

Podpora matky pečující o předčasně narozené dítě

Pavλίna Hradilíková

Bakalářská práce 2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavlaína Hradilíková**
Osobní číslo: **H16361**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Podpora matky pečující o předčasně narozené dítě**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti péče o nezralého novorozence, úlohy porodní asistentky s akcentem na podporu matky (otce) při péči o dítě.

Příprava metodiky výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ a Lenka NOVOTNÁ. Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. Intenzivní péče o novorozence. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-447-4.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

KOUCKÝ, Michal a Jan SMÍŠEK. Spontánní předčasný porod. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-416-6.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

TSCHUDIN, Verena. Ethics in nursing: the caring relationship. New York: Butterworth-Heinemann, 2002. ISBN 0-7506-5265-9.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 16. 5. 2019

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užíti či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Teoretická část bakalářské práce se zabývá předčasně narozenými dětmi, popisuje klasifikaci nezralých novorozenců, základní projevy nezralosti, komplikace, které mohou nastat při předčasném porodu a možnosti péče o nedonošené novorozence. Věnuje se matkám (rodičům), jejich psychice, edukaci a podpoře v oblasti vyrovnání se s předčasným porodem a začleněním se do péče o předčasně narozené děti. Praktická část je založena na dotazníkovém šetření. Cílem této práce bylo zjistit, jakou mají matky podporu po předčasném porodu.

Klíčová slova: předčasný porod, nezralý novorozenec, psychika matky, péče o nezralého novorozence

ABSTRACT

The theoretical part of the bachelor thesis deals with premature babies, describes the classification of immature newborns, basic manifestations of immaturity, complications that may occur during premature birth and the possibility of care for premature newborns. She devotes herself to mothers (parents), their psyche, education and support in dealing with premature birth and integration into care for premature babies. The practical part is based on a questionnaire survey. The aim of this work was to find out the support of mothers after premature birth.

Keywords: premature delivery, immature newborns, mothers psyche, care for premature newborns

Chtěla bych poděkovat PhDr. Anně Krátké, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, za laskavý přístup, cenné rady a ochotu mi pomoc. Také bych chtěla poděkovat mé rodině a kamarádům za podporu a pevné nervy po celou dobu studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 TĚHOTENSTVÍ	12
1.1 ZNÁMKY TĚHOTENSTVÍ	12
1.2 ROZDĚLENÍ TRIMESTRŮ	13
1.3 PŘÍPRAVA NA POROD	14
1.3.1 Předporodní kurzy	14
1.4 PATOFYZIOLOGIE TĚHOTENSTVÍ	15
1.4.1 Rizikové těhotenství	15
1.4.2 Patologické těhotenství	15
1.4.3 Prevence	16
1.5 POROD.....	16
1.5.1 Klasifikace porodu	16
1.5.2 Doby porodní	17
1.5.3 Nácvik dýchání.....	18
1.6 PŘEDČASNÝ POROD	18
1.6.1 Příčiny	19
1.6.2 Rizikové faktory.....	19
1.6.3 Příznaky.....	19
1.6.4 Prevence	19
2 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DÍTĚ	21
2.1 ANATOMICKÉ A FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY, PROBLÉMY SPOJENÉ S NEDONOŠENOSTÍ.....	21
2.1.1 Plicní patologie.....	21
2.1.2 Gastroenterologická problematika	21
2.1.3 Hematologická problematika	22
2.1.4 Problematika kůže	22
2.1.5 Problematika sliznice, genitálu, ušních boltců, prsních bradavek a plosek	23
2.1.6 Neurologická problematika	23
2.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE	23
2.2.1 Ošetření novorozence na porodním sále	24
2.2.2 Výživa	25
2.2.3 Hygiena	26
2.2.4 Vyprazdňování	26
3 SPECIFIKA PÉČE O MATKU PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO DÍTĚTE	27
3.1 POTŘEBY MATKY	27
3.1.1 Nedoklubko	28
3.2 PODPORA MATKY	28
3.2.1 Podpora matky ještě před porodem.....	28
3.2.2 Podpora matky v průběhu návštěvy na JIRPN.....	29
3.2.3 Podpora matky při propuštění dítěte	29

