku. V případě závažnějšího psychického problému je však klinicko-psychologická péče paní Mgr. Jahnové k dispozici také rodičům předčasně narozených dětí v období hospitalizace dítěte v porodnici. Rodiče mohou péči dětské klinické psychologičky využít buď v případě, že si zdravotnický personál problému všimne a na paní Mgr. Jahnovou rodiče odkáže, nebo na základě doporučení paní Bc. Vyskočilové z Centra

provázení, která s rodiči předčasně narozených dětí přichází do kontaktu jako první a v případě závažnější situace může rodinu po předchozím souhlasu předat do péče dětské klinické psychologičky. Rodiče také mohou oslovit paní Jahnovou v případě potřeby sami na základě vlastního rozhodnutí.

1.3.10 Zapojení rodičů do péče na Jednotce intenzivní a resuscitační péče pro novorozence ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Porodnice

V minulosti byla péče o nedonošené děti primárně zaměřena na lékařské a ošetrovatelské aspekty. Rodiče často nebyli aktivně zapojeni do péče o své dítě a měli s ním omezený kontakt. V polovině 20. století začal jako reakce na modely tradiční péče, které často oddělovaly novorozence od jejich rodin, vznikat koncept péče zaměřené na rodiny (Family-Centered Care – FCC). Model FCC je považován za standard v péči, neboť rodina je chápána jako hlavní zdroj podpory pro novorozence. V rámci tohoto konceptu jsou rodiče integrováni do péče o novorozence přijaté na JIP, což může účinně zmírnit psychickou tíseň rodičů a posílit jejich vazbu s předčasně narozeným dítětem (Gómez-Cantarino et al., 2020).

Dle slov staniční sestry Jednotky intenzivní a resuscitační péče pro novorozence (JIRPN) ve FN Brno, pracoviště Porodnice, Bc. Andrey Stejskalové, je snaha zapojit rodiče do péče o předčasně narozené děti již od samého počátku jejich hospitalizace na zmíněném oddělení. Nejdříve se zde zaměřují na vytvoření spojení mezi rodičem a dítětem pomocí iniciálního doteku. Tento dotek je specifickým způsobem kontaktu, kdy rodiče na jimi předem určené místo (nejčastěji hlavička) přiloží celou dlaň ruky při začátku a konci každého kontaktu s dítětem. Dítě tak rozezná dotek svých rodičů od doteků zdravotníků, a může se tak předem instinktivně připravit na případné bolestivé ošetrovatelské intervence. Postupně jsou rodiče zapojováni do péče o dítě ve formě přebalování, měření tělesné teploty, polohování, zklidňujících masáží či koupelí, respirační fyzioterapie, orofaciální stimulace a kontaktu skin-to-skin – klokánkování.

Klokánkování je intervence, která zahrnuje kontakt dítěte kůží na kůži s hrudníkem matky nebo otce (nebo jiné pečující osoby). Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje časně a dlouhodobé klokánkování u dětí s nízkou porodní hmotností a předčasně narozených dětí, protože se ukázalo, že snižuje riziko úmrtí novorozenců a kojenců a zabraňuje infekcím. Klokánkování má také příznivý vliv na psychiku matek a otců. Poskytuje možnost blízkého kontaktu, což napomáhá získat sebedůvěru v péči o nedonošené dítě. Klokánkování matky je také spojováno s lepším kojením (Gadapani Pathak et al., 2023).

2 Výzkumná část

2.1 Výzkumný cíl

Porod dítěte je životní událostí, která často přináší nečekané výzvy a změny do života rodičů, potažmo celé rodiny narozeného dítěte, což platí o to více v případě porodu předčasného. Tato situace výrazně ovlivňuje psychiku matky i otce, kteří se musí rychle přizpůsobit novým okolnostem a nárokům spojených s péčí o nedonošeného potomka. V rámci mého výzkumu o vlivu předčasného porodu na psychiku rodičů jsem oslovila několik matek a otců nedonošených dětí, kteří souhlasili s účastí v polostrukturovaných rozhovorech. Cílem těchto rozhovorů bylo hlouběji porozumět jejich emocionálnímu stavu při prožívání této náročné životní situace a získat informace, co může pomoci ke snazšímu zvládnutí této zátěže. Získaná data jsem analyzovala s využitím metody zakotvené teorie, což umožnilo identifikovat klíčové koncepty a souvislosti v rámci této problematiky. Věřím, že výsledky tohoto výzkumu přinesou nové poznatky o psychických reakcích rodičů na předčasné narození dítěte a pomohou lépe porozumět potřebám této zranitelné skupiny rodičů.

Hlavním cílem práce je zkoumat vliv předčasného porodu na psychiku matky a otce narozeného dítěte. Dále je specifikován 4 dílčími cíli.

Dílčí cíle:

Cíl 1 – Zkoumat, zda se liší pocity prožívané po předčasném porodu mezi matkami a otci.

Cíl 2 – Odhalit faktory ovlivňující psychiku rodičů v období po předčasném porodu.

Cíl 3 – Analyzovat dopady předčasného porodu na psychiku matek a otců.

Cíl 4 – Zjistit, co rodiče potřebují pro snazší zvládnutí období po předčasném porodu ve FN Brno, pracoviště Porodnice.

Dále byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Liší se pocity prožívané po předčasném porodu mezi matkami a otci?
- Jaké faktory ovlivňují psychiku rodičů v období po předčasném porodu?
- Jaké jsou dopady předčasného porodu na psychiku matek a otců?
- Co rodiče potřebují pro snazší zvládnutí období po předčasném porodu ve FN Brno, pracoviště Porodnice?

2.2 Metoda sběru dat

Vzhledem k citlivé povaze tématu této diplomové práce byl pro sběr dat zvolen kvalitativní přístup k výzkumu, přičemž hlavní metodou sběru dat jsou polostrukturované rozhovory. Tato metoda umožňuje hloubkově zkoumat názory, postoje a zkušenosti respondentů v souvislosti s danou problematikou, čímž poskytuje bohatý materiál pro analýzu a interpretaci. Polostrukturované rozhovory, jako hlavní nástroj sběru dat v této práci, poskytují flexibilitu v průběhu interakce s respondentem, umožňují prozkoumat širokou škálu témat a zároveň zachovávají určitý stupeň řízení výzkumného procesu. Cílem této metodiky je zajistit systematický a důkladný sběr informací, který umožní hlubší porozumění zkoumané problematice a podpoří výzkumné závěry a interpretace (Hendl, 2023).

Předem stanovený soubor otázek je rozdělen do 5 částí (viz Příloha 1). První z nich jsou základní otázky, které zjišťují základní sociodemografické údaje a informace o nynějším, případně předchozím těhotenství nebo předchozích těhotenstvích. Druhá část zahrnuje otázky na průběh těhotenství, porodu a poporodního období. Následuje část třetí, která cílí na prvotní a dlouhodobý kontakt rodičů s dítětem. Ve čtvrté části se dotazují na rozsah psychické podpory. Rozhovor zakončují několika otázkami týkajícími se pohledu do budoucna.

2.3 Etika

S ohledem na povahu tématu a zvolenou metodu výzkumu bylo nezbytné přistupovat k účastníkům citlivě, s maximálním ohledem na jejich soukromí. Pro ochranu důvěrnosti účastníků, minimalizaci rizika ohrožení a zajištění anonymity neuvádím ve své práci žádná jména. Před zahájením rozhovoru byla znovu každému respondentovi objasněna tematika práce a byl přečten a podepsán informovaný souhlas se zapojením do výzkumu. Účastníci byli také obeznámeni s možností kdykoliv rozhovor přerušit. Téma mého výzkumu bylo na základě mé žádosti posouzeno a schváleno Etickou komisí FZV UP v Olomouci (viz Příloha 4).

2.4 Charakteristika výzkumného souboru a realizace sběru dat

Výzkumný soubor tvoří matky a otcové předčasně narozených dětí hospitalizovaných v Perinatologickém centru Fakultní nemocnice Brno, pracoviště Porodnice, oddělení 12. Příslušné oddělení FN Brno jsem oslovila s žádostí o sběr dat, která byla schválena (viz Příloha 3).

Vzhledem k tomu, že s matkami a otci jsem rozhovory realizovala zvlášť, obsahuje výzkum dvě cílové skupiny. Data získaná od obou skupin byla zpracována zvlášť a poté byly odhaleny odlišnosti v prožívání dané problematiky mezi oběma skupinami.

Výběr konkrétních respondentů pro výzkum byl usnadněn komunikací s poradenskou pracovnící Centra provázení, paní Bc. Romanou Vyskočilovou, s jejíž pomocí byli vytipováni rodiče vhodní pro zařazení do výzkumu. Paní Vyskočilová je s rodiči předčasně narozených dětí v podstatě v každodenním kontaktu, proto mohla být nápomocna při výběru.

Pro výzkum bylo, ve spolupráci s paní Vyskočilovou, vybráno 7 párů biologických rodičů a jeden pár adoptivních rodičů předčasně narozených dětí, dohromady tedy 8 párů. S jednou dvojicí nebylo možné rozhovor uskutečnit z důvodu propuštění dítěte z nemocnice. Následně jsem konkrétní matky osobně oslovila s žádostí o zapojení do výzkumu. Objasnila jsem jim téma práce a průběh sběru dat. Dále jsem zdůraznila, že je nutné, aby s účastí na výzkumu souhlasil také partner dané ženy, přičemž s každým z páru bude rozhovor realizován zvlášť. Všechny ženy předběžně souhlasily a poskytly telefonický kontakt pro možnost domluvení se na konkrétním datu uskutečnění rozhovoru. Výzkumu se tedy zúčastnilo 6 párů biologických rodičů a jeden pár adoptivních rodičů předčasně narozených dětí, dohromady 7 párů. V práci nejsou uvedena žádná jména, respondenti jsou rozděleni dle pohlaví a dále označeni pořadovými čísly, např. „Otec 1“ či „Matka 1“, přičemž respondenti se stejným pořadovým číslem tvoří pár. Pořadová čísla 1–7 byla respondentům přiřazena dle délky pobytu v nemocnici od nejkratší (číslo 1 = 3 týdny) po nejdelší (číslo 7 = 28 týdnů).

I přesto, že adoptivní rodiče předčasně narozeného novorozence (pár č. 6) na první dojem nezapadají do tematického okruhu této práce, rozhodla jsem se jejich pohled na danou problematiku využít. Dle hodnocení obou totiž fakt, že nejsou biologickými rodiči novorozence, nijak neovlivnil hloubku navázání jejich vztahu k dítěti. Matka č. 6 hodnotila navázání vztahu k osvojenému synovi následovně: *„Je to hrozně zajímavý, ale já si myslím, že tak dva dny trvalo to navázání. Fakt třeba dva dny a byli jsme úplně zamilovaní oba dva s manželem. Je to neskutečný, jak to funguje, jak je to hrozně rychlý. A teďka prostě máme pocit, že ho milujem každý den víc...“*. Otec č. 6 uvedl: *„...nám vyprávěli lidi, co už tím prošli, a říkali, to nebudete vůbec ani vědět, že není váš, protože prostě váš bude. Tak to musím fakt potvrdit, protože je to úplně neuvěřitelný, ale nemám absolutně ani trošku pocit, že není můj.“* Tento pár sice nemohl přispět svými prožitky z období těhotenství, porodu a bezprostředního poporodního období, ale jejich poznámky k průběhu pobytu v nemocnici byly pro výzkum stejně přínosné jako postřehy biologických rodičů.

Rozhovory jsem realizovala v prostředí FN Brno (na chodbě) v pozdějších odpoledních časech či o víkendech, kdy byla zaručena minimální aktivita v nemocnici, a tím bylo dosaženo

takřka nikým nerušeného prostoru pro rozhovor. Datum a čas rozhovorů byly smluveny tak, aby bylo možné rozhovory realizovat jednotlivě s ženou a mužem těsně po sobě, čímž se předešlo možnosti vzájemné diskuze o náplni otázek a byla tak zajištěna autenticita odpovědí.

Všechny rozhovory byly, po předchozím souhlasu respondentů, nahrány na diktafon a poté přepsány do textové podoby. Po přepisu byly nahrávky ze zařízení vymazány. Podrobná charakteristika výzkumného vzorku je popsána v následující tabulce (Tab. 1).

Tab. 1 Charakteristika respondentů

	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Jste s partnerem/kou sezdáni?	Počet těhotenství/počet porodů	Způsob otěhotnění	Bylo těhotenství plánované a chtěné?	Týden porodu a způsob porodu	Porodní hmotnost dítěte/děti	Délka pobytu v nemocnici v době rozhovoru
Matka 1	31	Vysokoškolské	Ano	1 těhotenství/1 porod	Spontánně	Ano	31. týden	1600 g	3 týdny
Otec 1	41	Vysokoškolské					Spontánní porod		
Matka 2	28	Středoškolské s maturitou	Ano	1 těhotenství/1 porod	Spontánně	Ano	32. týden Akutní SC	Dvojčata – 950 a 1660 g	3 týdny
Otec 2	29	Vysokoškolské							
Matka 3	36	Vysokoškolské	Ano	2 těhotenství/2 porody (První dcera má 9 let, narozená také předčasně ve 28. týdnu s váhou 760 g.)	Spontánně	Chtěné ano, plánované ne	32. týden Plánovaný SC	1200 g	4 týdny
Otec 3	31	Středoškolské s maturitou							
Matka 4	33	Středoškolské s maturitou	Ne	3 těhotenství/3 porody (První dítě má žena s předchozím partnerem, je mu 13 let, narozeno v termínu. Druhé dítě je s nynějším partnerem, má 4 roky, narozeno předčasně ve 32. týdnu a vážilo 1840 g.)	Spontánně	Ano	29. týden Vývolávaný spontánní porod	1300 g	6 týdnů
Otec 4	35	Středoškolské s maturitou							
Matka 5	22	Vysokoškolské	Ne	1 těhotenství/1 porod	Spontánně	Chtěné ano, plánované ne	29+3 týden	1450 g	7 týdnů
Otec 5	22	Středoškolské s maturitou					Spontánní porod		
Matka 6	40	Vyšší odborné	Ano	1 těhotenství/0 porodů	Adopce	–	26. týden	950 g	12 týdnů
Otec 6	29	Středoškolské s maturitou							
Matka 7	21	Středoškolské s maturitou	Ne	1 těhotenství/1 porod	Spontánně	Ano	23+3 týden Akutní SC	Dvojčata – 400 g a 550 g (menší 3 týdny po porodu zemřelo)	28 týdnů
Otec 7	30	Středoškolské s maturitou							

2.5 Vyhodnocení získaných dat

Pro vyhodnocení získaných dat byla zvolena metoda zakotvené teorie (grounded theory), která je definována dvěma sociology, Glaserem a Straussem, v jejich práci z roku 1967 „*The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*“. Metoda zakotvené teorie představuje kvalitativní výzkumný přístup, který umožňuje postupně vyvozovat teoretické koncepty a vztahy mezi nimi na základě empirických dat, aniž by byla předem stanovena teorie či hypotéza (Hendl, 2023; Švaříček a Šedřová, 2014).

Principy této metody zahrnují induktivní přístup, kdy výzkumník nezačíná s předem danou teorií, ale spoléhá na data a postupně vyvozuje teoretické koncepty. Důležitou součástí je systematická analýza dat, která obsahuje kódování, kde jsou identifikovány klíčové myšlenky a koncepty v datech, a následnou kategorizaci, kdy jsou kódy seskupeny do širších kategorií na základě podobných témat (Hendl, 2023; Miovský, 2006).

Dalším důležitým prvkem je teoretická citlivost, která vyžaduje, aby byl výzkumník citlivý k teoretickým konceptům a jejich významu v rámci zkoumaného jevu. Zároveň je však otevřený novým interpretacím a perspektivám. Průběžný iterativní proces analýzy dat umožňuje postupné vyvíjení teorie a identifikaci nových konceptů a vztahů mezi nimi (Hendl, 2023).

Klíčovými technikami pro analýzu dat a vytváření teoretických konceptů jsou otevřené, axiální a selektivní kódování. Otevřené kódování je prvním krokem v procesu analýzy dat. Data jsou systematicky prozkoumávána a rozdělována do jednotlivých kategorií nebo kódů na základě významu a opakujících se vzorů. Tato fáze umožňuje identifikovat základní prvky a koncepty obsažené v datech a budovat teoretické rámce. Druhým krokem je axiální kódování. Během tohoto procesu se zkoumá, jak jednotlivé kódy, identifikované v otevřeném kódování, souvisí mezi sebou a jak mohou být seskupeny do širších kategorií. Cílem je vytvořit konceptuální model, který lépe vystihuje složitost zkoumaného fenoménu. Selektivní kódování je poslední fází v procesu analýzy dat. Zde jsou detekovány klíčové koncepty a hlavní propozice, které vycházejí z axiálního kódování. Výzkumník se zaměřuje na zkoumání a zdokonalování vybraných témat a konceptů, které jsou považovány za nejdůležitější pro vytvoření teoretického rámce. Selektivní kódování tak umožňuje vyvinout komplexní teorii, která vysvětluje a interpretuje zkoumaný fenomén z různých perspektiv (Hendl, 2023).

2.5.1 Kategorie a podkategorie

Pomocí otevřeného a axiálního kódování byly stanoveny jednotlivé kategorie a podkategorie, které jsou popsány v následující tabulce.

Tab. 2 Kategorie a podkategorie

Kategorie	Podkategorie
Pocity po předčasném porodu	Mateřské
	Otcovské
	Společné
Faktory působící na psychiku: uklidňující faktory	Kontakt s dítětem a zapojení do péče
	Možnost pobytu na oddělení 12
	Podpora od okolí
	Organizace podporující rodiny s předčasně narozenými dětmi
	Centrum provázení při FN Brno
	FN Brno = specializované zařízení
	Předchozí zkušenost s předčasným porodem
Faktory působící na psychiku: stresující faktory	První návštěva dítěte na JIRPN
	Nesjednocená péče
	Nedostatek informací
	Nedostatečný kontakt mezi partnery a dítětem
	Dlouhý pobyt v nemocnici
	Inkubátor = překážka
	Máme doma další děti
Dopady předčasného porodu na psychiku	Předčasný porod = zátěž na psychiku
	Nechci další děti

Kategorie 1: Pocity po předčasném porodu

Tato kategorie byla dále rozčleněna do tří podkategorií: mateřské, otcovské a společné pocity po předčasném porodu. Toto rozdělení umožňuje oddělit a identifikovat specifické pocity, které po předčasném porodu prožívají pouze matky, pouze otcové a ty, které jsou společné oběma.

Podkategorie 1: Mateřské pocity po předčasném porodu

Mezi pocity po předčasném porodu, které vyjadřovaly pouze matky, patří pocit viny, pocit ztráty a neschopnost vcítit se do role matky.

Pocit viny

Respondenti nebyli na pocit viny cíleně tázáni z důvodu citlivé povahy této otázky. Některé ženy však o sebeobviňování začaly hovořit samy.

Matka č. 3 nejdříve vzpomíná na první předčasný porod dcery (před 9 lety): „*Obviňovala jsem se, že jsem porodila takovýhle dítě. A vlastně pokaždý, když jí dělali nějaký vyšetření nebo napichovali infuzi a já jsem to viděla, tak jsem se vždycky obviňovala.*“ Dále předchozí pocity porovnává s těmi současnými: „*Možná předtím to bylo jako víc, ale teďka taky. Když mu něco dělají, tak si říkám, tohle sis nemusel zažít, kdyby ses narodil normálně. Takže to se asi nezměnilo, to je asi stejný...*“

Matka č. 4 má také předchozí zkušenost s předčasným porodem (před 4 lety): „*Vyčítala jsem si to. ...U obou dvou jsem měla pocit, že jsem to nezvládla, že jsem je nezvládla donosit. Říkala jsem si, kde jsem udělala chybu.*“

Matka č. 5 nejprve zmiňuje výčitky z nedostatku času na prožití těhotenství: „*... teď si trochu zpětně vyčítám, že jsem neměla tolik času na to prožít to hezký období, protože zpětně na to vzpomínám moc hezky. Nedala jsem tomu ten čas, co bych teď zpětně chtěla.*“ Dále se obviňuje z předčasného porodu a stavu dítěte: „*...a jemu hlavně dopřát to, že mohl dozrát. To jsem si strašně vyčítala, že prostě co jsem udělala špatně, to jsem si dávala za vinu. A mám to doteď teda tady ten pocit. A myslím, že ve mně bude přetrvávat úplně navěky. Že se s tím nikdy nedokážu úplně stoprocentně popasovat.*“

Pocit ztráty

Matka č. 1 pociťuje smutek a zklamání ze ztráty času na prožití těhotenství: „*Já jsem si všechno to hezký, to, co si na tom budoucím mateřství v tom těhotenství člověk užívá,*

naplánovala na dobu, která nenastala. ...pro mě ten čas, o který jsem byla okradená, byl moc důležitý. A teď se člověk musí jenom nějak srovnat s tím, že není.“

Matka č. 5 také hovoří o lítosti ze ztráty těhotenství: *„...já jsem třeba měla strašný problém vidět těhotnou ženu nebo těhotné kamarádky, protože mi bylo strašně líto, že já už to břicho nemám. ...že jsem já nemohla doprožít to hezký období...“* Následně popisuje pocit ztráty dítěte: *„...strašně jsem tím z počátku trpěla, protože mi bylo strašně líto, že jsem ho ztratila. Vůbec jsem to nedokázala psychicky požvejknout, protože si myslím, že ta hlava to spíš pojala jako potrat, než jako že on přežil..., ...ta hlava je prostě nastavená na to, že těhotenství má trvat čtyřicet týdnů...“*

Neschopnost vcítit se do role matky

Matka č. 2 se nemůže vcítit do mateřské role z důvodu separace od dětí (dvojčata) a neočekávanosti předčasného porodu: *„Upřímně jsem si to furt jako neuvědomovala. Jako tím, že jsem je neměla u sebe, že mně je nedali na ty prsa a já jsem je viděla v tom inkubátoru, tak nevím, jestli jsem byla jako furt zblblá, tak jsem si říkala, jako jo, to jsou moje děti, ale furt na mě nedošel takovej ten pocit, že jsem maminka, že už to těhotenství skončilo z ničeho nic, protože jsem najednou neměla břicho, prostě nic.“*

Matka č. 4 také uvádí separaci od dítěte jako překážku v pocítění mateřství: *„Já si furt nepřipadám jako matka dalšího dítěte, jak ho nemám u sebe.“*

Matka č. 5 spojuje šok z nečekaného porodu s nejistotou ohledně mateřství: *„...vůbec mi prostě nedocházelo, co se tím jako stalo, že už je venku. ...furt mi to plnohodnotně nedochází. ...tím, jak to nebylo plánovaný, tak to, že budu matka, bylo hodně abstraktní.“* Oddělení od dítěte má na ni výrazný dopad: *„...myslím si, že jsem měla a mám doted' takovou prostě separační úzkost, že, i když mu třeba tady dělají nějaké odběry a chtějí mi ho vzít, třeba na tu sesternu, tak já mám strašný problém u toho nebyt. Prostě musím vědět, co se s ním děje, musím prostě být s ním.“*

Matka č. 7 popisuje přechod do mateřské role: *„...bylo to takový zvláštní, asi jsem se cítila jako bych vůbec neporodila. Tím, jak jsem ani neslyšela, jestli pláčou po porodu, ani jsem je neviděla...“*

Podkategorie 2: Otcovské pocity po předčasném porodu

Pocit vyčerpání a nutnost potlačit obavy a být oporou byl ve spojení s předčasným porodem zmiňován pouze otci.

Vyčerpání

Muži často hovoří o náročnosti skloubení běžného života (chod domácnosti, práce, popř. péče o další děti) a návštěv partnerky a dítěte v nemocnici, z čehož může plynout únava a vyčerpání.

Otec č. 2: *„...je to časově náročný, protože člověk je osm a půl hodiny v práci a potom tím, jak jsme se přestěhovali, tak tam je ještě fůra práce, a ještě se snažím jezdit sem.“*

Otec č. 3: *„Je náročný, že nemůžeme být spolu... Protože máme doma ještě dceru, takže musím zastat tady tuhle roli, do toho ještě práce nebo škola... Že sem musím dojíždět, no... Je to takový nestandardní.“*

Otec č. 4 se také v době pobytu partnerky v nemocnici stará o dvě starší děti: *„Zadarmo to není. Je to náročný, o všechno se postarat, i těm děckám třeba nějak uvařit a tak, tak určitě je to nápor. Já de facto nemám během toho dne žádné čas pro sebe... Někdy toho mám taky plný zuby. V tom dlouhodobém hledisku jsou určitě dny, kdy to i na sobě vnímám, že jsem třeba víc podrážděnej nebo tak, ale to je z celkové nějaké té únavy, už i to nějaký fyzický vyčerpání se na tom pak podepisuje.“*

Otec č. 6: *„po třech měsících nějakýho neustálého lítání, práce, porodnice, práce, porodnice, žena..., ...byly určitě dny, kdy to bylo fakt náročný, já jsem třeba taky byl unavenej.“*

Spojení práce a návštěv nemocnice je o to náročnější, pokud rodina nebydlí v blízkosti daného perinatologického centra, jako je tomu u otce č. 7: *„Bylo to takový složitý. Ještě ze Znojma dojíždět, je to 70 km a práce do toho..., ...já už třetí rok dělám na živnost, takže si to člověk může zařídit líp, než kdybych byl zaměstnanec. Ale prostě naháněl jsem to víkendama. Ještě to bylo v tu nejhorší chvíli úplně, protože v zaměstnání je nejhorší roční období před Dušičkami a to bylo zrovna od října do listopadu, celá tady ta akce, takže... 11 víkendů v kuse, no, bez dnů volna.“*

Nutnost potlačit obavy a být oporou

Z následujících citací vyplývá, že se otcové i přes vlastní obavy snaží svůj strach potlačit, aby mohli poskytnout partnerkám dostatečnou oporu. V některých případech náročnost situace dokonce zlehčují.

Otec č. 2: *„...chlap si myslím, že v téhle pozici musí být právě ten, kterej uklidňuje tu maminku, takže já jsem ji uklidňoval a sám sobě jsem si musel nějakým způsobem tu psychiku*

narovnat tak, že to všechno dopadne dobře. A přes to nejel vlak. Takže ačkoliv jsem měl obavy, tak jsem se snažil být manželce oporou a hledat na tom spíš pozitiva než se strachovat.“

Otec č. 3: *„...samozřejmě se to na člověka promítne, no... Nesměl jsem to na sobě dát znát před manželkou nebo jsem se aspoň snažil, ale když jsem byl chvíli sám, tak to víte, že jsem si pobřečel nebo něco takovýho.“*

Otec č. 4: *„Tohle jsem samozřejmě před ženou neřikal, protože už tak z toho byla dost ve stresu, tak jsem se to snažil odbourat... Bylo to v takovejch návalech... Prostě chvílkama to na mě taky dopadlo, že jsem z toho byl takovej zdrchanej, ale vždycky jsem se z toho musel nějak oklepat a fungovat... Když bylo takový to nejtěžší období, kdy tam byly problémy s těma saturacema, tak byt' sám jsem si o tom myslel svoje, tak jsem se snažil pořád tlačit na to, že je všechno v pohodě a že se absolutně nic neděje. Takže sám jsem si myslel, že to není úplně v pohodě, ale snažil jsem se partnerce být oporou.“*

Otec č. 7: *„Snažil jsem se svým způsobem si z většiny věcí dělat i srandu nebo nějak to odlehčit. Kolikrát mi bylo hodně špatně a nemohl jsem to tady přenášet ještě na partnerku... Člověk se snaží kousnout a nadlehčit to všechno.“*

Podkategorie 3: Společné pocity po předčasném porodu

Šok, nejistota, obavy, strach a stres a neschopnost navázat vztah s dítětem jsou pocity, které byly v průběhu rozhovorů zmiňovány jak matkami, tak otci předčasně narozených dětí.

Šok

Matka č. 1 popisuje chvíli, kdy se na pohotovosti v Novém Městě na Moravě dozvěděla, že porodí předčasně: *„...primárně to byl šok už teda v tom Novém Městě, když mi řekli tady tohleto.“*

Otec č. 1 o šoku přímo nehovoří, ale na předčasný porod připravený nebyl: *„...si člověk furt říká, že má ještě dva měsíce na tu přípravu a v klidu všechno ještě promyslet a teď musím pracovat tak nějak za pochodu.“*

Matka č. 2: *„...byl to šok, nečekala jsem, že to najednou bude na ten porod..., ...jak jsem neměla najednou to břicho, tak jsem si říkala, jako už nejsou ve mně, už jsou prostě venku, tak to byl takový šok pro mě...“*

Otec č. 3 vzpomíná na prožívání prvního předčasného porodu: „*Samozřejmě je to šok. Já nevím, jestli ty pocity dokážu popsat správně.*“ U nynějšího, druhého, předčasného porodu šok nezmínil.

Matka č. 5: „*Byl to strašnej šok. Byl to šok, pro mysl i pro tělo... a ten šok je vlastně doted'. ...Fakt to byl strašný šok a ten den jsem ani nepobrala, co se stalo.*“ Otec č. 5, její partner, šok nezmínil a k předčasnému porodu se vyjadřoval převážně pozitivně. Jeho partnerka řekla toto: „*Já si myslím, že on byl taky hodně v šoku. ...myslím si, že ten šok, který jsem měla já, on měl taky a doted' ho máme vlastně oba a postupně nám, hodně pomaloučku, začíná docházet, co se stalo, co je teď a co bude. ...Takže si myslím, že byl stejně v šoku jako já.*“ Partnerovo pozitivní hodnocení předčasného porodu dále zdůvodňuje: „*...on má tu skvělou schopnost, že prostě dokáže vytáhnout z toho to pozitivní.*“

Otec č. 7 šok nezmiňuje, ale z jeho popisu chvíle, kdy před akutním předčasným porodem dorazil za partnerkou do nemocnice, se dá detekovat: „*Já, jak jsem dojel, tak jsem nevěděl vůbec, co se děje... Bylo to takový narychlo...*“

Nejistota

Nejistota nejčastěji pramení z proměnlivého zdravotního stavu předčasně narozených dětí, který se může kdykoliv zhoršit a pomalu se stabilizuje, jak potvrzují citace.

U menšího z dvojčat matky č. 2 byl zjištěn nález na mozku: „*...celou dobu jako dobrý, já jsem si říkala, jak všechno hezky zvládají prostě, a najednou toto.*“

Matka č. 5: „*...je to takový paradox, že vždycky, když si člověk myslí, že už to je za náma, že už může být jen líp, tak přijde nějaká velká palba...*“

Otec č. 5: „*...je to tady prostě pořád nahoru a dolů.*“

Matka č. 6: „*...vždycky se všechno může kdykoliv pokazit. Tady u těchto miminek člověk neví hodiny. ...na té JIPce je to jako dva kroky dopředu, tři dozadu, že prostě dva dny jsou dobrý, třetí den je hodně špatnej a vrací se zpátky.*“

Páru č. 7 zemřelo jednoho z dvojčat na plicní infekci. Matka č. 7: „*...cokoliv jim mohlo ublížit. Takže pak to bylo chvílku dobrý, chvílku špatný. Vyvedla mě z míry kdejaká maličkost.*“ Otec č. 7: „*...když je to skoro tři týdny super a člověk si říká, jak jsou šikovní, a po třech týdnech nám ten jeden chlapeček umřel, tak to bylo strašný.*“ S partnerkou byli dopředu připravováni

na možné zhoršení stavu extrémně nedonošených novorozenců (23+3 týden porodu): „...*nám furt doktorky říkaly, že pořád je to jako extrém a pořád se může stát cokoliv...*“

Obavy, strach a stres

Matka č. 1 nejdříve zmínila strach z nepřežití dítěte po předčasném porodu: „...*tam byl ten prvotní strach toho, že tak já tady prostě sedm měsíců pro něco existuju a ono by to ani nepřežilo... To bylo jako dost nepředstavitelný.*“ Dále se obává propuštění z nemocnice: „*Mám z toho obavy, protože samozřejmě bude to přechod do jinýho prostředí, takže zase se můžou i jí změnit návyky nebo to může být těžší nebo můžou přijít nějaký komplikace zdravotní.*“

Otec č. 1 má nejdříve obavy o partnerku: „...*jsem se hlavně obával o její psychiku, protože ona má strach z doktorů, z nemocnic...*“ Dále má strach z manipulace s dítětem: „*Já jsem vnímal, že je hrozně maličká a bál jsem se na ni sáhnout, abych jí něco neudělal.*“ A také vyjadřuje obavy z propuštění z nemocnice: „...*obavy jsou taky samozřejmě, protože to bude nový prostředí.*“

Matka č. 2 má strach o zdravotní stav dětí: „...*měl ultrazvuk té hlavičky, toho mozku, a tam mi řekli, že má ten nález, takže to bylo hodně na tu psychiku... Hodně. ...už tam byl ten neskutečnej strach o ně...*“

Otec č. 2 měl strach z poporodní adaptace dvojčat: „...*oni, jak šli předčasně, tak jsem se bál, aby se rozdýchali...*“ K manipulaci s dětmi podotýká: „...*obavy jako samozřejmě. Byly malincí...*“

Matka č. 3 zmiňuje přetrvávající strach z manipulace i u druhého předčasně narozeného dítěte: „...*jsem se zase bála na něj sáhnout ...a taky jsem se ze začátku bála s ním manipulovat a tak. Protože sestřičky mi říkaly, vy už to znáte, vy už jste si to zažila, ale člověk už si to fakt nepamatuje..., a jak jsou křehcí...*“ Také má obavy, že synovi může ublížit: „...*člověk má strach, aby mu něco neudělal...*“

Otec č. 3 se obává o zdraví dítěte i partnerky: „*Jsou to obavy no. Jednak o život dítěte, jednak o život manželky.*“ Zmiňuje také strach ze zapojení do péče: „...*až tady na tom oddělení 12 jsem začal přebalovat a takový věci. Na té JIPce bych si to asi ještě sám netroufl.*“

Matka č. 4 také udává strach ze zdravotního stavu dítěte: „*Samozřejmě člověk se bojí, aby to nebylo ochrnutý, aby to nebylo postižený, že jo.*“ Ze zapojení do péče u druhého předčasně narozeného dítěte pociťuje větší obavu: „...*to bylo prťavý a člověk se bojí a u kluka jsem se pak bála dvakrát tolik, protože byl ještě menší než ona...*“ Popisuje stresující chvíle způsobené

alarmováním monitorů: „...*jak měl ten CPAP anebo jak měl to měření tý saturace a teď, jak to začne pípát, tak je to stresující, člověk se bojí, že jo...*“ Přiznává, že tyto chvíle špatně snášela a odcházela pryč z oddělení: „...*kolikrát já jsem odsad' odcházela jenom, co se to rozpípalo, protože já jsem to nedávala, protože jsem nevěděla, co se děje, takže jsem radši vzala nohy na ramena.*“

Otec č. 4 vzpomíná na obavy v době zhoršení zdravotního stavu dítěte: „*Takový to nejhorší období bylo v době, kdy byly nějaký potíže s těma saturacema a takový věci... Navíc tím, že spoustu těch věcí vím ze školy, tak první, co mně vyvstane na mysli, když vidím, že mu to padá dolů, tak vím, co v tom těle probíhá a jaký potenciální poškození tam můžou vznikat...*“ Také se bál manipulovat s dítětem: „*A jsou malý, tak člověk se bojí třeba při nějaké manipulaci s nima nebo tak...*“

Matka č. 5 se ke strachu z manipulace a ublížení dítěti vyjadřuje: „...*ze začátku, že byl takovýhle tintítko, tak jsem se strašně bála s ním cokoliv dělat, on byl strašně malej... Ještě vlastně jak zhubl po tom porodu, tak jsem se bála, abych mu nějak neublížila...*“ Dále popisuje přicházející obavy z propuštění z nemocnice: „*Teď ty obavy přichází, protože mi dochází, co všechno budu muset hlídat a kolik odborníků budeme muset navštěvovat a taky si plně uvědomuju, že vím, že o něj budu mít strašný strach tím, že je prostě předčasně narozenej.*“

Otec č. 5 se stejně jako otec č. 2 obával poporodní adaptace: „...*čeho jsem se nejvíc bál, ještě kór u těch třeba předčasně narozených dětí, že když se narodí a nedýchají, tak z toho jsem měl jako velkej strach...*“ Strachuje se o vývoj zdravotního stavu dítěte: „...*dneska byl malý na jednom vyšetření pro podezření na epilepsii. Když jsou takovýhle nějaký fakt důležitý vyšetření, tak to strach mám nebo mám nějaký obavy...*“ A zmiňuje obavy z manipulace a možného ublížení dítěti: „...*až třeba dva dny potom jsem zkoušel přebalovat já, a že jsem měl strach, abych něco neudělal, tak jsem to radši nechal na někom jiném.*“

Matka č. 6 má stejný strach z manipulace s dítětem jako další rodiče: „...*člověk v první fázi má trošku obavu vůbec sáhnout a jestli může nebo nemůže. ... já jsem se teda trošku bála nejdřív...*“ Dále uvádí obavy o vývoj zdravotního stavu dítěte: „*A ještě strachy prostě, jak to bude ráno, jestli zvládne noc a tak.*“

Otec č. 6 měl také obavy z manipulace s dítětem: „...*samozřejmě ten moment byl takovej, že fakt jsem se bál takhle malý dítě vzít do ruky, extrémně psychicky náročný a opravdu obava o to...*“ Bál se, že mu ublíží: „...*první týden jsem ten strach měl a byl jsem nervózní,*

protože byl opravdu extrémně jemnej, že jsem se bál, že se mu něco zlomí nebo hlavička, že spadne.“

Matka č. 7 připouští větší strach o nedonošené dítě: *„...určitě mám větší strach, než kdybych měla miminko zdravý, narozený v termínu. Snažím se mu vytvořit i doma, než tam přijde, lepší prostředí, sterilnější.“*

Obavy o život dvojčat a partnerky ovlivnily také otce č. 7: *„...partnerka po porodu byla taky hospitalizovaná se zánětem a měla horečky, takže kromě malých jsme ještě řešili, jestli vůbec bude v pořádku partnerka. Tak to jsem fakt nemohl spát, takže měsíc prášky na spaní.“* Vzpomíná na zhoršení zdravotního stavu druhého syna po úmrtí prvního z dvojčat na plicní infekci: *„Druhý syn pak dostal taky zápal plic měsíc potom, ale tím, že už byl dozrálejší, tak to nějakým způsobem zvládl. Ale tolik strachu, co zase bylo, když chytl ještě ten druhý zápal plic.“*

Neschopnost navázat vztah s dítětem

Matka č. 1 komentuje nedostatek času na navázání vztahu s dítětem v průběhu těhotenství: *„...mám u sebe človíčka, co jsem se s ním nestihla ani seznámit, když byl mně nejbliž a teď už je venku a vlastně hrozně vzdálený...“* Také popisuje vliv předčasného porodu na vztah s jejím dítětem: *„...ten vztah to ovlivnilo tak, že já furt nevím, jestli nějaké máme.“*

Matka č. 3 vzpomíná na navazování vztahu s první předčasně narozenou dcerou: *„...určitě si myslím, že u dcery to trvalo delší dobu... Že jsem se furt bála toho, že umře nebo že bude nějaká postižená, a vlastně jsem se bála k ní úplně citově připoutat, protože jsem měla strach, že o ni přijdu. A vlastně mi delší dobu trvalo, než jsem si k ní našla takovej ten vztah... Nebylo to takový, jak někdo říká, že úplně hnedka mateřská láska a tak. A teď u syna to bylo takový asi rychlejší, bych řekla.“*

Otec č. 7: *„...člověk k tomu (k synovi) asi neměl úplně takový vztah, jako kdyby měl zdravý miminko...“*