3.3	TECHNIKY PÉČE O DÍTĚ.....	29
3.3.1	Klokánkování	29
3.3.2	Bazální stimulace	30
3.3.3	Podpora rodiny	31
3.4	PODPORA RODINY UMÍRAJÍCÍHO DÍTĚTE	31
II	PRAKTICKÁ ČÁST	33
4	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	34
4.1	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŘEŠENÍ	34
4.2	METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	34
4.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	34
4.4	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTEK	34
4.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	35
4.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	35
5	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	36
	DISKUZE	69
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	72
	SEZNAM TABULEK.....	74
	SEZNAM GRAFŮ	75
	SEZNAM ZKRATEK	76
	SEZNAM PŘÍLOH.....	77

ÚVOD

Předčasný porod je z pohledu matky, ale i celé rodiny velmi bolestivé téma. Má to svá specifika a je potřeba s rodinou komunikovat přiměřeně dané situaci.

Téma jsem si vybrala ze dvou důvodů. První důvod je ten, že mě baví práce na novorozeneckém oddělení. A tím pádem jsem chtěla téma, co se týče novorozence. Ačkoliv jsem si vybrala pro svou bakalářskou práci problematiku nezralého novorozence, měla hned jasno, že to pro mě bude mít obrovský přínos.

Druhým důvodem je, že jsem chtěla zjistit, co matky opravdu prožívají. Zajímalo by mě, jestli matky nějaké změny v životě, které nastaly v souvislosti s předčasným narozením jejich dítěte, pociťují. Zde v nemocnici krajského typu je výborné perinatologické centrum, které se právě o tyto děti stará.

V teoretické části je popisováno těhotenství, patofyziologie těhotenství, porod, předčasně narozené dítě a specifika péče o matku. Praktická část je založena na dotazníkovém šetření ve formě tabulek, grafů a komentářů. Hlavním cílem práce bude zjistit, jakou mají matky podporu po předčasném porodu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Období těhotenství se dělí na oplození, implantaci, nidaci a vývoj plodového vejce. Přechodem z intrauterinního života do mimomateřského prostředí v době porodu se z plodu stává novorozenec. (Roztočil a kol., 2017, s. 86)

1.1 Znamky těhotenství

Přestože některým známkám těhotenství říkáme pravděpodobné a jsou jistější než známky nejisté neznámá to že, se bezpečně podle nich pozná, že je žena opravdu těhotná. Patří sem:

- zvětšení břicha;
- změny ve tvaru, velikosti a konzistenci dělohy;
- hegarovo znamení;
- braunovo znamení;
- piskáčkovo znamení;
- braxton- Hicksovy kontrakce
- goodellovo znamení (Roztočil a kol., 2017, s. 97).

Mezi jisté známky patří:

- obrysy plodu
- průkaz beta podjednotky hCG
- přítomnost srdeční akce
- pohyby plodu
- zobrazení plodu ultrazvukem (Roztočil a kol., 2017, s. 97)

Mezi nejisté známky patří:

- nevolnost
- vynechání menstruace
- oteklé prsa
- únava
- změny nálad

1.2 Rozdělení trimestrů

První trimestr (1. až 13. týden). Žena bývá rozrušená, nadšená, nervózní, trochu ustaraná i zmatená. Díky hormonům je velmi emocionální. Jednotlivé pokrmy jí chutnají jinak než obvykle. Je velmi důležité jíst vyváženou potravu a vyhnout se všemu, co je nezdravé. V těchto prvních týdnech se vytvářejí veškeré orgány dítěte, objevují se malé výrůstky, zárodky rukou a nohou. Zděděná DNA určila z velké části jeho osobnostní i tělesné znaky. Kolem 6. týdnu se vytváří základ nervové soustavy, vznikne mozek a mícha. Srdce se nachází v počátečním stádiu, ale tluče. Miminko se stává zcela vyvinutým embryem, lze rozřezat hlavičku a tělíčko. Na konci třetího měsíce je zcela vytvořen plodový obal, který je naplněn plodovou vodou. Dítě má obličej s očima, ušima, ústy a jazykem. Jeho orgány začínají fungovat. Doposud se kostra skládala z chrupavek, nyní se začínají tvořit první buňky kostí. Embryo se nazývá plod, který dýchá a začíná se pohybovat. (Simkin, 2010c, s. 35)