Kategorie 2: Faktory působící na psychiku rodičů – uklidňující faktory

Uklidňující faktory působící na psychiku rodičů jsou ty, které jim pomáhají zvládnout období po předčasném porodu a vyrovnat se s ním. Tato kategorie byla rozdělena na následujících 7 podkategorií:

- Podkategorie 1: Kontakt s dítětem a zapojení do péče
- Podkategorie 2: Možnost pobytu na oddělení 12
- Podkategorie 3: Podpora od okolí
- Podkategorie 4: Organizace podporující rodiny s předčasně narozenými dětmi
- Podkategorie 5: Centrum provázení při FN Brno
- Podkategorie 6: FN Brno = specializované zařízení
- Podkategorie 7: Předchozí zkušenost s předčasným porodem

Podkategorie 1 – uklidňující faktory: Kontakt s dítětem a zapojení do péče

Matka č. 2 popisuje pozitivní vliv zapojení do péče na uvědomění si mateřské role: „...furt na mě nedošel takovej ten pocit, že jsem maminka..., ...mně to začalo docházet až třeba druhý, třetí den, když už jsem na tu JIPku chodila sama a začala jsem se o ně starat, takže už to bylo víc takový intenzivní.“

Otec č. 2 vzpomíná na první kontakt s jedním ze synů: „...pak bylo krásný, že jsem dostal toho většího z kluků na sebe... Takže oni mně ho dali na hrud' a mohl být jako na mně.“ Možnost zapojení do péče bere jako podporu ze strany personálu: „...vnímám tu podporu právě tím zapojením do té péče.“

Matka č. 3 porovnává poporodní kontakt s dítětem u prvního a druhého předčasného porodu: „...první dceru jsem vůbec neviděla a jeho mně teď i ukázali, takže to bylo pro mě strašně psychicky povzbuzující, že to nebylo tak rychlý, že by mně ho jako odnesli.“ Zapojení do péče mělo pozitivní vliv na uvědomění si mateřské role a navázání vztahu s první předčasně narozenou dcerou: „Myslím, že hrozně mi pomohlo, když jsem se na té JIPce o ni už starala a tak, že vlastně hnedka ze začátku mně už ukazovali, jak ji přebalovat a tak, ...tak mně to pomohlo, to zapojení do péče o ni.“

Otce č. 3 kontakt s dítětem při návštěvě JIRPN uklidnil: „...hned mi ho dali na klokánkování. Z toho jsem byl překvapenej, protože s dcerou jsme mohli klokánkovat třeba po deseti dnech... Tady mi ho dali rovnou, tak to mě taky hodně uklidnilo, to jsem si říkal, že to asi bude podstatně lepší, když mi ho hnedka takhle můžou dát.“

Matka č. 4 komentuje umožnění kontaktu u prvního i druhého předčasného porodu: „*Jak u dcery, tak i u syna jsem nepočítala s tím, že bude ihned přiložen... Tím, že to je nízký gestační týden, tak jsem si myslela, jo, vezmou ho, hodí ho rovnou do inkubátoru... A musím říct, že u obou lékař vyhodnotil, že jsou na tom tak dobře, že na tu chvíli byli přiložení oba. To bylo úplně super... Že jako vlastně člověk dostane to malý úplně miminko, ale říká si, hele, on dýchá, on nemusí hnedka do inkubátoru, takže to třeba tak zlý nebude.*“ Zapojení do péče hodnotí pozitivně: „*Je to super. Já jsem se jak u dcery, tak teď snažila to co nejrychleji dostat nějak do rukou.*“

Otce č. 4 potěšilo, že byl umožněn bonding: „*...a co bylo fajn, tak že když se narodil, tak ho paní doktorka ženě položila na břicho, takže to bylo taky takový fajn, navíc malej se nám docela rozkřičel, takže to zas pro nás byl takovej pozitivní impuls.*“

Matka č. 5 nejdříve vzpomíná na kontakt s dítětem bezprostředně po porodu: „*...těsně po porodu byl bonding. Já jsem ho měla na sobě, řekla bych půl minuty, protože byl fakt ještě hodně nezralý a musel hned do inkubátoru... A bylo to strašně hezký...*“ Zapojení do péče hodnotí: „*Já jsem to vnímala strašně pozitivně, protože si ty věci ráda dělám sama a já jsem se strašně chtěla naučit o něj dobře starat, abych mu nějak neublížila. ...jsem za to zpětně strašně ráda, protože si myslím, že mě dobře naučili, co se tady s těma malinkejma dětma má a nemá dělat.*“

Matka č. 6: „*Člověk přebalí plínku a změří teplotu, to je celé. Ale i to byla pro nás vždycky obrovská událost..., ...pak samozřejmě to klokánkování, to bylo asi nejvíc. Prostě ten kontakt, to bylo asi vždycky nejvíc takový emotivní, a to seznamování, navazování té vazby a prostě vůbec vidět tak strašně malý miminko a mít ho v té náruči, tak to je mazec.*“

Otci č. 6 pomohlo zapojení do péče: „*...jsem se snažil do toho dostat, protože to byla velká šance, než přijdeme domů se to naučit vlastně i za pomoci sester, tak to bylo skvělý, takže jsem se plno věcí naučil...*“

Matka č. 7 získala v péči více sebejistoty: „*Mně se to líbilo. ...byla jsem ráda, že jsem si to všechno od začátku zkoušela. Teďka mi přijde, že s ním umím manipulovat líp.*“

Podkategorie 2 – uklidňující faktory: Možnost pobytu na oddělení 12

Matka č. 1 oceňuje pobyt na oddělení 12 ve chvíli, kdy její dítě již mohlo být mimo inkubátor: „*...bych řekla, že až už je to dítě tak stabilizovaný, že třeba může i na tu postel, pak je ten rooming velká výhoda.*“ Pozitivně hodnotí také možnost kontaktu s ostatními matkami:

„...ty ostatní maminky jsou lepší, než kdyby tam na to člověk byl sám. Nejenom, že si člověk má s kým povídat, ale jsou to lidi, který chápou tu situaci tak, jako nikdo jinej...“

Matka č. 2: *„Je to pro mě lepší, mám je (dvojčata) furt u sebe, takže za mě je to super. Můžu se o ně starat sama...“*

Matka č. 3 považuje přechod na toto oddělení za pozitivní posun: *„Pro mě to je strašně důležitý, že tady můžu být, a myslím si, že to je fakt hrozná výhoda, že můžu. A vlastně je to takový hezký posun, když člověk jde z té JIPky.“* Zdůrazňuje výhodu pobytu na pokoji s dalšími matkami: *„...vlastně mně potom nejvíc tady pomáhalo to, že nás bylo víc na tom pokoji, já bych se asi zbláznila, kdybych byla sama na pokoji s tím dítětem, a že jsme řešily ty stejné problémy.“*

Matka č. 4: *„...pak pomůže být tady zavřená s těma ženskýma a poslouchat jejich příběhy.“*

Matka č. 5: *„Myslím si, že to (oddělení 12) je největší výhoda téhle nemocnice a tohoto oddělení. Vypíchla bych to jako nejvíc pozitivní vlastnost, co tady je...“* Propuštění dítěte z JIRPN pro ni mělo velký pozitivní význam: *„...to byl velký schod ten přechod z té JIPky na ten rooming a je to super, že tady s ním můžu být.“* Sdílení pokoje s dalšími maminkami také vítá: *„...ted' převažuje to, že si s těma maminkama můžu popovídat a taky jsem ted' zjistila, což je taky docela důležitý, že je tady jedna maminka stejně stará jak já. ...To je ted' prostě strašně silný. Dodává mi to tu sílu a nějaký nadhled.“*

Matka č. 6 oceňuje možnost samostatné péče o dítě, ale také popisuje náročnost pobytu na oddělení 12: *„...na té JIPce jsem s ním nebyla pořád a byl tak malinkej, že vlastně člověk ani neví pořádně, co se tam jakoby děje. Ale tady už je to takový jiný. Tady už ta maminka o něho může víc pečovat sama, ale zároveň podstupuje víc vyšetření. Mně to asi tady přišlo ještě náročnější, možná i kvůli tomu, že jsem tady vlastně s ním byla 24/7“* Později dodává: *„...tím, že jsme chtěli a potřebovali prohlubovat tu vazbu kvůli té adopci, tak já jsem tady s ním byla pořád a chtěla jsem co nejvíce s ním navázat tu vazbu, chtěla jsem, aby věděl, že tady ta jedna osoba pro něho je, ta jiná oproti těm sestřičkám.“*

Otec č. 7: *„Jak se přestěhovali (z JIRPN) tady na oddělení 12, tak to byl takový zlom, kdy nám i doktoři řekli, že už se jen čeká až dozraje všechno, jak má. Už jsme si ho tady mohli kdykoliv vzít, byl s otevřeným inkubátorem, já jsem si ho vzal do náruče a usmál se. Už je to úplně o něčem jiném.“*

Podkategorie 3 – uklidňující faktory: Podpora od okolí

Matka č. 1 nejdříve hodnotí podporu své rodiny: „...to bych řekla, že tam mám velkou oporu. Kdyby ne, tak už jsem někde hospitalizovaná i já a možná mám svěřací kazajku.“ Jako formu podpory dále zmiňuje uklidnění lékařkou: „...na ten box přišla doktorka z neonatologie, která vysvětlila, jak to probíhá, co se týče dítěte... ta tam byla od toho, aby člověka uklidnila, že oni opravdu umí vypiplat i malinký nedonošený chudátka.“ Nakonec se vyjadřuje k podpoře ze strany nemocničního personálu: „Ze strany sester i třeba, co bych pak hodnotila na té JIPce neonatologické, tak skvělej přístup. ...Řekla bych, že i ten personál počítá s tím, že pracuje s člověkem na pokraji nějakého mentálního zhroucení, takže jsou milý, chápavý...“

Otec č. 1: „...když tam přišla paní doktorka a uklidňovala nás, že je to v jejich silách to děcko zachránit a že to bude v pohodě, tak jako mě to uklidnilo...“

Matka č. 2: „...on (partner) mě právě že uklidnil, že jsou v pořádku, že dýchají sami a poslal mně fotky, takže to mě jako tak uklidnilo. ...Další den vlastně došla paní doktorka z JIPky, řekla mi, kolik měli chlapečci váhu, jestli je museli rozdýchávat a tak. Že to zvládají dobře. ...takže to mě tak uklidnilo.“ Zdůrazňuje důležitost informovanosti na podporu psychiky: „...hodně na tu psychiku mně pomáhá to, že mi to někdo vysvětlí, co se jako děje, že mi řeknou ty informace.“

Otec č. 2 hodnotí kladně přístup personálu: „...se tady ke mně moc hezky chovají... tak to je hezký a tady v tom vnímám tu podporu...“

Matka č. 3: „...jak jsem byla tady na tom poporodním, tak mně manžel hnedka posílal fotky, že i klokánkoval, tak jsem byla šťastná, že je to v pohodě... Takže bylo určitě takový povzbuzující.“ Zmiňuje také podporu od rodiny: „...beru tu podporu i tím způsobem, že se postarají o to moje druhé dítě, že vím, že to doma funguje a že se o to nemusím strachovat. ...že nemusím jezdit domů a řešit nějaký organizační věci a že vím, že je doma všechno v pořádku a že se tady můžu soustředit na sebe a na malýho.“ Nakonec hovoří o poskytnutí informací a uklidnění lékařkou: „...odpoledne za mnou přišla paní doktorka z té dětské JIPky a říkala mně, že jsme to zvládli úplně na jedničku, že porod byl úplně super a že malej je šikovnej, a bylo to celý takový hrozně pozitivní, a ještě se u toho usmívala, tak to bylo takový hezký.“

Otec č. 3: „...jak kamarádi, tak rodina, neustále se mi nabízí, jestli mně můžou s něčím pomoci. Pokaždé, když se projdu městem, manželku někdo pozdravuje, ptá se na ni, na její zdravotní stav, takže tam ta podpora, si myslím, že je silná z okolí.“

Matka č. 4: „...že mi to (předčasný porod) partner nevyčítá. Nevyčítá mi, že jsem to vlastně nezvládla. A potom to, že vím, že i doma, jak s dcerou, tak i s klukem bude pomáhat, takže to je taky další podpora...“ Také uvádí podporu lékaře: „...bylo skvělý, že za náma na tu JIPku pak přišel pan primář a pamatuju si doteď, že on mi říkal, že ten 29. týden má nejradši, protože to má super drive. Takže jsem ho zkusila vzít za slovo.“

Otec č. 4 cítí podporu od starších dětí: „Já teďka víceméně trávím čas hlavně doma s dětma, takže asi od nich. Snaží se pomoci, trávíme spolu i ten čas, nějaký hry, oni jsou oba takoví přítulní, takže asi od nich je taková největší podpora.“

Matka č. 5: „...do té doby jsem netušila, jak moc ho (partnera) budu potřebovat jak u toho porodu, tak tady do tohohle období, co nás čekalo. Byl mi neskutečnou oporou a doteď je... Jako myslím si, že v tomto mám neskutečné štěstí jak na rodinu, tak na blízký přátele a na přítele, že mám neskutečnou podporu fakt všude, kam se podívám. ...ti fakt dělají, co můžou a strašně mi to pomáhá.“ Zmiňuje uklidnění i od personálu: „...od někoho jsem cítila, že se snaží ty maminky tak uklidnit, a je to takový lidský přístup... Od někoho fakt jo, moc, a jsem za to vděčná...“

Otec č. 5: „...máme skvělý rodiče, kteří nám jsou velkou oporou..., ...a aji kamarádi a tak, a od přítelkyně taky, tak jako nemůžu proti tomu nic říct. Fakt super.“ Uklidňující byly i informace od lékařů: „Hlavně když doktoři řekli, že v rámci možností je všechno tak nějak v pohodě, tak to bylo super.“

Matka č. 6: „...celá rodina nám velmi drží palce, a tím spíš, že se jedná o tu adopci... furt se všichni ptají, s čím můžou pomoci, co kam mají dovézt a pořídit a koupit. A svezlo se nám domů strašně moc vybavení, takže já teďka můžu vychovávat čtyři děti. Takže ta podpora je obrovská.“

Otec č. 6: „Tohle (podpora rodiny) je, myslím si, velký štěstí, který nám teď pomáhá v tom to zvládnout... moje rodina, rodina ženy, moje dvě sestry, kamarádi, vlastně všichni tím žijí..., ...takže ta péče těch lidí kolem nás je skvělá...“ Oceňuje také zájem personálu: „Je to hezký, když se třeba zeptali někdy, ale když ne, tak toto neberu vůbec špatně. Ale byli tady určitě nějaký takovýhle dotazy i ze strany sester a mám pocit, že i jeden doktor se zeptal.“

Matka č. 7 cítila empatii personálu po úmrtí menšího z dvojčat: „Na tý JIPce to hodně prožívali s námi, když se to stalo, takže myslím si, že jo, že tam je empatie. Oni to musí umět, že jo, pracujou s miminkama a s rodičema, kteří si zažívají traumatizující události, takže si myslím,

že personál je empatický a že jsme byli podporováni oba. “ Podpora od okolí a partnera je pro ni důležitá: „Asi že to někdo prožívá se mnou. Takže jsem měla toho partnera, kterému to můžu všechno říct, a taky sem často dojížděl. “

Také otec č. 7 zmiňuje vstřícný přístup personálu: „...řekli rovnou, že tím, že jsou tady nonstop, ať si volám, kdy chci, přijedu, kdy chci, že se nemusím ani hlásit jako návštěva. Takže to bylo úplně skvělý... Pár doktorek je oblíbených, pár trošku míň. Ono nejde se zavděčit všem, ale podpora byla úplně super. “ Dále uvádí pomoc rodiny: „Pro mě byla největší podpora celá moje rodina. Táta, máma, všichni se snažili ulehčit mi to, jak to jde. Máma každý den s jídlem naklusaná ráno, táta jezdil se mnou do Brna a řídil, když jsem byl unavenej. Úplně super. “

Podkategorie 4 – uklidňující faktory: Organizace podporující rodiny s předčasně narozenými dětmi

Rodiče byli dotazováni, zda znají nějaké organizace, které podporují rodiny s předčasně narozenými dětmi, a jestli plánují využít či již využili služeb některé z nich.

Matka č. 1: „Slyšela jsem asi jenom o Nedoklubku a využila jsem akorát uvítacího balíčku, který tady byl nachystaný, kde byly nějaké základní publikace, letáčky, které informují rodiče o tom, jak je specifická péče o nedonošený děti, jak probíhají obvykle ty pobyty na JIPce a je to takový vynikající zdroj informací... To si myslím, že mně pomáhalo dost. A plus nějaký uklidnění, protože ty příběhy jsou o tom, že je to vlastně v pohodě, že stačí přežít tady ten těžký začátek a pak už je to vlastně dobrý. “

Otec č. 1: „Vím, že je to Nedoklubko. To jsme začli víc sledovat od té doby, i jsem jim něco přispěl. ... četl jsem na webu něco a mají tady i nějaký ty brožury, tak to jsme si taky přečetli. Tam jsem právě viděl, že jsou schopní vyplatit i děcka, který vážily půlku toho, co to naše, takže to mě naplňovalo určitým optimismem. “

Matka č. 2: „Nedoklubko. Pak ještě na Facebooku třeba nějaký ty stránky, nedonošeňátka a tak. Tam jsem všude přidaná a už mě někdy uklidňuje i to, když tam vidím ty příběhy, kdy mají děti podobný problém..., ...ty příběhy těch maminek, kdy ty děti měly i horší ten průběh než my a je všechno v pohodě, takže to mě tak uklidňuje taky. “

Otec č. 2: „Tam je to Nedoklubko, což je fajn..., ...já jsem se tam už zaregistroval na jeden běh... A samozřejmě určitě budu rád nějakou součástí toho, protože je to organizace, která se právě snaží dát těm předčasně narozeným nějakou péči a informace... “

Matka č. 3: „...když už jsem byla doma s dcerou, tak jsem se připojila do nějakých skupin na Facebooku i třeba do toho Nedoklubka, takže jsem tam viděla různé ty příběhy a tak... Ale to už jsme byly doma.“ Jako první projevuje strach z čtení příběhů ostatních rodičů: „Možná jsem měla i strach si to číst, protože ne vždycky to dopadne dobře...“

Matka č. 4: „Vím, že je to Nedoklubko. Tam jak u dcery, tak i u syna jsem si četla ty příběhy. To docela na tu psychiku taky pomůže...“

Matka č. 5: „...Nedoklubko no. ...zatím jsem jako nevyužila, ani ty stránky úplně nesleduju... Také má obavu číst příběhy ostatních rodičů: „...mám strach, abych se pak třeba nebála, když tam ty maminky píšou ty zkušenosti a různé diagnózy. Teď razím, že je lepší nevědět, co se týká různých nemocí a diagnóz, protože prostě ty nedonošená miminka jich mají strašnou dardu a nevím, jestli bych pak nebyla zbytečně vystresovaná...“

Matka č. 6: „...je to Nedoklubko a pak ještě nějaký ten fond, ze kterého se vlastně dá pořádit spousta věcí... Využili jsme (Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny), máme monitor dechu.“ Otec č. 6 se vyjádřil shodně.

Matka č. 7: „Vím, že tady hodně spolupracuje Nedoklubko, ti nám taky pomáhali. Pak jsme se ještě obrátili na nějaké fondy.“ Pár č. 7 cestoval do FN Brno z větší vzdálenosti a měl tedy zvýšené náklady na dopravu. Díky fondu získali částečný finanční příspěvek: „...část těch peněz utracených na ten benzín se nám vrátila, samozřejmě ne všechno, ale byli jsme vděční i za tu část.“ Otec č. 7 potvrzuje.

Podkategorie 5 – uklidňující faktory: Centrum provázení při FN Brno

Činnost Centra provázení v rámci FN Brno, pracoviště Porodnice, je podrobně popsána v teoretické části této práce v kapitole 1.3.9.