Druhý trimestr (14. až 26 týden). Hormonální hladina se stabilizuje. Bříško je dost velké na to, aby se žena mohla pyšnit, ale zatím není tak velké, aby ji bránilo v pohybu a způsobovalo nějaké nepříjemnosti při spánku či odpočinku. Žena přibere většinou alespoň pět kilogramů a její prsa se připravují na kojení. Mohou se objevit pigmentové skvrny na bříšku, rukou či obličejí. Miminko už měří v 16. týdnu asi patnáct centimetrů a váží 120 gramů, má svráštělou kůži, protože pod ní ještě nemá podkožní tuk. Na kůži má jemné chmýří (lanugo), kterého se zbaví až v posledních týdnech před porodem. Ještě nemá vlasy a nehty, ale má vytvořeny vnitřní orgány a rýsují se i tvary genitálií. Na konci 20. týdne má miminko už téměř všechno, co má mít – vytvořené vnitřní orgány, končetiny, nos, uši nebo prstíky. Vytváří se mu podkožní tuk a objevují se jemné vlásky. Oči má zatím zavřené. Slyší vše, co se kolem děje – mamčin tlukot srdce, proudění krve, zvuky zvenčí nebo hudbu. (Simkin, 2010c, s. 39)

Třetí trimestr (27. až 40. týden). Žena začíná mít bolesti v zádech, pálení žáhy a křeče. Je stále obtížnější se normálně pohybovat a bříško opravdu těžkne. Začnou trápení s některými nepříjemnostmi, může to být časté nutkání k močení, ale i samovolný únik moči, např. při kýchání, kašláním nebo i při smíchu. Ve 32. týdnu měří miminko již kolem čtyřiceti centimetrů a váží o něco víc než 1,5 kilogramu. Už v této době je schopné života mimo tělo, ovšem s pomocí lékařů a podpůrných přístrojů. Týdny, které mu zbývají, jsou pro miminko velice důležité. Většina se otočí hlavičkou dolů a začne se tak připravovat na porod. V po-

sledním devátém měsíci (10. lunárním) miminko dosahuje své porodní hmotnosti od tří do pěti kilogramů. Dítě nemá v děloze mnoho prostoru, může se jen trochu natáčet a kopat. Hlavičkou sestoupí hluboko do pánve a začne tlačit na děložní hrdlo. (Simkin, 2010c, s. 42)

1.3 Příprava na porod

Porod a poporodní období je náročná životní situace. Součástí prenatální péče by proto měla být i psychofyzická příprava na porod. Jejím hlavním smyslem je pozitivní naladění mysli rodičky a získat co nejvíce informací, vědomostí a praktických návyků, které mají matce, ale i otci dítěte pomoci zvládnout těhotenství, porod, šestinedělí a péči o novorozence. (Bašková, 2015, s. 32) Příprava na porod zahrnuje zvládnutí správné techniky dýchání, zvládání bolesti, pohyb, strava nebo těhotenské kurzy.

1.3.1 Předporodní kurzy

Porodní asistentky si samy sestavují osnovu a témata jednotlivých lekcí přípravy na porod. Na obsahovou náplň kurzů má vliv vzdělání porodní asistentky a ochota se neustále vzdělávat. Edukační obsah většinou tvoří základní části: životospráva a fyziologické těhotenství, příprava na porod, příprava na šestinedělí, péče o novorozence a prolaktační aktivity. (Bašková, 2015, s. 39)

Repková a kol. (2007, s. 72) poukazuje na důležitost zařazení informací o možnostech využití alternativních metod během porodu do osnov kurzů psychofyzické přípravy na porod. Poučení o nefarmakologických metodách tlumení porodní bolesti je též součástí osnov psychofyzické přípravy na porod.