Matka č. 3 vzpomíná na dobu před devíti lety, kdy byla ve FN Brno po prvním předčasném porodu, a Centrum provázení, v zastoupení paní Bc. Romany Vyskočilové, zde ještě nepůsobilo: „...když jsem tu byla před devíti lety, tak tady nebylo Centrum provázení, což si myslím, že teďka je super..., ...myslím, že před těmi devíti lety bych jí (paní Vyskočilové) fakt využívala... Já jsem jí říkala, že tenkrát asi každý den bych k ní chodila brečet.“ Zdůrazňuje důležitost jednotných rad: „...ona mně přijde taková, že hodně ví, jak to tady funguje, takže dokáže těm maminkám i poradit..., ...u ní je to takový dobrý, že je to jedna osoba, která poradí se vším jednotně.“

Matka č. 4: „*Určitě to (Centrum provázení) bylo podporující. ...asi jsem tam byla dvakrát nebo třikrát se jako vypovídat.*“

Matka č. 6: „*...je tady i to Centrum provázení, ta paní je moc milá. Tam jsem taky za ní byla si popovídat, ona i obchází, občas se staví a zeptá se, co kdo jak potřebuje, pomůže, poradí s nějakým vyřizováním, zařizováním a nemá s tím problém..., ...to bylo super ten první den, jako jediná nás v klidu posadila a v klidu řekla nějaký věci a řekla: Jsem tady pro vás, takže cokoliv budete potřebovat, prostě se ozvěte. Takže to se tak člověk trošku uklidnil, že teda kdyžtak má kam jít...*“

Otec č. 6: „*...ten první den jsme si tam (u paní Vyskočilové) byli sednout na hodku a vlastně se probíraly nějaký další kroky, že tady pro nás je. Prostě psychická podpora a informovanost, kdybychom cokoliv potřebovali, že můžeme přijít. Paní Vyskočilová je skvělá, za mě teda jako klobouk dolů hlavně jí. Zrovna třeba ona ten cit nebo takovou tu empatii má enormní.*“

Matka č. 7 vzpomíná na období po úmrtí jednoho z dvojčat: „*Paní Vyskočilová nám pomáhala, taky to s náma prociťovala. Ta za náma chodila tady v těch traumatizujících událostech taky. S ní jsme toho řešili dost.*“

Otec č. 7: „*Jojo, tam jsme byli vždycky spolu si na hodinku sednout. Ta paní nás provázela i bohužel po úmrtí prvního syna a pomohla nám úplně se vším.*“

Podkategorie 6 – uklidňující faktory: FN Brno = specializované zařízení

Fakultní nemocnice Brno, pracoviště Porodnice, hovorově „Obilňák“, je pro mnoho rodičů symbolem kvalitní péče pro předčasně narozené děti. Někteří respondenti, převážně otcové, zmiňují uklidňující vliv této skutečnosti na svou psychiku a pochvalně hodnotí zdejší zdravotní péči.

Otec č. 1: „*...vím, že je tady v dobrých rukou.*“

Otec č. 2: „*...si myslím, že jsme byli v dobrých rukách...*“

Otec č. 4: „*...jsem rád, že ta péče je na té úrovni, na jaké je.*“

Matka č. 5: „*Na té JIPce to byla fakt skvělá péče, já jsem jim strašně věřila v té péči o to miminko. A neměla jsem chvíli, kdy bych váhala, jestli něco dělají dobře nebo špatně nebo tak.*“

Otec č. 5: „*Obilní trh je docela vyhlášený nebo říká se to, že jsou specializovaný tady pro ty předčasně narozené děti, takže to taky přidalo na psychice, že jsem byl víc v klidu, že je v dobrých rukách.*“

Otec č. 7: „*...tady to byl hodně špičkový servis po všech stránkách.*“

Podkategorie 7 – uklidňující faktory: Předchozí zkušenost s předčasným porodem

K vytvoření této podkategorie přispěli pouze rodiče č. 3 a 4, kteří si předčasným porodem a následnou péčí o předčasně narozené dítě již prošli.

Matka č. 3: „*...v podstatě jsem tak nějak tušila, že bude předčasný porod. ...vlastně jsem psychicky trochu víc na to byla připravená, že se to stane.*“ Péče o nedonošené dítě pro ni byla méně stresující: „*Už ledacos jsem zapomněla, ale ledacos jsem zase ještě věděla... Například, že ty dechový zástavy se u těch dětí objevují a tak... Protože, když to člověk vidí poprvý, tak je z toho prostě samozřejmě zdeptanej.*“ Zmiňuje také negativní vliv předchozí zkušenosti: „*...jak jsem v průběhu těhotenství chodila k té paní doktorce, tak já jsem jí říkala, že jsem tady z té JIPky psychicky docela zdeptaná, že se mi sem už podruhé nechce, že prostě mám z toho takový jako fakt trauma, jak jsem tady byla poprvý. Tak ona mě nechala v Bohunicích, abych nemusela tady na tu JIPku.*“

Otec č. 3: „*...je to teď napodruhý, neříkám, snazší, ale člověk předpokládá, co ho bude očekávat... Že bude následovat celá řada vyšetření a všeho. Předtím pro nás bylo všechno nový, každý další a další vyšetření... To bylo náročnější určitě.*“

Matka č. 4 měla po prvním předčasném porodu větší obavy: „*U té dcery jsem se bála samozřejmě víc, ale tím, že to u ní vidím, že to může dopadnout tak, že to je opravdu v pořádku, tak si říkám, že u něho by to mohlo být stejný.*“

Otec č. 4: „*...vzhledem k té předchozí zkušenosti jsme čekali, že to může nastat, ale že bychom kvůli tomu prožívali nějaký úzkosti, určitě ne.*“

Kategorie 3: Faktory působící na psychiku rodičů – stresující faktory

Faktory, které negativně ovlivňují psychiku rodičů po předčasném porodu, tedy stresující faktory, byly rozděleny na 7 podkategorií:

- Podkategorie 1: První návštěva dítěte na JIRPN
- Podkategorie 2: Nesjednocená péče
- Podkategorie 3: Nedostatek informací
- Podkategorie 4: Nedostatečný kontakt mezi partnery a dítětem
- Podkategorie 5: Dlouhý pobyt v nemocnici
- Podkategorie 6: Máme doma další děti
- Podkategorie 7: Inkubátor = překážka

Podkategorie 1 – stresující faktory: První návštěva dítěte na JIRPN

Respondenti byli dotazováni, jaké měli pocity z první návštěvy JIRPN a z prvního kontaktu se svým dítětem.

Matka č. 1: *„Tam se srazí dvě věci. To, že po tom přirozeným porodu strašně moc fungovaly hormony, takže v té prvotní zamilovanosti, kdy si chcete to dítě chytnout, pochovat, umačkat prostě k sobě, tak můžete jen položit ruku na plastový inkubátor, a to je čirý zoufalství. Takže tam jenom stojíte a brečíte a nejste schopni ani mluvit, ani se hýbat, ani nic jiného.“*

Otec č. 2: *„Jakože krásný, ale strašný. Oni byli tak jako hrozně maličký, takže jsem si říkal, jak je možný, že něco takového vůbec existuje...“*

Matka č. 2: *„...když jsem přišla na tu JIPku, tak už to bylo takový trošičku... jako šok a tak.“*

Matka č. 3 měla již zkušenost se vzhledem nedonošeného dítěte, ale přesto byla v šoku: *„...říkala jsem si, že on bude vlastně o 500 gramů větší než první dcera, a pak když jsem přišla na tu JIPku, tak stejně byl prostě tak malinký, že mě to jako vlastně vzalo. A říkala jsem si ježíšmarjá, on je tak malej, jestli vůbec vyroste. Takže co se týče té psychiky, tak si myslím, že fakt je to velká zátěž.“* Vzpomíná na moment, kdy poprvé navštívila první předčasně narozenou dceru: *„...oproti tomu prvnímu, jak jsem uviděla dceru, tak teď to bylo mnohem lepší. U dcery to bylo tak, že když jsem ji viděla poprvý, tak kdybych nebyla na tom vozičku, tak bych možná omdlela... Když jsem to viděla poprvý, tak jsem byla z toho fakt špatná.“*

Otec č. 3: „*No, těžko se to popisuje takový pocity... Ani nevím, jestli se to dá cítit jako štěstí. Většinou narození dítěte je spojený s takovýma šťastnýma pocity. Tohle je takový zvláštní stav úzkosti. Těžko to popsat.*“

Matka č. 4: „*...není to úplně jednoduchý se na něco takovýho koukat...*“

Matka č. 5: „*Vůbec mi to nedocházelo. Vůbec mi nedocházelo, na co se dívám..., ...měl vlastně všude elektrody a čidla... Měřili prostě asi tak všechno, co se na tom mini těle měřit dá, a byla jsem trošku v šoku, když jsem viděla tolik zařízení.*“

Matka č. 7: „*No, zvláštní... Byla jsem ráda, jako, že se je podařilo stabilizovat, na druhou stranu půlkilový miminko, já jsem si to nedokázala nikdy představit, jak to tak vypadá, takže se mi chtělo zároveň smát, brečet, nevím... Ještě ty hormony po porodu... Měla jsem takový smíšený pocity.*“

Otec č. 7: „*Nevím, jestli to bylo vůbec hezký. ...bylo to takový... já nevím... malý, půlkilový nic, no..., strašně zvláštní...*“

Podkategorie 2 – stresující faktory: Nesjednocená péče

Jak vyplývá z následujících odpovědí, rodiče často zmiňují rozdílný režim a časový harmonogram krmení na JIRPN a oddělení 12 a odlišnosti v názorech a postupech v péči u jednotlivých sester.

Matka č. 1: „*...co rozhodí naprosto každého a na co už si tady několik rodičů stěžovalo, je hodinový rozestup mezi krmeními. Naprosto iracionální záležitost, ničím nepodložená. A když se zeptáte proč, tak nikdo neví nebo neodpoví. Takže na to si tady stěžují všichni..., ...první, co vám řeknou, je, že potřebuje to dítě režim a že se sotva narodilo, a oni mu po týdnu jeho vlastního života ten režim o hodinu úplně změni, takže to dítě pak má třeba hodinu hlad.*“

Otec č. 1: „*...jsem měl dojem, že třeba při střídání těch směn, tak že jedna sestra řekla něco a pak druhá sestra řekla něco jinýho, tak to člověk trošku neví, na čem je...*“

Matka č. 2: „*...ten den, co jsem přišla, tak kluci měli ještě režim z JIPky a museli se přenastavit tady na ten, takže byli o hodinu hladovější...*“

Matka č. 3: „*...já jsem byla vystrašená ze všeho a na tom oddělení 12, ono to funguje jako suprově, akorát, každá sestřička má trošku jiný pohled na ty věci, jiný názor, každý každou věc třeba dělá trošku jinak a člověk je z toho takový zmatený...*“

Matka č. 4: „*Jako, co mě mrzelo, tak to, že na tý JIPce, tam byly nějaký ty časy krmení, tak když jsem tam dojížděla, tak jsem byla zvyklá, že si ho přebalím, nachystám, že tam nějaký ten kontakt bude. A tady na oddělení mají jiný časy krmení a stalo se mi, že když jsem přijela, tak už mně sestra řekla, no, už je hotovej. A já říkám, aha, a tak proč já jsem sem jela v tom případě...*“

Matka č. 5: „*Tady je vlastně i úplně jiný režim, kdy byly nějaké časy na JIP, ve kterých se krmilo a byla ta péče o miminko, a tady to bylo o hodinu posunuté a ten organismus už je přece jenom navyklý na ty hodiny a teď se to vlastně posunulo mně i miminku, což bylo taky teda docela náročný. Myslím, že tohle by se asi mělo říkat při tom přechodu. Byl to šok pro mě. ...bylo by strašně fajn, kdyby si tady nějak ustálili ten přístup k pacientům. Protože tady má fakt každý úplně jiný přístup a pak je z toho člověk prostě strašně zmatenej, a když už se k něčemu upne, tak pak přijde jiná směna, které to vidí úplně jinak a snaží se vás zase přenaučit na ten jejich názor, takže pak to trošku ztrácí tu pointu. Jako mně by to osobně psychicky strašně pomohlo, kdybych se nenaštvávala tady tímto.*“

Otec č. 5: „*Tady je to většinou tak, že každá sestra má nějaký vlastní postupy. Ze začátku, když jsme nevěděli, jak přesně s ním manipulovat nebo takovýhle věci, tak přišla jedna sestřička, nějak nám to vysvětlila, tak jsme to tak dělali, a potom se vyměnily, přišla jiná sestřička a zas nám řekla třeba, že to děláme blbě, že máme dělat jinej postup, a v tomto to bylo takový zmatený.*“

Matka č. 6: „*...když jsme přecházeli z JIPky na dvanáctku, tak na JIPce je jinej plán krmení a tady na dvanáctce taky jinej plán krmení, jako časovej harmonogram. Že tady jsou ty konkrétní hodiny krmení jiný než na té JIPce. A já říkám, no jo, ale on má teď hlad, protože na JIPce byl zvyklej v tuhle dobu jíst. Takže on mně teďka tady bude hodinu ječet do dvanácti, než vy mi dáte mlíko. Oni řekli, hm, musí si zvyknout, já říkám, a jak mu to mám jako vysvětlit, on má kilo a půl. Oni řekli, on si zvykne časem. Oni mi řeknou, my to tak prostě máme, musíte to respektovat, tady jste na jiným oddělení..., ...tohle se asi nezmění a každá maminka s tím tady bojuje, když sem přijde z té JIPky.*“

Matka č. 7: „*...občas se stalo, i na té JIPce i tady, že byl takovej komunikační šum, že nějaká sestřička říkala něco a druhá to vyvrátila, uměla to zase nějak jinak... Tak možná by bylo fajn, i když vím, že to jde jenom do určitý míry, nějak sjednotit ty postupy.*“

Podkategorie 3 – stresující faktory: Nedostatek informací

Některé dotazované matky upozorňují na nedostatek informací, a především na rozdíl v míře a způsobu jejich poskytování na JIRPN a oddělení 12.

Matka č. 1: „*Na JIPce bych to hodnotila stoprocentně pozitivně. Tady na oddělení 12 bych řekla tak 75 %, protože pokud se člověk neptá, nic se nedozví. Na JIPce to bylo proaktivní, čili když už tam člověk u té ranní vizity byl, tak ty informace dostal aktivně. Tady na vizitách už je to tak, že dokud vám nikdo nic neřekne, je všechno v pořádku.*“

Matka č. 2: „*Lepší to bylo na JIPce teda. Tam to bylo tak, že vždycky došli a všechno mi řekli. Tady jak který doktor. Musím si tady o ty informace víc říkat sama.*“

Matka č. 4, která na oddělení dojížděla, nedostala informaci, že s jejím dítětem cvičí fyzioterapeutka: „*Jediný teda, co mě mrzí, je to, že se ke mně nedostala informace, že se s klukem cvičí. Na jednu stranu si říkám, jestli to není zase moje chyba, že já jsem se nezeptala. A kdyby holky na pokoji mi to neřekly, že tam byla fyzioterapeutka u něho, tak to vlastně ani nevím. ...kdybych to věděla, tak bych radši přijela na ten čas, kdy se s ním má cvičit, abych zjistila, co se cvičí, a pak když už bych tady byla a stalo se, jak jsem říkala, že by před tím krmením už byl přebalenej, tak já bych věděla, že s ním můžu dělat nějaké cviky a zase by mě to s ním nějak víc propojilo. Takže tohle mě jako třeba zamrzelo, že jsem to nevěděla...“*

Matka č. 5: „*...nám to tady prostě nikdo neříkal, pokud jsme si o to neřekli sami. Na té JIPce ano, tam byli skvělí doktoři, kteří mi to říkali i proto, že viděli, že jsem prvorodička, co potřebuje vědět všechno, protože jsem byla v šoku úplně ze všeho. Ale tady mi přijde, že si ty informace musí člověk jako hodně vydupávat a přijde mi to i u docela důležitých věcí. Že pro mě by byla samozřejmost v roli lékaře to tomu pacientovi říct, ale úplně to tady samozřejmostí nebývá.*“

Podkategorie 4 – stresující faktory: Nedostatečný kontakt mezi partnery a dítětem

Nedostatečný kontakt mezi partnery výrazněji vnímají muži, kteří v odpovědích uvedli touhu po častějších návštěvách své partnerky a dítěte v nemocnici. Jsou však limitováni pracovním vytížením a případnou péčí o další potomky.

Otec č. 2: „*...chtěl bych tady být opravdu každý den, ale samozřejmě časově se to úplně nedá skloubit i s prací, ale snažím se tady být co druhý den.*“

Otec č. 3: „*Nejsem tady tak často, jak bych si přál. Snažím se tady být jednou za tři až čtyři dny. ...vzhledem k tomu, že máme ještě doma dceru a bydlíme odtud nějakých 40 km, tak to není jednoduchý.*“

Otec č. 4: „*...chtěl bych tady být určitě víc, ale tím, že doma jsou další děti a chodím do práce, tak to nejde.*“

Otec č. 5: „*Je to samozřejmě náročný, protože prostě tři měsíce je člověk vlastně v oddělených domácnostech...*“

Podkategorie 5 – stresující faktory: Dlouhý pobyt v nemocnici

Z následujících citací vyplývá, že pobyt v nemocnici s nedonošeným dítětem, který často trvá několik měsíců, je pro matky velmi náročný.

Matka č. 3 (4 týdnů v nemocnici): „*...je to už trochu teďka těžší, protože už jsem tady dlouho..., ...člověk je z toho tady takovej už jako v nervu, protože je to tady furt to stejný dokola a ty dny neutikají.*“

Matka č. 4 (6 týdnů v nemocnici): „*No, už mi tady z toho prostředí hrabe.*“

Matka č. 5 (7 týdnů v nemocnici): „*...teď už mi spíš začíná trošičku kapat na mozek. S tím, jak už jsem tady dlouho. Protože člověk tady prostě chytne nějakou schýzu. Čím dýl tady je, tím víc věci ho štve. To by tak asi bylo všude, když je člověk zavřenej a nikam jinam úplně nechodí.*“

Matka č. 6 (12 týdnů v nemocnici): „*...krizovky byly, jako krize byly velký, no, jako že jsem prostě psala domů, že je to strašný, že už to tady prostě nevydržím, že to je hrozný. Je to šílený, no, a fakt jako, kdo to neprožije, tak neví. Maminky, který jsou v porodnici týden i s cestou, tak nezažijí toto. Jako tři měsíce ležet v nemocnici.*“

Podkategorie 6 – stresující faktory: Inkubátor = překážka

Matka č. 1 popisuje inkubátor jako překážku v navázání vztahu s jejím dítětem: „*...paradoxně bych řekla, že je větší problém ten inkubátor než to, že s tím dítětem člověk není na pokoji..., ...stále jsem měla pocit, že je nedostupná, nedostižná, i když mi řekli, že už si ji můžu častěji vyndávat, pořád je tam ta překážka toho, že na všechno člověk musí volat sestru, na všechno se musí ptát někoho... Takže vy nemáte furt vlastní dítě, vy máte nějaký „zvířátko v teráriu“ a musíte volat ošetřovatele, protože na něj sami nesmíte sahat, nesmíte nic dělat... Je to takový robotický pocit. Staráte se o něco, ale necítíte, že máte dítě...*“ Pozitivně popisuje

momenty, kdy se její dítě natolik adaptovalo, že bariéra inkubátoru mohla být odstraněna: „...v momentě, kdy už je to dítě na posteli, je to úplně jiná zkušenost. ...pak už to člověku dělá spíš dobře, pak už konečně tam není bariéra toho inkubátoru.“

I další rodiče, především muži, často komentují náročnost péče o novorozence v inkubátoru.

Otec č. 1: „Mně se to akorát blbě dělalo v tom inkubátoru, protože tam jsou takový dvě malé díry na ruce, takže mi to úplně dobře nešlo.“

Otec č. 2: „...ono se tam hrozně špatně lezlo přes ten inkubátor...“

Matka č. 3: „...v tom inkubátoru je to přece jenom těžší, ta manipulace...“

Otec č. 4: „První zkušenost pro nás byla třeba ta péče v tom inkubátoru. Než se to člověk trošku naučil, přece jenom ten pohyb je tam hodně omezený.“

Podkategorie 7 – stresující faktory: Máme další děti

K tomuto stresujícímu faktoru se mohly vyjádřit pouze páry č. 3 a 4, které se v této situaci nacházejí.

Matka č. 3: „...mám doma vlastně ještě to jedno dítě, takže už bych chtěla prostě domů..., ...určitě mě mrzí, že dcera nemůže jít za námi na to oddělení a podívat se na syna, protože je to prostě sourozenec, a já vím, že je sice dítě, ale kdyby byla třeba někde nějaká místnost, kam by se dalo s tou návštěvou jít, abysme nebyli v té místnosti s dalšíma miminkama..., ...že bych mohla mít obě ty děti dohromady, by mě určitě i psychicky podpořilo. To je asi jako hlavní, co mě jako tak mrzí, že vlastně trávím jako čas s jedním dítětem nebo s druhým, ale nemůžu je mít oba dva naráz.“

Otec č. 3: „Mrzí mě, že dcera sem nemůže docházet, být s malým... Ta by to taky potřebovala, ten kontakt. Té to jakoby chybí. Tak to mě spíš trápí víc, že třeba dcera sem nemůže.“

Matka č. 4 se ze začátku hospitalizace rozhodla za předčasně narozeným dítětem do nemocnice dojíždět, aby mohla trávit čas i s dalšími potomky. Hovoří o náročnosti této situace: „Je to náročný, co si budem. Ale zase jsem se snažila to rozdělit. ...K těm doma mám taky nějakou povinnost, tak jsem se to snažila nějak rozebrat.“

Kategorie 4: Dopady předčasného porodu na psychiku

Podkategorie 1: Předčasný porod = zátěž na psychiku

V následujících citacích rodiče hodnotí míru subjektivní zátěže předčasného porodu na psychiku.

Matka č. 1: „*Obrovskej (dopad). ...ten zásah je veľkej. ...jsem prakticky na pokraji zhroutil každých deset vteřin. ...Já jsem poměrně racionální člověk normálně a teďka ta mentální stránka, to je jako veľkej úlet.*“

Otec č. 1: „*Já beru život, že prostě můžou přijít věci, který člověk nečeká. Takže jo, nějaký vliv to na mě má, ale prostě beru to, že se to stalo, a snažím se jenom, aby to nebylo horší. Jako mě samotnýho to nějak vyloženě psychicky neodrovnalo, to ne.*“

Zdravotní komplikace menšího z dvojčat představují pro matku č. 2 psychický zásah: „*...teďka je to takový horší, protože nám u jednoho chlapečka, u toho menšího, co měl těch 960 gramů, našli nález na mozku.*“

Otce č. 2 znepokojily obavy lékařů: „*...doktoři přikládali hrozně velkou váhu tomu, že se narodili předčasně, a hodně nás strašili, což samozřejmě nebylo moc jednoduchý a na tu psychiku to bylo hodně náročný...*“ Komentuje svůj současný psychický stav: „*Teď se cítím jako... Má to opravdu dvě stránky... Cítím se dobře, ale už jsme dostali informace o nějakým nálezu, tak samozřejmě už to není úplně pozitivní, ale já furt věřím, že to dopadne všechno dobře.*“

Matka č. 3 už předčasný porod zažila, ale přesto zdůrazňuje: „*Určitě bych řekla, že je to velká psychická zátěž. Pro mě to teď bylo sice jednodušší, protože už jsem to jednou zažila, ale i tak už to bylo před devíti lety, tak i tak to pro mě bylo náročný.*“ Vzpomíná na velmi náročné období po prvním porodu: „*A co se týče toho prvního porodu, tak to bylo hrozný. Myslím si, že jsem byla psychicky na tom fakt špatně a vlastně i další třeba ještě rok jsem na sobě cítila, že jsem to ze sebe nedostala, nějaký ten stres a strachy a měla jsem i noční můry..., ...asi si myslím, že až zpětně jsem si uvědomila, že jsem to psychicky nezvládala, že jsem z toho byla fakt špatná.*“

Na psychiku otce č. 3 má druhý předčasný porod menší negativní dopad: „*Nepřišel jsem si tak vydešený jako u dcery, ale samozřejmě se to na člověka promítne...*“

Matka č. 4: „*Já si myslím, že tím, že mám dobrého partnera, tak mě to spíš neovlivnilo. Bála jsem se, to ano, ale to se může člověk bát i u normálně zdravého dítěte. Ale já mám výhodu, že mám podporu v tom partnerovi, tak jsme to nějak zvlášť neřešili.*“

Otec č. 4: „*Tím, že jsme to měli za sebou, tak ten samotný fakt toho předčasného porodu nás nějak nedrtil, naopak věděli jsme, že to dopadlo jako dobře, že i malá je v pohodě, takže samozřejmě strach tam je, ale neřekl bych, že nějak větší... Dost zásah byly spíš ty komplikace, který pak přišly... Ty saturační problémy. ...trvalo to, i když byl přeložený tady na oddělení 12. Tady se to drželo právě docela dlouho, takže z toho jsme byli takoví špatní docela. Nebylo to úplně veselý.*“

Matka č. 5 popisuje míru vlivu předčasného porodu na psychiku: „*Strašně velkej. Teď zpětně jako strašně velkej. Prostě už to nechci prožívat, je to bolavý, je to emočně prostě náročný...*“ A dodává: „*...myslím si, že až dojedu domů, tak ještě přijde taková ta fáze splínu, kdy to tomu mozku a tomu tělu ještě dojde víc. Tam teprve bude ten prostor uvolnit všechny ty emoce, který jsou teď tak trošku pod pokličkou.*“

Otce č. 5 ovlivnila nepředvídatelnost předčasného porodu: „*Já si věci rád plánuju dopředu, takže jsem měl spoustu věcí fakt jako naplánovaných, že jsem tak nějak počítal, že se třeba může narodit plus mínus o ten týden dřív třeba, to by bylo asi jedno. Počítal jsem prostě s koncem dubna, protože termín porodu byl 28. dubna. Jak to přišlo brzo, tak se ty plány změnilly...*“

Matka č. 7 zmiňuje psychický dopad úmrtí jednoho z předčasně narozených dvojčat: „*Já si myslím, že velký, ale ne ani tak ten porod, spíš to, co následovalo potom.*“

Podkategorie 2: Nechci další děti

Míra zátěže předčasného porodu u některých rodičů způsobuje, že nechtějí další děti.

Matka č. 1: „*...co bych prostě nepřežila, je, kdyby se dělo to samý, a jsou tady maminky, co říkaly, že už jsou tady podruhé. Tak to je úplně největší strach. ...já bych radši čtyřikrát adoptovala než tohle všechno znovu.*“

Vývoj cesty k dalšímu dítěti po prvním předčasném porodu popisuje matka č. 3: „*...po tom, co se narodila dcera, tak jsem řekla, že už nikdy žádný dítě mít nechci, ale postupem času, jak člověk na to trochu zapomíná, vytlačuje ty špatný vzpomínky, a ještě si navíc dělá takový ty naděje, že to třeba podruhé nebude stejný..., ...Asi když dceři bylo tak pět let, tak jsem si říkala,*

že už tak vyrostla, že by bylo pěkný mít ještě jedno miminko, ale tak nějak jsme to nechali volně..., ...tak najednou to přišlo.“

Otec č. 3 vzpomíná na období po prvním předčasném porodu: *„Do určitý doby potom, co se narodila dcera, jsem nechtěl už nikdy o žádným dítěti slyšet, ale po pár letech... Po čtyřech, po pěti letech už tak člověk trošičku otupí, zapomene to špatný, vytěsni to prostě.“* Nyní už další děti nechce: *„...ted'ka už říkám, že určitě ne. Už tohle potřetí podstupovat fakt nechci.“*

Matka č. 4: *„Jako ten strach tady z toho je, že když už se to stalo dvakrát, tak se to může stát potřetí, a nevím, co je pravdy na tom, že můžu rodit čím dál dřív. Asi jako kdybych věděla, že donosím do termínu nebo aspoň do 33. až 36. týdne, tak bych se nebála.“*

Matka č. 5 neví proč předčasně porodila: *„...u mě se prostě vůbec neví, proč se to stalo a je to další věc, co mě teda trošičku, jako... Co mě trápí, protože já mám třeba teď panickou hrůzu, že až budu chtít další dítě, že tady skončím znovu.“* Dále dodává: *„Jako já vím, že ještě chci, ale mám strašný strach, že tady skončím znovu. Tím, že prostě je to i ta nejistota, že nikdo neví, proč k tomu došlo, mám strašný strach, aby se to prostě neopakovalo, protože už tady prostě znovu skončit nechci.“*

Diskuze

Hlavním cílem této práce bylo zkoumání vlivu předčasného porodu na psychiku matky a otce narozeného dítěte. Tento cíl byl specifikován čtyřmi dílčími cíli: (1) zkoumat, zda se liší pocity prožívané po předčasném porodu mezi matkami a otci, (2) odhalit faktory ovlivňující psychiku rodičů v období po předčasném porodu, (3) analyzovat dopady předčasného porodu na psychiku matek a otců a (4) zjistit, co rodiče potřebují pro snazší zvládnutí období po předčasném porodu ve FN Brno, pracoviště Porodnice.

Výzkumná otázka 1: Liší se pocity prožívané po předčasném porodu mezi matkami a otci?

Z analýzy dat vyplývá, že se psychické prožívání předčasného porodu mezi matkami a otci liší pouze částečně, což je ve shodě s norským kvalitativním výzkumem z roku 2016, který zkoumal rozdíly a podobnosti mezi matkami a otci předčasně narozených dětí. Stejně jako v mém výzkumu se některé pocity rodičů shodovaly a některé byly pro matky a otce rozdílné a subjektivní (Hagen et al., 2016).

Matky pociťují vinu, pocit ztráty a neschopnost vcítit se do mateřské role. Obviňují se z neschopnosti donosit dítě, z odpovědnosti za vzhled dítěte a za lékařské zákroky pro dítě často bolestivé. Byl také zmíněn pocit viny z vlastní zaneprázdněnosti v době tak krátkého těhotenství ukončeného neplánovaně předčasným porodem. Matky, které mají další děti, pociťují rovněž vinu, že se jim v souvislosti s předčasným porodem a delším pobytem v nemocnici nemohou dostatečně věnovat. Dále mají ženy pocit ztráty části těhotenství ve smyslu absence času na prožití úplného nebo aspoň delšího období očekávání dítěte. Jedna z dotazovaných matek uvedla také pocit „ztráty“ samotného dítěte, kdy předčasný porod vnímala spíše jako potrat. Další a z mého pohledu velmi závažný pocit je neschopnost vcítit se do role matky, což může být důsledkem krátké doby těhotenství, šoku z neočekávaného porodu a separace od předčasně narozeného dítěte. Uvedené faktory jsou popsány rovněž ve studii z roku 2013, která pojednává o zkušenostech matek v průběhu hospitalizace dítěte na NICU (Malakouti et al., 2013). Trumello et al. uvádí, že matky předčasně narozených dětí často vykazují pocity nereálnosti mateřské role během pobytu na NICU, což může ovlivnit vývoj mentálního nastavení matek (Trumello et al., 2018).

Otcové prožívají v období po předčasném porodu pocit únavy a vyčerpání a nutnost potlačit obavy a být oporou své partnerce. V době často několikaměsíčního pobytu partnerky v nemocnici přebírají její roli v domácnosti, zároveň se věnují své profesi a všem zbylým volným

čas se snaží trávit se svou ženou a dítětem v nemocnici, což může zapříčinit zmíněnou únavu a vyčerpání. Další pocit pramení z potřeby být partnerce oporou v náročném životním období, a to i přesto, že sami mají strach z aktuální situace a z budoucnosti. Tyto obavy v přítomnosti svých žen často potlačují, snaží se je zlehčovat a hledat na nich co nejvíce pozitiv, aby svým partnerkám dodali sílu a naději. Otázkou zůstává, zda muži, kteří tvrdí, že je situace výrazně psychicky nezatěžuje, obavy opravdu nemají, nebo je mají, a nepřipouštějí si je, tudíž je drží v sobě. Třeba proto, že jsou nastaveni tak, že muži musí být vždy silní a nikdy nepláčou. Toto může mít za následek dlouhodobé ukládání negativních emocí a jejich neřešení může vygradovat v závažné psychické následky, které mohou vést ke ztrátě zaměstnání, rozpadu vztahu, sklonu k agresii a v nejhorších případech až k sebevraždě, jak popisuje studie z roku 2021 (River a Flood, 2021). S výsledky mého výzkumu ohledně pocitů otců se shoduje také italská studie z roku 2022, kde všichni otcové uvedli, že poskytli podporu své partnerce bez ohledu na své obavy o zdravotní stav dítěte. V této studii osmnáct otců (90 % celkového vzorku) uvedlo, že od narození dítěte ve snaze podpořit svou partnerku se nezmiňovali o svých obavách a strachu o zdraví dítěte, a někdy o nich dokonce lhali. Je zde také zmíněno, že otcové se snaží hrát roli ideálního ochránce svých partnerek, což může být také způsob, jak se brání před vlastními emocemi a reálnou situací, se kterou se potýkají uvnitř sebe. Otcovský stres tak může být skrytý nejen pro partnerku a zdravotnický personál, ale také pro otce samotné (Stefana et al., 2022).

Nakonec byly identifikovány pocity, které zmiňovali ženy i muži. Společnými pocity jsou šok, nejistota, obavy, strach a stres a neschopnost navázat vztah s dítětem. Šok je způsoben samotným předčasným porodem, na jehož příchod se často není možné předem připravit. Rodiče, kteří již v minulosti předčasný porod zažili, byli smířeni s rizikem jeho zopakování a výrazný šok v souvislosti s druhým předčasným porodem nezmiňovali. Negativní pocity pramenící ze šoku mohou být u některých lidí také nepřiznané nebo záměrně vytlačené z mysli a nahrazeny pozitivními prožitky (Costanzi et al., 2021). Takto tomu nejspíš je v případě otce č. 5, který sám šok nezminil, ale jeho partnerka na něm tento stav rozpoznala. Nejistota, další z uvedených společných pocitů, také pramení z neočekávaného porodu a nejisté budoucnosti, především co se týče zdravotního stavu nedonošeného dítěte. V kvalitativní studii z roku 2023 rodiče zmiňují, že nejistota pramenící z proměnlivosti zdravotního stavu kojence v nich často vyvolává pocity bezmoci (Thomson et al., 2023). S tímto jsou úzce spojeny také popsání obavy, strach a stres rodičů, například z manipulace s tak křehkým dítětem, aby mu nějak neublížili, a také z následného propuštění do domácí péče, zda budou umět o dítě sami pečovat. Rodiče se

také obávají nepříznivého vývoje zdravotního stavu dítěte, možných trvalých následků či zdravotního postižení. Muži se navíc strachují o zdraví své partnerky. Dle italské studie mají matky vyšší úroveň stresu než otcové, a to pravděpodobně proto, že tráví více času v mechanickém prostředí NICU a cítí větší vinu za stav dítěte (Ionio et al., 2019). Neschopnost navázat vztah s dítětem může být způsobena náhlým přerušением těhotenství nebo separací rodičů od dítěte v poporodním období. Někteří rodiče mají problém se k dítěti citově připoutat, protože mají strach ze zdravotních následků či úmrtí dítěte. Výsledky studie z roku 2019 naznačují, že zejména matky, ale i otcové zažívají vysokou míru stresu spojenou se změnami rodičovské role, což přispívá k důkazům, že předčasné porody obecně narušují přechod do rodičovství (Ionio et al., 2019).

Výzkumná otázka 2: Jaké faktory ovlivňují psychiku rodičů v období po předčasném porodu?

Můj výzkum dále odhaluje faktory ovlivňující psychiku rodičů v období po předčasném porodu, které byly rozděleny na uklidňující a stresující. Mezi uklidňující faktory patří kontakt s dítětem a zapojení do péče, hospitalizace na oddělení 12, podpora od okolí a možnost obrátit se na organizace podporující rodiny s předčasně narozenými dětmi. Rodiče také oceňují fungování Centra provázení při FN Brno, možnost využití konzultace s klinickou psycholožkou a skutečnost, že FN Brno, pracoviště Porodnice, je specializovaným zařízením pro péči o předčasně narozené děti. Předchozí zkušenost s předčasným porodem hraje rovněž důležitou roli v adaptaci na tuto situaci.

Kontakt s předčasně narozeným dítětem, jak bezprostředně po porodu, tak v průběhu celé jeho hospitalizace, je pro matky a otce velmi důležitý. Rodiče často nepočítají s tím, že bude po předčasném porodu kontakt s dítětem možný. Jeho umožnění závisí na stupni nezralosti a zdravotním stavu daného novorozence. Pokud je rodičům umožněn, byť krátký poporodní kontakt s dítětem, zmírňuje to jejich obavy ohledně vážnosti jeho zdravotního stavu. Kontakt a zapojení do péče také přispívá k navázání vazby s dítětem, která může být separací narušena, a k uvědomění si mateřské, popř. otcovské role. Ionio et al. uvádí, že časné zapojení rodičů do péče o dítě může být užitečné pro prevenci budoucích obtíží v jejich vztahu s kojencem a ve vývoji dítěte (Ionio et al., 2019). Otcům pomáhá účast na péči zvládat stres a posiluje je v otcovské roli (Ionio et al., 2016). Rodiče mají také často obavy z manipulace s dítětem a ublížení dítěti a postupné zapojení jim pomáhá získat sebejistotu v péči. Nedávná

studie zmiňuje, že intervence prováděné rodiči v souvislosti s péčí o nedonošené děti posilují jejich sebedůvěru a samostatnost (Gómez-Cantarino et al., 2020).

Pobyt na oddělení 12, který poskytuje možnost být s dítětem na jednom pokoji (rooming-in), berou rodiče také jako výhodu. Pro mnohé je přechod z JIRPN na oddělení 12 pozitivním krokem vpřed. Matky mezi výhody tohoto oddělení řadí možnost samostatné péče o dítě a sdílení pokoje a zkušeností s dalšími matkami předčasně narozených dětí, u kterých často nacházejí porozumění. V nedávné studii rodiče rovněž oceňují možnost navázání kontaktu s dalšími rodiči předčasně narozených dětí, se kterými si mohou předávat zkušenosti. Zmiňují také, že jejich rodina či přátelé často nerozumí tomu, co prožívají během pobytu s dítětem v porodnici a společná realita s ostatními rodiči je pro ně podporou (Thomson et al., 2023).

Podpora od okolí je také jedním z důležitých uklidňujících faktorů pro rodiče předčasně narozených dětí. Často je zmiňována důležitost podpory blízkého okolí (rodiny, přátel, partnera/ky) a nemocničního personálu. Poskytnutí informací od partnera či zdravotníků a empatický přístup lékařů a sester působí na psychiku rodičů velmi kladně. V rámci projektu POPPY (Parents of Preterm babies Project) rodiče ocenili podporu od zdravotnického personálu a uvedli důležitost navázání dobrého vztahu se sestrami, které se starají o jejich děti a nabídku aktivní podpory (POPPY Steering Group, 2009).

Pomoc a uklidnění pro matky a otce také představují organizace podporující rodiny s předčasně narozenými dětmi. Až na jeden případ byla všemi respondenty zmíněna nezisková organizace Nedoklubko. Dále pak Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny a facebookové skupiny. Tyto organizace jsou pro rodiče zdrojem informací, finančních prostředků a podpory. Čtení příběhů dalších rodičů s předčasně narozenými dětmi bylo pro většinu rodičů uklidněním, ale někteří zmínili strach z jejich čtení, protože ne všechny příběhy končí pozitivně. Ve studii z roku 2023 rodiče přímo nehovoří o podporujících organizacích, které v zahraničí jistě také fungují, ale zmiňují, že sdílení příběhů s ostatními rodiči, např. o pokrocích kojenců je pro ně podporou a nadějí (Thomson et al., 2023).

Rodiči oceňována je také možnost využití služeb poradenské pracovnice Centra provázení, paní Bc. Romany Vyskočilové. Její práce je rodiči hodnocena velmi kladně a lze konstatovat, že paní Vyskočilová působí na psychiku rodičů také jako jeden z uklidňujících faktorů. Často zmiňují, že paní Vyskočilová je člověk, který dobře ví, jak to ve FN Brno funguje, a může tak rodičům předávat jednotné rady. Někteří rodiče také věděli o možnosti

konzultací s dětskou klinickou psycholožkou, paní Mgr. Hanou Jahnovou, ale nikdo z dotazovaných neměl v době vedení rozhovoru potřebu se na ni obrátit. Důvodem může být i to, že řada lidí má obecně problém si i v případě prožívání náročného životního období připustit, že potřebuje odbornou péči klinického psychologa. Výhodu odborné či neodborné pomoci potvrzují také výstupy studie POPPY z roku 2009. Na některá oddělení, na kterých tato studie probíhala, docházel pravidelně poradce pro rodiče nebo psycholog a několik rodičů tuto možnost poradenství ocenilo (POPPY Steering Group, 2009).

Dalším uklidňujícím faktorem je fakt, že Fakultní nemocnice Brno, pracoviště Porodnice, je pro mnoho rodičů symbolem kvalitní péče pro předčasně narozené děti. Převážně otcové v průběhu rozhovoru zdůrazňovali uklidňující vliv této skutečnosti na svou psychiku.

Dva z dotazovaných párů (č. 3 a 4) období po předčasném porodu již prožily. Předchozí zkušenost měla na jejich psychiku v souvislosti s druhým předčasným porodem vesměs pozitivní vliv. Již v průběhu těhotenství počítaly s rizikem, že se předčasný porod může zopakovat a měly možnost se na toto náročné období dopředu psychicky připravit. Tito rodiče již věděli, jak péče o nedonošené děti probíhá a jaká zdravotní specifika, co se týče např. apnoe, tyto děti mohou mít. Ve studii z roku 2016 rodiče uvádějí především negativní emoce v důsledku předchozích zkušeností a obávají se o zdravotní stav jejich dítěte. Autoři této studie však připouštějí, že ostatní rodiče mohou z dřívějších zkušeností pozitivně těžit pro lepší zvládnutí období po předčasném porodu a péče o dítě, což dokládají výsledky mého výzkumu (Hagen et al., 2016). Já jsem se při dotazování s negativním vlivem předchozí zkušenosti na psychiku setkala pouze v jednom případě. Matka č. 3 byla před prvním porodem hospitalizovaná na předporodní JIP v „porodnici na Obilním trhu“, z čehož si podle svých slov odnesla dlouhodobé trauma, a podruhé se nechala hospitalizovat na jiném pracovišti ve FN Brno (pracoviště Nemocnice Bohunice).

Faktory, které rodiče naopak stresují, jsou první návštěva na JIRPN, nesjednocená péče, nedostatek informací, nedostatečný kontakt mezi partnery a dítětem, dlouhý pobyt v nemocnici, inkubátor vnímaný jako překážka a další děti v péči.

Vzhledem k tomu, že kontakt s nedonošeným dítětem bezprostředně po porodu bývá zpravidla velmi krátký, ne-li žádný, setkávají se rodiče se svým dítětem až v prostředí jednotky intenzivní a resuscitační péče pro novorozence. Zde také začíná veškerý raný vývoj jejich vztahu (Trumello et al., 2018). Prostředí JIRPN je pro rodiče často cizí a může působit až děsivě. Jejich dítě je zde v inkubátoru, zpravidla obklopeno spoustou hadiček, které vedou

k nejrůznějším monitorům. Také samotný vzhled nedonošeného dítěte je mnohdy pro rodiče šokem a zdrojem obav. Trumello et al. uvádí, že pohled na křehké a ohrožené dítě na JIP je pro matky velmi stresující a může vyvolat emoční krizi (Trumello et al., 2018).

Většina rodičů při rozhovorech zmínila nesjednocenost péče a rozdíl v poskytování informací na JIRPN a oddělení 12, které jsem zařadila také mezi stresující faktory a vracím se k nim v další části diskuze v souvislosti s tím, co rodiče potřebují pro snazší zvládnutí období po předčasném porodu ve FN Brno, pracoviště Porodnice.

Nedostatečný kontakt mezi partnery a dítětem je stresujícím faktorem především pro muže, kteří v průběhu rozhovorů vyjadřují touhu po častější přítomnosti v nemocnici a možnosti být v přímém kontaktu se svou partnerkou a dítětem. Kvůli pracovnímu vytížení a případné péči o další potomky však není častý kontakt vždy možný. Delší odloučení od partnerky může být pro muže náročné, neboť chtějí být zpravidla co nejvíce zapojeni do péče a podpory svých rodin.

Se stresujícím faktorem nedostatečného kontaktu mezi partnery souvisí také dlouhá hospitalizace nedonošeného dítěte v nemocnici spolu s matkou (často i několik měsíců). Matky mají sice možnost zvolit si režim dojíždění do nemocnice, ale mohou tak mít pocit menší informovanosti a kontroly nad svým dítětem, což naznačila při rozhovoru matka č. 4, která jako jediná z dotazovaných za dítětem dlouhodobě dojížděla. Malakouti et al. rovněž uvádí pocit nedostatku kontroly nad stavem dítěte u matek, které se nepodíli na péči o kojence nebo ho musí opustit (Malakouti et al., 2013). Matky, které pobývají s dítětem na oddělení rooming-in, tuto možnost oceňují, ale dlouhá hospitalizace je i pro ně náročná. Často zmiňují, že dny ubíhají pomalu a prostředí nemocnice se stává monotónním, proto některé z nich využívají možnost občasného krátkodobého návratu do domácího prostředí, v čemž jsou podporovány zdravotníky, kteří se v době jejich nepřítomnosti o jejich dítě postarají.

Rodiče také zmiňují inkubátor jako překážku, i když jistě chápou jeho důležitý význam pro život dítěte. Jedna z žen se cítila od svého dítěte separována i poté, kdy s ním měla možnost pobytu na společném pokoji na oddělení 12. Její dítě ještě týden po přesunu na toto oddělení bylo v inkubátoru, a právě ten pro ni znamenal překážku v navázání vztahu. Ve studii z roku 2013 se matky na toto téma vyjadřují stejně jako některé respondentky v mém výzkumu a uvádějí smutek způsobený sledováním svého dítěte přes sklo inkubátoru. Mají touhu své miminko objímat a starat se o něj samostatně, ale k takové péči musí nejdříve získat povolení sester, což narušuje jejich roli primárního pečovatele (Malakouti et al., 2013). Dalšími rodiči,

především otci, je zmiňována náročnost péče o dítě v inkubátoru. Jedním z důvodů může být, že muži mají větší ruce a otvory v inkubátoru a prostor pro manipulaci jsou docela malé.

Pro rodiče, kteří mají více potomků, je období po předčasném porodu o to více náročné. K tomu se mohly z dotazovaných rodičů vyjádřit pouze dva páry (č. 3 a 4), které se v této situaci nacházejí. Matky by chtěly trávit čas se všemi svými dětmi, což ale není možné v případě jejich pobytu v nemocnici s nedonošeným dítětem. Druhou možností, kdy matka může trávit více času se všemi dětmi, je dojíždění do nemocnice, což je zase velmi časově náročné a jinak stresující, jak již bylo zmíněno. Z analýzy dat studie z roku 2019 vyplynulo, že mateřská péče o další dítě se vyvíjí v určité fyzické vzdálenosti od něj, protože chce zůstat v blízkosti hospitalizovaného dítěte z důvodu jeho křehkosti. Tento stav u žen probouzí pocity viny a opuštěnosti s touhou být s oběma nebo se všemi dětmi. Dle výzkumů je navzdory doporučením týkajícím se začlenění sourozenců do prostředí NICU realita stále nedokonalá. Studie zahrnující 175 novorozeneckých jednotek v devíti evropských zemích odhalila, že 75 % těchto zařízení návštěvy sourozenců umožňuje, většinou pod dohledem rodičů a po souhlasu odborníků. Přivítání předčasně narozeného dítěte má pro jeho sourozence přínos v objasnění potřeby jeho hospitalizace a přítomnosti matky v nemocnici, snížení negativních fantazií a pocitů, jakož i emocionální adaptaci na situaci, zařazení předčasně narozeného dítěte do rodinného kontextu a počátek rozvoje sourozeneckého vztahu (Carvalho et al., 2019).

Výzkumná otázka 3: Jaké jsou dopady předčasného porodu na psychiku matek a otců?

Dalším cílem této práce je analýza dopadů předčasného porodu na psychiku matek a otců. Je třeba připomenout, že psychické prožívání náročných životních období je celkově odlišné u každého jedince, což dále ovlivňuje vnímání zátěže předčasného porodu na vlastní psychiku. Platí, že co je pro někoho zátěží, může být pro jiného méně významné. Tento výzkum ukazuje, že předčasný porod má určitý dopad na každého z respondentů. Míra dopadu je však u každého odlišná a často subjektivní. Pro rodiče je v tomto období psychicky náročný jak samotný předčasný porod, tak vývoj zdravotního stavu dítěte a další stresující faktory, které již byly zmíněny. Na některé rodiče má prožívání období po předčasném porodu takový vliv, že již nechtějí mít další děti, což často zdůvodňují strachem ze zopakování této emocionálně náročné události v dalším těhotenství. Tento postoj může postupem času přebít touha po dalším potomkovi, jak zmínili rodiče, kteří již předčasný porod v minulosti prožili, a i přes náročné okolnosti spojené s prvním předčasným porodem, zatoužili po dalším dítěti. Právě matka č. 3, která poprvé předčasně porodila před devíti lety, popsala trauma z prvního porodu

a přetrvávající pocity stresu a strachu doprovázené nočními můrami ještě rok po porodu. Zmíněné pocity patří mezi symptomy posttraumatické stresové poruchy. Podle studie z roku 2014 může předčasný porod pro matku představovat významný traumatický zážitek a posttraumatický stres je v této studii nejčastější psychickou reakcí na předčasný porod (Misund et al., 2014).

Adoptivní rodiče č. 6 se k dopadu předčasného porodu jako takového vyjádřit nemohli, protože ho neprožili. Jejich psychika je však, stejně jako u ostatních rodičů, také ovlivněna pobytem v nemocnici a péčí o osvojené nedonošené dítě.

Výzkumná otázka 4: Co rodiče potřebují pro snazší zvládnutí období po předčasném porodu ve FN Brno, pracoviště Porodnice?

Posledním dílčím cílem práce je zjistit, co rodiče potřebují pro snazší zvládnutí období po předčasném porodu ve FN Brno, pracoviště Porodnice. Rodiče se zde setkávají s řadou výzev a stresujících faktorů, ale přítomny jsou také již zmíněné uklidňující faktory, které přispívají k lepšímu zvládnutí tohoto období.

Nyní bych se ráda vrátila k problematickými aspektům, které jsou spojené s péčí a pobytem ve FN Brno, pracoviště Porodnice. Prvním, který většina rodičů zmiňuje, je nesjednocená péče na JIRPN a oddělení 12 a mezi jednotlivými zdravotníky. V této souvislosti je zmiňován především rozdílný časový harmonogram krmení nedonošených dětí. Potíže s přizpůsobením se novému režimu uvádí několik dotazovaných žen. Tato změna v nich vyvolává pocity nejistoty, stresu a tenze. Ve spojení s nesjednocenou péčí jsou také popsány rozdílné názory a postupy u zdravotníků. Ve chvílích, kdy si rodiče osvojili dovednosti v péči o své nedonošené dítě, setkali se s odlišnými instrukcemi ze strany sester. V takovém případě jsou rodiče nuceni své naučené postupy obhajovat a jiné, byť dobře míněné rady, v nich vyvolávají pocity zmatku, stresu a nejistoty. V rámci projektu POPPY rodiče zmiňují stres pramenící z protichůdných rad, jak se starat o své dítě. Uvádějí, že bylo velmi náročné, když se řídili radami jedné osoby a pak se cítili kritizováni jiným zdravotnickým pracovníkem (POPPY Steering Group, 2009).

Z odpovědí respondentů dále vyplývá různá míra poskytování informací na JIRPN a oddělení 12. Dostatečná informovanost je pro rodiče v období po předčasném porodu velmi důležitá, ale často mají ostych se sami dotazovat nebo se informací dožadovat. Více matek zmínilo, že na JIRPN jim byly informace sdělovány automaticky, což hodnotily velmi kladně. Naopak na oddělení 12 byly informace poskytovány spíše na vlastní žádost. Důležitost

průběžných a vyvážených informací o zdravotním stavu dítěte je zdůrazněna také rodiči ve studii z roku 2023 (Thomson et al., 2023).

Na základě poznatků získaných během výzkumu si dovoluji navrhnout několik doporučení pro praxi.

Prvním z nich je vypracování standardizovaného časového harmonogramu krmení, který bude stejný jak na JIRPN, tak na oddělení 12. Rodiče by tak při přesunu z jednoho oddělení na druhé nemuseli čelit zmíněným negativním pocitům.

Dalším krokem je účast zdravotníků z obou oddělení na společných pravidelných školeních a workshopech. Cílem těchto akcí by mělo být sjednocení základních postupů a názorů na péči o předčasně narozené děti. Uvědomuji si, že je komplikované toto sjednotit u zdravotníků různého věku, délky praxe a zkušeností, kdy se postupem času trendy v péči o narozené děti obecně průběžně mění a některé sestry mohou trvat na postupech z tzv. „staré školy“. Z mého pohledu podloženého referencemi dotazovaných rodičů by měly být ustanoveny základní postupy péče, které by byly tématem těchto školení či workshopů a které by následně všichni zdravotníci na obou zmíněných odděleních rodičům prezentovali jednotně (s upozaděním vlastního pojetí). I tak se dá očekávat, že jistým odchytkám se nebude možné zcela vyhnout, ale při maximální snaze dodržovat jednotnou prezentaci základních postupů by se jistě podařilo přispět k větší sjednocenosti péče, kterou si dotazovaní rodiče tak přejí.

Dále doporučuji zavedení pravidelného a proaktivního systému sdělování informací rodičům na oddělení 12. Vzhledem k tomu, že je to oddělení následné péče o předčasně narozené děti propuštěné z oddělení JIRPN, měly by být postupy, včetně míry informovanosti na obou těchto odděleních co nejvíce sjednocené. Tento krok by mohl vést ke zvýšení míry informovanosti rodičů a snížení jejich nejistoty a nutnosti se informací dožadovat. Jsem přesvědčena, že toto zautomatizování informovanosti se pozitivně odrazí na celkové atmosféře na oddělení, na posílení důvěry a zlepšení komunikace mezi rodiči předčasně narozených dětí a zdravotníky. Na základě referencí dotazované ženy, která za svým dítětem dojíždí, bych navíc chtěla doporučit posílení informovanosti matek, které nepobývají se svým dítětem v nemocnici trvale, aby nedocházelo k pocitu ztráty kontroly nad dítětem v době jejich nepřítomnosti.

Další, poněkud problematické, doporučení vyplynulo z odpovědí rodičů předčasně narozených dětí, které již mají sourozence. I když jsem si vědoma rizika infekce, které může přinést kontakt mezi dětmi, zvláště pokud jsou ve školkovém nebo mladším školním věku, bylo by pro psychiku rodičů přínosné takový kontakt v rozumné míře umožnit. Při dnešních

technických možnostech komunikace na dálku je velkou výhodou videohovor, který je dnes běžným a dostupným komunikačním prostředkem. Zcela však nenahradí osobní kontakt pro navázání vazby mezi sourozenci, především s ohledem na vnímání toho staršího. Samozřejmě by bylo nutné stanovit pravidla, která by rizika minimalizovala, např. použití respirátoru, omezení doby návštěvy, a především aktuální příznivý zdravotní stav novorozence. Z mého pohledu by nebylo vhodné umožnit starším sourozencům vstup na společný pokoj sdílený více matkami s dětmi, ale jako optimální se mi jeví vyčlenění speciální návštěvní místnosti, kde by rodina měla soukromí a všichni spolu mohli strávit nějaký čas. Takový prostor by mohl být k dispozici na oddělení 12. V případě JIRPN by mohla pro „seznámení“ sourozenců postačit možnost podívat se na miminko přes sklo. Dá se předpokládat, že takové možnosti by nevyužili všichni rodiče se staršími dětmi, protože pohled na extrémně nedonošené dítě může vyvolat i traumatizující pocity, ale oni sami znají své děti nejlépe a mohli by se tak rozhodnout, zda tuto možnost chtějí využít.

Posledním doporučením, které vyplynulo z mého výzkumu, je aktivní nabídka následné odborné psychologické péče rodičům, popř. dalším členům rodiny (sourozencům, prarodičům) při propuštění předčasně narozeného dítěte do domácí péče, například v podobě letáčku se základními informacemi a kontaktem. Jak většina rodičů uvedla, nesou si v sobě po předčasném porodu řadu nezodpovězených otázek vyvolávajících pocity viny, úzkosti a stresu, např. proč matka předčasně porodila, zda se to bude v případě dalšího těhotenství opakovat, jestli nebude mít dítě trvalé zdravotní následky, jaká bude budoucnost. Samozřejmě je na rodičích, zda by takovou nabídku využili, protože obecně ne každý je ochoten si připustit, že jeho psychický stav je třeba odborně konzultovat, ale nabídka konkrétní pomoci tohoto typu je dle mého soudu na místě.

Tato studie má určité limity. Prvním je počet respondentů omezený na menší výzkumný vzorek a vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum založený na rozhovorech, mohou být výsledky omezeny. Dalším limitem je specializace výzkumu na poporodní období, tudíž nehodnotí vliv předčasného porodu na psychiku rodičů z dlouhodobého hlediska. Dále se může jevit jako limitující, že je výzkum realizován pouze v jednom z dvanácti perinatologických center v České republice. Výsledky výzkumu se sice primárně vztahují k Fakultní nemocnici Brno, pracoviště Porodnice, ale vzhledem k předpokladu, že se s podobnými problematickými aspekty v péči mohou rodiče předčasně narozených dětí potýkat i v dalších zařízeních tohoto typu, je možné některá doporučení pro praxi využít případně i jinde.

Závěr

Porod dítěte v termínu je pro rodiče většinou pozitivní událost. Předčasný porod bývá zpravidla velkým šokem, na který by bylo dobré se předem nějak připravit. To je však velmi problematické, de facto nemožné. Pokud by měla být žena na začátku těhotenství seznámena se všemi možnými komplikacemi, mohla by být v takovém stresu, že by si nějaké z nich mohla sama přivodit. V případě, že o riziku předčasného porodu ví, mnohdy si to nepřipustí a následně je stejně šokována. A šok se dostavuje i u žen v rizikovém těhotenství, které jsou na nebezpečí předčasného porodu předem připravovány. Na některé situace v životě se zkrátka nelze připravit, i když jsou rizika známá. Záleží také na osobnosti a zkušenosti každého člověka, jak se s takovou zátěží následně vyrovná.

Vzhledem k tomu, že předčasný porod je závažným zásahem do psychiky matek a otců předčasně narozených dětí, je velmi důležité dbát na aktivní podporu všech zmíněných uklidňujících faktorů působících na psychiku rodičů a na citlivý přístup k aspektům, které rodiče stresují. Je klíčové, aby zdravotnický personál poskytoval každému z rodičů individuální podporu, protože dopady jsou často subjektivní. Vedle sledování psychického stavu matek, jehož odchylky mohou být navenek více zřejmé, by měli zdravotníci v souvislosti s případným negativním vlivem předčasného porodu na psychiku věnovat zvýšenou pozornost také otcům, u kterých může být dopad zátěže méně zjevný. Je velmi potěšující, že můj výzkum také prokázal, že ve FN Brno, pracoviště Porodnice, rodiče předčasně narozených dětí vnímají ze strany zdravotnického personálu jistou míru podpory a empatie. Jsem přesvědčena, že pokud by se podařilo minimalizovat zmíněné stresující faktory, bylo by to ku prospěchu pro všechny zainteresované v tomto náročném procesu podpory dříve narozeného a velmi křehkého člověka.

Závěrem bych chtěla dát podnět k budoucímu výzkumu, který by s odstupem několika let mohl na stejných párech zapojených do této studie odhalit dlouhodobý vliv a dopad předčasného porodu na psychiku rodičů, případně celé rodiny.

Referenční seznam literatury

- 1) ACOG, 2023. FAQs – Preterm Labor and Birth. *acog.org* [online] [cit. 2024-01-30]. Dostupné z: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/preterm-labor-and-birth>
- 2) ALFIREVIC, Z., T. STAMPALIJA a N. MEDLEY, 2017. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. 6(6) [cit. 2024-01-21]. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD008991.pub3
- 3) AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS' COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS—OBSTETRICS, 2016. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. *Obstet Gynecol* [online]. 128(4), 155–164 [cit. 2024-01-30]. Dostupné z: doi:10.1097/AOG.0000000000001711
- 4) BALDONI, F. a M. GIANNOTTI, 2020. Perinatal distress in fathers: toward a gender-based screening of paternal perinatal depressive and affective disorders. *Front Psychol* [online]. 11, 1982 [cit. 2024-03-26]. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2020.01892
- 5) BAŠKOVÁ, M. a L. MÍČOVÁ, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing [cit. 2024-04-04]. ISBN 978-80-247-5361-4.
- 6) CALDA, P., A. ČERNÝ, Z. ČUŘILOVÁ ROHÁČOVÁ, M. DOKOUPILOVÁ, J. DORT, V. DOSTALÍKOVÁ, H. M. DVOŘÁKOVÁ, K. FIALOVÁ, J. HÁJKOVÁ, J. HOLOUBKOVÁ, Z. HOŘEJŠOVÁ, H. HRBÁČKOVÁ a H. HŘEBEJKOVÁ, 2022. *Když přichází na svět miminka do dlaně*. 1. vydání. Praha: Nedoklubko [cit. 2024-03-19]. ISBN 978-80-908525-0-1.
- 7) CARVALHO, S. C., B. C. FACIO, B. FELISBERTO DE SOUZA, F. C. PORTO DE ABREU-D'AGOSTINI, A. MORAES LEITE a M. WERNET, 2019. Maternal care in the preterm child's family context: A comprehensive look towards the sibling. *Rev Bras Enferm* [online]. 72(3), 50–57 [cit. 2024-04-25]. Dostupné z: doi:10.1590/0034-7167-2017-0780
- 8) CENTRUM PROVÁZENÍ. *Centrum provázení | Centrum provázení* [online] [cit. 2024-03-18]. Dostupné z: <https://centrumprovazeni.cz/centrum-provazeni/>
- 9) COBO, T., M. KACEROVSKY a B. JACOBSSON, 2020. Risk factors of spontaneous preterm delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* [online]. 150(1), 17–23 [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: doi:10.1002/ijgo.13184
- 10) COLER, B. S., O. SHYNLOVA, A. BOROS-RAUSCH, S. LYE, S. MCCARTNEY, K. B. LEIMERT, W. XU, S. CHEMTOB, D. OLSON, M. LI, E. HUEBNER, A. CURTIN, A. KACHIKIS, L. SAVITSKY, J. W. PAUL, R. SMITH a K. M. ADAMS WALDORF,

2021. Landscape of Preterm Birth Therapeutics and a Path Forward. *J Clin Med* [online]. 10(13), 2912. [cit. 2024-01-28]. Dostupné z: doi: 10.3390/jcm10132912
- 11) COSTANZI, M., B. CIANFANELLI, A. SANTIROCCHI, S. LASAPONARA, P. SPATARO, C. ROSSI-ARNAUD a V. CESTARI, 2021. Forgetting Unwanted Memories: Active Forgetting and Implications for the Development of Psychological Disorders. *J Pers Med* [online]. 11(4), 241 [cit. 2024-04-29]. Dostupné z: doi:10.3390/jpm11040241
 - 12) ČERNOHORSKÁ, P., H. VITÁSKOVÁ, Z. KOKRDOVÁ, Z. HÁJEK, M. KOUCKÝ a A. PAŘÍZEK, 2019. Cerclage – historie a současnost: Přehledový článek. *Ceska Gynekol* 84(1), 55–60 [cit. 2024-01-16]. ISSN: 1805-4455.
 - 13) ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. Otcovská – Česká správa sociálního zabezpečení. *cssz.cz* [online] [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/otcovska>
 - 14) ČLS JEP. Perinatologická statistika 2022. *perinatologie.eu* [online] [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/cr-statisticke-ukazatele/>
 - 15) DUDÁŠOVÁ, J., P. ŠIMJÁK, M. KOUCKÝ a A. PAŘÍZEK, 2019. Současné možnosti predikce předčasného porodu. *Ceska gynekol* [online]. 83(5), 355–360 [cit. 2024-02-13]. ISSN: 1210-7832.
 - 16) ETTENBERGER, M., Ł. BIELENINIK, A. S. STORDAL a C. GHETTI, 2024. The effect of paternal anxiety on mother-infant bonding in neonatal intensive care. *BMC Pregnancy Childbirth* [online]. 24, 55 [cit. 2024-01-17]. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-023-06179-z
 - 17) EUROPERISTAT. The European perinatal health report, 2015-2019. *euoperistat.com* [online] [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: https://www.euoperistat.com/images/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf
 - 18) FLENADY, V., G. HAWLEY, O. M. STOCK, S. KENYON a N. BADAWI, 2013. Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. (12): CD000246 [cit. 2024-02-18]. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD000246
 - 19) FLENADY, V., H. E. REINEBRANT, H. G. LILEY, E. G. TAMBIMUTTU a D. N. M. PAPATSONIS, 2014. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. 6(6): CD004452 [cit. 2024-01-29]. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD004452.pub3
 - 20) FRANCK, L. S., R. M. KRIZ, B. ROBIN, D. M. CORMIER, P. JOE, P. S. MILLER, J.

- H. KIM, C. LIN a Y. SUN, 2019. Comparison of family centered care with family integrated care and mobile technology (mFICare) on preterm infant and family outcomes: a multi-site quasi-experimental clinical trial protocol. *BMC Pediatrics* [online]. 19(1): 469 [cit. 2024-04-28]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1186/s12887-019-1838-3>
- 21) FREY, H. A. a M. A. KLEBANOFF, 2016. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med* [online]. 21(2), 68–73 [cit. 2024-01-21]. Dostupné z: doi:[10.1016/j.siny.2015.12.011](https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.011)
- 22) GADAPANI PATHAK, B., B. SINHA, N. SHARMA, S. MAZUMDER a N. BHANDARI, 2023. Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* [online]. 101(6), 391–402 [cit. 2024-01-16]. Dostupné z: doi:[10.2471/BLT.22.288977](https://doi.org/10.2471/BLT.22.288977)
- 23) GELLER, P. A., A. BONACQUISTI a CH. A. PATTERSON, 2018. Maternal Experience of Neonatal Intensive Care Unit Hospitalization: Trauma Exposure and Psychosocial Responses. In: *Motherhood in the Face of Trauma* [online]. 1. vydání: Springer, s. 227–247 [cit. 2024-03-29]. ISBN 978-3-319-65722-6. Dostupné z: doi: [10.1007/978-3-319-65724-0_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-65724-0_15)
- 24) GÓMEZ-CANTARINO, S., I. GARCÍA-VALDIVIESO, E. MONCUNILL-MARTÍNEZ, B. YÁÑEZ-ARAQUE a M. I. UGARTE GURRUTXAGA, 2020. Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. [online]. 17(19): 7197. [cit. 2024-04-29]. Dostupné z: doi:[10.3390/ijerph17197197](https://doi.org/10.3390/ijerph17197197)
- 25) GREGOR, M., 2020. Predikce předčasného porodu – cervikometrie a biomarkery. *Actual Gyn*. [online]. 12, 20–24 [cit. 2024-01-19]. ISSN 1803-9588.
- 26) HAGEN, I. H., V. C. IVERSEN a M. F. SVINDSETH, 2016. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatrics*. [online]. 16: 92 [cit. 2024-04-29]. Dostupné z: doi:[10.1186/s12887-016-0631-9](https://doi.org/10.1186/s12887-016-0631-9)
- 27) HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada [cit. 2024-01-16]. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 28) HENDL, J., 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5. přepracované vydání. Praha: Portál [cit. 2024-04-15]. ISBN 978-80-262-1968-2.
- 29) HORNOVÁ, M., A. PAŘÍZEK a M. KOUCKÝ, 2021. Úloha mikrobiomu v těhotenství. *Ceska Gynekol* [online]. 86(6), 422–427 [cit. 2024-01-16]. ISSN 1210-7832. Dostupné

z: doi: <https://doi.org/10.48095/cccg2021422>

- 30) CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., 2013. Realita traumatu rodičů po předčasném porodu možný vliv na utváření vztahu mezi matkou a dítětem. *Neonatologické listy*. 19(1), 37–40 [cit. 2024-01-16]. ISSN 1211-1600.
- 31) CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., J. MATĚJEK a B. STEINLAUF, 2023. *Etika v pediatrii a neonatologii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing [cit. 2024-01-16]. ISBN 978-80-271-3263-8.
- 32) IONIO, C., E. MASCHERONI, C. COLOMBO, F. CASTOLDI a G. LISTA, 2019. Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: identifying risk factors for early interventions. *Prim Health Care Res Dev* [online]. 20:e81 [cit. 2024-03-24]. Dostupné z: doi:10.1017/S1463423619000021
- 33) IONIO, CH., C. COLOMBO, V. BRAZZODURO, E. MASCHERONI, E. CONFALONIERI, F. CASTOLDI a G. LISTA, 2016. Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Eur J Psychol* [online]. 12(4), 604–621 [cit 2024-04-25]. Dostupné z: doi:10.5964/ejop.v12i4.1093
- 34) JANOTA, J. a Z. STRAŇÁK, 2023. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: EEZY [cit. 2024-01-16]. ISBN 978-80-88506-07-2.
- 35) KACEROVSKÝ, M., Z. KOKRDOVÁ, M. KOUCKÝ, P. KŘEPELKA, T. LAMBERSKÁ, J. MAŠATA, J. SMÍŠEK, P. ŠIMJÁK a P. VELEBIL, 2017. Spontánní předčasný porod: Doporučený postup. *Ceska Gynekol* [online]. 82(2), 160–165 [cit. 2024-01-16]. ISSN 1210-7832. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2017-2-13/spontanni-predcasny-porod-doporuceny-postup-61068/download?hl=cs>
- 36) KOUCKÝ, M., 2020. *Současný pohled na pozadí a management spontánního předčasného porodu* [online]. Praha. Habilitační práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta [cit. 2024-01-19]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/172316/Kompletn%C3%AD%20habilita%C3%AD%20pr%C3%A1ce%20Kouck%C3%AD%20-%20bez%20fulltextu_final.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- 37) KOUCKÝ, M., K. MALÍČKOVÁ, T. CINDROVÁ-DAVIES, A. GERMANOVÁ, A. PAŘÍZEK, M. KALOUSOVÁ, Z. HÁJEK a T. ZIMA, 2014. Low levels of circulating T-regulatory lymphocytes and short cervical length are associated with preterm labor. *J Reprod Immunol* [online]. 106, 110–117 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jri.2014.04.001

- 38) KOUCKÝ, M., K. MALÍČKOVÁ, T. CINDROVÁ-DAVIES, J. SMÍŠEK, H. VRÁBLÍKOVÁ, A. ČERNÝ, P. ŠIMJÁK, M. SLOVÁČKOVÁ, A. PAŘÍZEK a T. ZIMA, 2016. Prolonged progesterone administration is associated with less frequent cervicovaginal colonization by *Ureaplasma urealyticum* during pregnancy – Results of a pilot study. *J Reprod Immunol* [online]. 116, 35–41 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jri.2016.04.285
- 39) KOUCKÝ, M., K. MALÍČKOVÁ, H. KOPŘIVOVÁ, T. CINDROVÁ-DAVIES, V. ČAPEK a A. PAŘÍZEK, 2020. Serum mannose-binding lectin (MBL) concentrations are reduced in non-pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Scand J Immunol* [online]. 92(1): e12892 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: doi:10.1111/sji.12892
- 40) KOUCKÝ, M., K. MALÍČKOVÁ, H. KOPŘIVOVÁ, T. CINDROVÁ-DAVIES, H. HRBÁČKOVÁ, A. ČERNÝ, P. ŠIMJÁK, A. PAŘÍZEK a T. ZIMA, 2018. Low maternal serum concentrations of mannose-binding lectin are associated with the risk of shorter duration of pregnancy and lower birthweight. *Scand J Immunol* [online]. 88(1), e12675 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: doi:10.1111/sji.12675
- 41) KOUCKÝ, M. a J. SMÍŠEK, 2014. *Spontánní předčasný porod*. Praha: Maxdorf [cit. 2024-01-16]. ISBN 978-80-7345-416-6.
- 42) KOUCKÝ, Michal a NEDOKLUBKO. O výzkumu – Nedoklubko. *nedoklubko.cz* [online] [cit. 2024-01-21]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/projekty/pomahame-nedonoseni/o-vyzkumu/>
- 43) KUNZE, M., M. KLAR, CH. A. MORFELD, B. THORNS, R. L. SCHILD, F. MARKFELD-EROL, R. RASENACK, H. PROEMPELER, R. HENTSCHEL a W. R. SCHAEFER, 2016. Cytokines in noninvasively obtained amniotic fluid as predictors of fetal inflammatory response syndrome. *Am J Obstet Gynecol* [online]. 215(1): 96.e1–8 [cit. 2024-02-21]. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajog.2016.01.181
- 44) LATVA, R., R. KORJA, R. K. SALMELIN, L. LEHTONEN a T. TAMMINEN, 2008. How is maternal recollection of the birth experience related to the behavioral and emotional outcome of preterm infants? *Early Hum Dev* [online]. 84(8), 587–94 [cit. 2024-02-12]. Dostupné z: doi:10.1016/j.earlhumdev.2008.02.002
- 45) LINDBERG, B., K. AXELSSON a K. ÖHRLING, 2007. The birth of premature infants: Experiences from the father's perspective. *J Neonatal Nurs* [online]. 13(4), 142–149 [cit. 2024-03-26]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jnn.2007.05.004
- 46) ĽUBUŠKÝ, M., 2016. „Umělé přerušeni těhotenství“: hledisko medicínské, organizační, legislativní a ekonomické. *Gyn Por* [online] 1(1), 12–29 [cit. 2024-02-28].

- Dostupné z: <https://www.lubusky.com/clanky/109.pdf>.
- 47) MALAKOUTI, J., M. JABRAEELI, S. VALIZADEH a J. BABAPOUR, 2013. Mothers' experience of having a preterm infant in the Neonatal Intensive Care Unit, a Phenomenological Study. *Iran J Crit Care Nurs* [online]. 5(4), 172–181 [cit. 2024-05-02]. Dostupné z: <http://jccnursing.com/article-1-231-en.pdf>
 - 48) MARKOVÁ, D. a M. CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, 2020. *Předčasně narozené dítě: následná péče – kdy začíná a kdy končí?* 1. vydání. Praha: Grada Publishing [cit. 2024-01-16]. ISBN 978-80-271-1745-1.
 - 49) MĚCHUROVÁ, A., 2013. Současné názory na management odtoku plodové vody. *Ceska Gynekol* [online]. 78, 15–18 [cit. 2024-02-18]. Dostupné z: <https://www.lekaridnes.cz/wp-content/uploads/2016/08/p-2013-soucasne-nazory-na-management-odtoku-plodove-vody.pdf>
 - 50) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada [cit. 2024-04-19]. ISBN 978-80-247-1362-5.
 - 51) MISUND, A. R., P. NERDRUM a T. H. DISETH, 2014. Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. (14:263) [cit. 2024-04-25]. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2393-14-263
 - 52) NADAČNÍ FOND PRO PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DĚTI A JEJICH RODINY. Nadační fond – Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny. predcasnenarozenedeti.cz [online] [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: <https://predcasnenarozenedeti.cz/nadacni-fond/#cile>
 - 53) NEDOKLUBKO. O nás – Nedoklubko. nedoklubko.cz [online] [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/o-nas/>
 - 54) NEDOKLUBKO. Světový den předčasně narozených dětí – Nedoklubko. nedoklubko.cz [online] [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/svetovyden/>
 - 55) NEILSON, J. P., H. M. WEST a T. DOWSWELL, 2014. Betamimetics for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. 2014(2) [cit. 2024-01-29]. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD004352.pub3
 - 56) OHUMA, E., A.-B. MOLLER a E. BRADLEY, 2023. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet* [online]. 402(10409), 1261–1271 [cit. 2023-01-23]. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(23)00878-4
 - 57) PERINATOLOGIE. Perinatologická centra. perinatologie.eu [online] [cit. 2024-01-

- 27]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/pracoviste/>
- 58) PEYCHL, I., 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vydání. Praha: Galén [cit. 2024-01-16]. ISBN 978-80-7262-283-2.
- 59) POPPY STEERING GROUP, 2009. *Family-centred care in neonatal units. A summary of research results and recommendations from the POPPY project* [online]. London: NCT [cit. 2024-04-25]. ISBN 978-0-9550328-8-1. Dostupné z: https://nna.org.uk/assets/poppy_family-centered-care.pdf
- 60) PREDCASNYPOROD.CZ. O projektu – Nabízíme Vám v těhotenství klid a naději. *predcasnyporod.cz* [online] [cit. 2024-01-19]. Dostupné z: <https://www.predcasnyporod.eu/o-projektu-2/>
- 61) PRINCE, A. L., K. M. ANTONY, D. M. CHU a K. M. AAGAARD, 2014. The microbiome, parturition, and timing of birth: more questions than answers. *J Reprod Immunol* [online]. 104–105, 12–19. [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jri.2014.03.006
- 62) PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf [cit. 2024-01-16]. ISBN 978-80-7345-618-4.
- 63) PROUHET, P. M., M. R. GREGORY, C. L. RUSSELL a L. H. YAEGER, 2018. Father's stress in the neonatal intensive care unit: a systematic review. *Adv Neonatal Care* [online]. 18(2), 105–120 [cit. 2024-03-16]. Dostupné z: doi:10.1097/ANC.0000000000000472
- 64) PROVENZI, L. a E. SANTORO, 2015. The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. *J Clin Nurs* [online]. 24(13–14): 1784–94 [cit. 2024-04-25]. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.12828
- 65) RIVER, J. a M. FLOOD, 2021. Masculinities, emotions and men's suicide. *Sociol Health Illn* [online]. 43(4), 910–927. [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: doi:10.1111/1467-9566.13257
- 66) ROSENFELD, S. a D. MOUZON, 2012. Gender and mental health. In: *Handbooks of Sociology and Social Research*. Dordrecht: Springer [cit. 2024-03-19]. ISBN 978-94-007-4275-.
- 67) ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing [cit. 2024-01-16]. ISBN 978-80-271-2098-7.
- 68) SERI, I. a J. EVANS, 2008. Limits of viability: definition of the grey zone. *J Perinatol* [online]. 28(1), 4–8 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: doi:10.1038/jp.2008.42

- 69) SHAMAS U. N., N., A. RUKHSANA, N. TAHIRA, S. KHADIJA, A. AYESHA a A. ABDUL, 2023. Comparison of vaginal progesterone plus cervical cerclage versus vaginal progesterone alone in reducing preterm birth in high risk women. *Professional Medical Journal* [online]. 30(8), 982–986 [cit. 2024-01-21]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.29309/TPMJ/2023.30.08.7597>
- 70) SCHUMACHER, H., 2019. Why more men than women die by suicide. *bbc.om* [online] [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: <https://www.bbc.com/future/article/20190313-why-more-men-kill-themselves-than-women>
- 71) SISSON, H., C. JONES, R. WILLIAMS a L. LACHANUDIS, 2015. Metaethnographic synthesis of father's experiences of the neonatal intensive care unit environment during hospitalization of their premature infants. *J Obstetric Gynecologic Neonatal Nurs* [online]. 44(4), 471–480 [cit. 2024-03-26]. Dostupné z: doi:10.1111/1552-6909.12662
- 72) SOARES, N. C., M. P. BERNARDINO a A. V. ZANI, 2019. Insertion of the father in the care of the hospitalized preterm infant: perception of the multiprofessional team. *Revista Paulista De Pediatria* [online]. 37(3), 283–290 [cit. 2024-03-26]. Dostupné z: doi:10.1590/1984-0462/;2019;37;3;00014
- 73) STEFANA, A., P. BIBAN, E. M. PADOVANI a M. LAVELLI, 2022. Fathers' experiences of supporting their partners during their preterm infant's stay in the neonatal intensive care unit: a multi-method study. *J Perinatol* [online]. 42(6), 714–722 [cit. 2024-01-17]. Dostupné z: doi:10.1038/s41372-021-01195-3
- 74) SUAREZ, A. a V. YAKUPOVA, 2023. Past Traumatic Life Events, Postpartum PTSD, and the Role of Labor Support. *Int J Environ Res Public Health* [online]. 20(11): 6048 [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph20116048
- 75) SUFF, N., L. STORY a A. SHENNAN, 2019. The prediction of preterm delivery: What is new? *Semin Fetal Neonatal Med* [online]. 24(1), 27–32 [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: doi:10.1016/j.siny.2018.09.006
- 76) ŠVAŘÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál [cit. 2024-04-19]. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 77) THOMSON, G., R. NOWLAND a M. IRVING, 2023. Psychosocial needs of parents of infants admitted to neonatal care: A qualitative study. *Journal of Neonatal Nursing* [online]. 29(2), 326–329 [cit. 2024-04-25]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.07.006>
- 78) TRUMELLO, C., C. CANDELORI, M. COFINI, S. CIMINO, L. CERNIGLIA, M. PACIELLO a A. BABORE, 2018. Mothers' Depression, Anxiety, and Mental

- Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit. *Front Public Health* [online]. 6, 359 [cit. 2024-01-16]. Dostupné z: doi:10.3389/fpubh.2018.00359
- 79) ÚZIS ČR, 2021. Narození a zemřelí do 1 roku 2019. *uzis.cz* [online] [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008354/narzem2019.pdf>
- 80) VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum [cit. 2024-04-04]. ISBN 978-80-246-1318-5.
- 81) VOGEL, D. L., S. R. HEIMERDINGER-EDWARDS, J. H. HAMMER a A. HUBBARD, 2011. „Boys don't cry": examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *J Couns Psychol* [online]. 58(3), 368–382 [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: doi:10.1037/a0023688
- 82) WATSON, H. A., J. CARTER, P. T. SEED, R. M. TRIBE a A. H. SHENNAN, 2017. The QUIPP App: a safe alternative to a treat-all strategy for threatened preterm labor. *Ultrasound in Obstet & Gyne* [online]. 50(3), 342–346 [cit. 2024-01-19]. Dostupné z: doi:10.1002/uog.17499
- 83) WHO TEAM, 2023. *Born too soon: Decate of action on preterm birth* [cit. 2024-01-23]. ISBN 978-92-4-007389-0.
- 84) WILSON, A., V. A. HODGETTS-MORTON, E. J. MARSON, A. D. MARKLAND, E. LARKAI, A. PAPADOPOULOU, A. COOMARASAMY, A. TOBIAS, D. CHOU, O. T. OLADAPO, M. J. PRICE, K. MORRIS a I. D. GALLOS, 2022. Tocolytics for delaying preterm birth: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. 10(8), 8 [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD014978.pub2
- 85) ZAKONYPROLIDI.CZ. Příloha k vyhlášce č. 297/2012 Sb., o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého, způsobu jeho vyplňování a předávání místům určení, a o náležitostech hlášení ukončení těhotenství porodem mrtvého dítěte, o úmrtí dítěte a hlášení o úmrtí matky (vyhláška o Listu o prohlídce zemřelého). *zakonyprolidi.cz* [online] [cit. 2024-01-27]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/disk/cs/file/2012/2012c105z0297_2015c155z0364p001u001.pdf

Seznam zkratek

ATB – antibiotika

BMI – Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)

BPD – Bronchopulmonary Dysplasia (Bronchopulmonální dysplazie)

CRP – C-reactive protein (C-reaktivní protein)

CTG – Cardiotocography (Kardiotokografie)

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

DMO – Dětská mozková obrna

ELBW – Extremely Low Birthweight (Extrémně nízká porodní hmotnost)

FCC – Family-Centered Care

FFN – Fetal Fibronectin (Fetální fibronektin)

FIRS – Fetal Inflammatory Response Syndrome (Syndrom fetální zánětlivé odpovědi)

FN Brno – Fakultní nemocnice Brno

GBS – Streptococcus agalactiae (Streptokok skupiny B)

IUGR – Intrauterine Growth Restriction (Intrauterinní růstová restrikce)

i.m. – intramuskulárně

i.v. – intravenózně

IU – Mezinárodní jednotky

JIP – Jednotka intenzivní péče

JIRPN – Jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence

LF MU – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

LBW – Low Birthweight (Nízká porodní hmotnost)

MBL – Mannose Binding Lectin

NEC – Necrotizing Enterocolitis (Nekrotizující enterokolitida)

NICU – Neonatal Intensive Care Unit (neonatologická jednotka intenzivní péče)

PAMG-1 – Placental alpha mikroglobulin-1

PIGFBP-1 – Insulin-like growth factor binding protein 1

POPPY – Parents of Preterm babies Project

PPROM – Preterm Prelabor Rupture of Membranes (Předčasný odtok plodové vody)

PTSD – Posttraumatic Stress Disorder (Posttraumatická stresová porucha)

QUIPP – Quantitative Instrument for the Prediction of Preterm birth

RDS – Respiratory Distress Syndrome (Syndrom respirační tísně)

Sb. – Sběrka zákonů

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

UNICEF – United Nations International Children’s Emergency Fund (Dětský fond Organizace spojených národů)

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

VLBW – Very Low Birthweight (Velmi nízká porodní hmotnost)

VVV – Vrozené vývojové vady

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam tabulek

Tab. 1 Charakteristika respondentů.....	41
Tab. 2 Kategorie a podkategorie	43

Seznam příloh

Příloha 1: Výchozí znění polostrukturovaných rozhovorů pro matky a otce	94
Příloha 2: Informovaný souhlas pro rodiče.....	96
Příloha 3: Žádost o sběr dat ve FN Brno	98
Příloha 4: Vyjádření Etické komise FZV UP	100

Příloha 1: Výchozí znění otázek polostrukturovaných rozhovorů pro matky a otce

Matka

Základní otázky

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jste s partnerem sezdáni? Žijete s partnerem/manželem v jedné domácnosti?
4. Pokolikáté jste byla těhotná a kolikátý byl tohle Váš porod?
5. Porodila jste předčasně, je to tak?
 - a. Pokud druhou/více rodička:
 - i. Kolik máte dětí a jak jsou staré? Předchozí porody proběhly v termínu? Máte všechny děti s nynějším partnerem?
6. Otěhotněla jste spontánně nebo jste využili některých služeb reprodukční medicíny?
7. Bylo nynější těhotenství plánované a chtěné?
8. V kolikátém týdnu těhotenství jste porodila?
9. Jaká byla porodní hmotnost Vašeho miminka?

Těhotenství, porod a poporodní období

10. Jak jste prožívala období těhotenství, než jste se dozvěděla, že pravděpodobně porodíte předčasně? Jaké byly Vaše pocity a očekávání a případně obavy ohledně porodu?
11. V jakém týdnu těhotenství jste se dozvěděla, že se Vaše dítě může narodit předčasně a jak jste na tuto skutečnost reagovala? Jaký byl Váš první dojem nebo reakce?
12. Byl Váš partner přítomen u porodu? Jaké jste z toho měla pocity?
13. Jak jste prožívala momenty bezprostředně po předčasném porodu? Jaké jste měla pocity a jaké byly Vaše největší obavy?
14. Kdy jste porodila? Jak je to dlouho?
15. Jak se cítíte nyní po psychické stránce?
16. Jak velký zásah představoval/představuje předčasný porod pro Vaši psychiku?
17. Co se týče samotného předčasného porodu, cítila jste se ze strany lékařů, porodních asistentek, příp. sester o všem dostatečně informovaná? (například, zda jste věděla důvod předčasného porodu)

Kontakt s dítětem

18. Kdy jste měla první kontakt s Vaším miminkem?
19. Jak probíhal první kontakt s Vaším miminkem a jaké jste měla pocity, když jste ho poprvé viděla?
20. Jaký byl Váš vztah k Vašemu miminku v prvních dnech po porodu?
21. Jste s Vaším miminkem hospitalizovaná na rooming-in?
 - a. Pokud ANO:
 - i. Jak vnímáte fakt, že můžete s Vaším dítětem být nepřetržitě?
 - b. Pokud NE:
 - i. Z jakého důvodu?
 - ii. Jak často dojíždíte za miminkem sem do porodnice? Máte možnost tu být tak často, jak byste si přála?
 - iii. Jak vnímáte fakt, že nemůžeme s Vaším dítětem být nepřetržitě?
22. Jak vnímáte svou účast a zapojení do péče o Vaše dítě? Jak se konkrétně zapojujete?
23. Jak hodnotíte komunikaci s lékaři a zdravotnickým personálem ohledně Vašeho dítěte? Cítíte se o všem dostatečně informovaná?

Podpora

24. Cítíte se psychicky podporována ze strany Vašeho okolí (myšleno rodina, partner nebo přátelé)? Jak?
25. Cítíte se psychicky podporována ze strany zdravotnického personálu, který pečuje o Vaše dítě? Jak?
26. Od koho cítíte největší podporu?
27. Jaký způsob podpory je pro Vás nejprospěšnější?
28. Je naopak něco, co Vám chybí v přístupu Vašeho okolí (rodina, přátelé, lékaři či dětské sestry), co by Vám pomohlo lépe psychicky zvládat Vaši momentální situaci?
29. Jakým způsobem podporujete Vy svého partnera?
30. Slyšela jste o nějaké z organizací, která pomáhá rodičům předčasně narozených dětí? Využili jste nebo plánujete využít služeb některé z nich?
31. V rámci Vašeho pobytu v porodnici, byly Vám nabídnuty a využila jste služeb například paní Romany Vyskočilové z Centra provázení nebo paní psychologky Mgr. Hany Jahnové?
 - a. Pokud ANO:
 - i. Bylo to prospěšné pro Váš psychický stav? Co Vám nejvíce pomohlo?

Na závěr

32. Víím, že velmi předbívám, ale chtěla byste v budoucnu další děti?
33. Je něco, co se týče vlivu předčasného porodu na Vaši psychiku, na co jsem se nezeptala a k čemu byste se chtěla vyjádřit?
34. Těšíte se domů? Máte z odchodu z nemocnice do domácího prostředí nějaké obavy?

Otec

Základní otázky

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jste s partnerkou sezdáni? Žijete s partnerkou/manželkou v jedné domácnosti?
4. Pokolikáté byla Vaše partnerka těhotná a pokolikáté porodila?
5. Vaše partnerka porodila předčasně, je to tak?
 - a. Pokud druhu/více rodička:
 - i. Kolik máte dětí a jak jsou staré? Předchozí porody proběhly v termínu? Máte všechny děti s nynější partnerkou?
6. Otěhotněla Vaše partnerka spontánně nebo jste využili některých služeb reprodukční medicíny?
7. Bylo nynější těhotenství plánované a chtěné?
8. V kolikátém týdnu těhotenství Vaše partnerka porodila?
9. Jaká byla porodní hmotnost Vašeho miminka?

Těhotenství, porod a poporodní období

10. Jak jste prožíval očekávání otcovství během těhotenství partnerky, než jste se dozvěděl, že pravděpodobně porodí předčasně? Jaké byly Vaše pocity a očekávání a případně obavy ohledně porodu?
11. Kdy jste se dozvěděl, že se Vaše dítě může narodit předčasně a jak jste na tuto skutečnost reagoval? Jaký byl Váš první dojem nebo reakce?
12. Byl jste přítomen u porodu? Jaké jste z toho měl pocity?
13. Jak jste prožíval momenty bezprostředně po předčasném porodu Vaší partnerky? Jaké jste měl pocity a jaké byly Vaše největší obavy?
14. Kdy Vaše partnerka porodila? Jak je to dlouho?
15. Jak se cítíte nyní po psychické stránce?
16. Jak velký zásah představoval/představuje předčasný porod Vaší partnerky pro Vaši psychiku?
17. Co se týče samotného předčasného porodu, cítil jste se ze strany lékařů, porodních asistentek, příp. sester o všem dostatečně informován? (například, zda jste věděl důvod předčasného porodu)

Kontakt s dítětem

18. Kdy jste měl první kontakt s Vaším miminkem?
19. Jak probíhal první kontakt s Vaším miminkem a jaké jste měl pocity, když jste ho poprvé viděl?
20. Jaký byl Váš vztah k Vašemu miminku v prvních dnech po porodu?
21. Jak často navštěvujete Vaše dítě a partnerku tady v porodnici? Máte možnost tu být tak často, jak byste si přál?
22. Když jste tady v porodnici, zapojujete se do péče o Vaše miminko?
 - a. Pokud ANO:
 - i. Jak vnímáte svou účast a zapojení do péče o Vaše dítě? Jak se konkrétně zapojujete?
 - b. Pokud NE:
 - i. Z jakého důvodu?
23. Jak hodnotíte komunikaci s lékaři a zdravotnickým personálem ohledně Vašeho dítěte? Cítíte se o všem dostatečně informován?

Podpora

24. Cítíte se psychicky podporován ze strany Vašeho okolí (myšleno rodina, partnerka nebo přátelé)? Jak?
25. Cítíte se psychicky podporován ze strany zdravotnického personálu, který pečuje o Vaše dítě? Jak?
26. Od koho cítíte největší podporu?
27. Jaký způsob podpory je pro Vás nejprospěšnější?
28. Je naopak něco, co Vám chybí v přístupu Vašeho okolí (rodina, přátelé, lékaři či dětské sestry), co by Vám pomohlo lépe psychicky zvládat Vaši momentální situaci?
29. Jakým způsobem podporujete Vy svoji partnerku?
30. Slyšel jste o nějaké z organizací, která pomáhá rodičům předčasně narozených dětí? Využili jste nebo plánujete využít služeb některé z nich?
31. V rámci Vašeho doprovázení partnerky v porodnici, byly Vám nabídnuty a využil jste služeb například paní Romany Vyskočilové z Centra provázení nebo paní psychologky Mgr. Hany Jahnové?
 - a. Pokud ANO:
 - i. Bylo to prospěšné pro Váš psychický stav? Co Vám nejvíce pomohlo?

Na závěr

32. Víím, že velmi předbívám, ale chtěl byste v budoucnu další děti?
33. Je něco, co se týče vlivu předčasného porodu na Vaši psychiku, na co jsem se nezeptala a k čemu byste se chtěl vyjádřit?
34. Těšíte se až budete mít partnerku s Vaším miminkem doma? Máte z jejich odchodu z nemocnice do domácnosti prostředí nějaké obavy?

Příloha 2: Informovaný souhlas pro rodiče



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Diplomová práce – Vliv předčasného porodu na psychiku matky a otce narozeného dítěte

Období realizace: polovina února až konec dubna 2024

Řešitelé projektu: Bc. Patricie Janoutová

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zkoumání vlivu předčasného porodu na psychiku matky a otce narozeného dítěte. Výsledkem tohoto výzkumného šetření bude formulace doporučení pro lékaře, sestry, dětské sestry a porodní asistentky, jak k rodičům předčasně narozených dětí nejlépe přistupovat a pomoci jim vyrovnat se s prožitou situací. Pro výzkum bude aplikován kvalitativní výzkum ve formě polostrukturovaného rozhovoru, který bude trvat 30 až 60 minut a bude veden s jednotlivými matkami a otci zvlášť. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika, pro lepší zpracování Vašich odpovědí si s Vaším dovořením budu rozhovor nahrávat a následně přepisovat do mé diplomové práce. Rozhovor bude veden nanejvýš empaticky s ohledem na citlivost tématu. Z Vašich osobních dat budou zveřejněny pouze základní sociodemografické údaje (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav) a po realizaci výzkumu bude nahrávka rozhovoru smazána. Výhodou Vaší účasti na tomto projektu může být možnost sdělit Vaše zkušenosti s touto nelehkou životní situací a pomoci tak dalším rodičům, kteří se budou v budoucnu s tímto potýkat. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte, prosím, podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel/ka projektu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis řešitelky projektu: _____

Příloha 3: Žádost o sběr dat ve FN Brno



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 625 00 Brno
IČO 652 69 705

ODDĚLENÍ ORGANIZACE ŘÍZENÍ
Tel.: 532 232 667

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY
v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Pa. PATRICIE JANOUTOVÁ
Datum narození: 25.11. 1998 Telefon: 775 981 125 E-mail: pata.janoutova@seznam.cz
Adresa trvalého bydliště: SYROVICKA 518, 664 61 RAJHRAD
Přesný název školy/fakulty: UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Obor studia: INTENZIVNÍ PÉČE V PORODNÍ ASISTENCI
Vyplňte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje a otázky. **Správnou odpověď zakřížkujte!**

Forma studia: prezenční kombinovaná

Téma závěrečné práce: VLIV PŘEDČASNÉHO PORODU NA PSYCHIKU MATKY A OTCE NAROZENÉHO DÍTĚTE

Účel žádosti:

- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Vedoucí práce (jméno a příjmení vedoucího práce a název školy/instituce, ve které je zaměstnán)

MUDr. DAGMAR SEIDLOVÁ, PH.D., FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

- ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: LUŽKOVÁ, ČÁST II. ARO, PORODNICE OBILNÍ TRH NE
(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a **předem má souhlas konkrétního pracoviště**, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, **vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“**. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník:

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od do

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat:

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet:

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od do

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů:

Přesná specifikace, co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: 10-20 z kterého pracoviště: BPk + NO - JIP

5-292/21/10

Fakultní nemocnice Brno	
Jihlavská 20, 625 00 BRNO	
Oddělení organizace řízení	
03. 01. 2024	
Ev. č.: <u>2475</u>	Vyřizuje:
Č.j.: <u>819</u>	Počet Vpř.:

vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání:
z kterého pracoviště:

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek)!

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích
 jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována:

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: 8.1.2024 do: 30.4.2024

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: GPK + NO-51P

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení: Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení vedoucím zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného zdravotnického náměstka FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do FN Brno:

a) elektronicky (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu: [Bastarova.Jana@fnbrno.cz](mailto: Bastarova.Jana@fnbrno.cz)

b) nebo v listinné formě (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:

Fakultní nemocnice Brno

Oddělení organizace řízení – Jana Baštařová, Jihlavská 20, 625 00 Brno

Datum: 3.1.2024

Podpis: 

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 3.1.2024 pod číslem: 2024/819/FNBRNO-2975

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - útvar: GPK, NO - VED. ZAMĚSTNANCI NLXP

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného náměstka FN Brno postoupeno dne 4.1.2024

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: 1.6.2023 útvaru: 11. PRO na pozici: RODINNÍ ASISTENTKA

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: z útvaru:

V případě placené služby poplatky dle Ceníku EO viz [www.fnbrno.cz/Odborná veřejnost/Informace pro studijní účely](http://www.fnbrno.cz/Odborná_verejnost/Informace_pro_studijní_účely).

souhlas žadatele s placenou službou

nesouhlas žadatele s placenou službou,
požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno

fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

V Brně dne 11.1.2024


referent/vedoucí OOR

5-292/21/10

Příloha 4: Vyjádření Etické komise FZV UP



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci

UPOL-81064/1030S-2024

**Vážená paní
Bc. Patricie Janoutová**

2024-03-11

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Vliv předčasného porodu na psychiku matky a otce narozeného dítěte**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Mgr. Simona Dobešová Cakirpaloglu, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 852
www.fzv.upol.cz