V publikaci Eliášová a kol. (2008, s. 42) je uvedeno, že psychofyzická příprava na porod by v sobě měla zahrnovat: odborné přednášky o průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, odborné informace o péči o novorozence, gymnastiku během těhotenství zaměřenou na relaxaci a dechové cvičení, trénink svalstva a seznámení se s prostředím porodního sálu. Patří sem také nabídka analgezie během porodu.

Doporučuje se, aby těhotné navštěvovaly kurzy od 3.- 4. měsíce do porodu. Kurz většinou bývá jednou týdně asi 50 minut a je rozdělen do 8 až 12 lekcí.

1.4 Patofyziologie těhotenství

Těhotenství lze rozdělit na fyziologické, rizikové a patologické. U ženy s rizikovým těhotenstvím se nejedná o vlastní onemocnění, jež zařazuje ženu do patologického těhotenství, ale o stav charakterizovaný biologickými či sociálními rizikovými faktory. Tyto faktory zvyšují u ženy pravděpodobnost vzniku patologického těhotenství, které může mít za následek jeho neúspěch, např. potrat, předčasný porod nebo perinatální úmrtí. (Roztočil a kol., 2017, s. 162)

1.4.1 Rizikové těhotenství

Je prokázáno, že existují predispozice k rozvoji rizikových faktorů. Matka ani plod není přímo ohrožena ale je důležité těhotenství sledovat. Ze strany matky se jedná o hypertenzi, vícečetné těhotenství, diabetes mellitus, EPH gestoza, myomatozní uterus a další. Ze strany jak matky, tak otce jde o mentální retardaci, vrozené vývojové vady a různé typy alergie. (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 25)

Rizikové faktory

- věk matky
- výška
- hmotnost před otěhotněním
- abúzus
- zaměstnání
- socioekonomický status
- životní styl

1.4.2 Patologické těhotenství

Jsou stavy, které těhotenství předcházejí a s kterými žena do těhotenství vstupuje, jiné vznikají až v jeho průběhu. Matka i plod jsou přímo ohroženi na životě. Ženy dochází do ambulance patologického těhotenství. (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 25)

Stavy vzniklé před těhotenstvím

- chronická hypertenze
- kardiopatie matky
- onemocnění plic
- onemocnění ledvin

Stavy vzniklé v průběhu těhotenství

- diabetes mellitus
- hematologické onemocnění
- anémie
- IUGR

- Rh izomunizace
- malpozice plodu
- krvácení v časně, pozdní graviditě
- předčasný porod
- preeklampsie, eklampsie
- gestační diabetes mellitus

1.4.3 Prevence

Prevence je založena na včasném zachycení rizikových faktorů a na jejich včasném vyřešení. Velmi důležité je to, jak žena žila před těhotenstvím a jak se starala o své zdraví. Důležité jsou pravidelné návštěvy gynekologa a veškerá screeningová vyšetření. Samozřejmě také záleží na rodinné anamnéze. Pokud dojde k rozvoji patologického těhotenství je potřeba co nejlépe eliminovat jeho další rozvoj. Důležitá je také již zmiňovaná psychofyzická příprava na těhotenství, a to aby se žena cítila co nejvíce v klidu.

1.5 Porod

Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porožením z organismu matky. Porozeným plodem rozumíme novorozence se známkami života nebo bez známek života s porodní hmotností nad 500 gramů nebo více. Za známky života považujeme akci srdeční, dýchání, pulzace pupečníku, pohyb svalstva. Pokud nejsou tyto podmínky splněny, jedná se o potrat. Pokud má plod méně než 500 gramů, musí splňovat alespoň jednu ze známek života nejméně 24 hodin. Jedině tehdy můžeme mluvit o novorozenci. (Roztočil a kol., 2017, s. 109)

1.5.1 Klasifikace porodu

- samovolný (spontánní) porod je ten, který nastoupil na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez zásahu porodníka.
- indukovaný porod je vyvolán uměle aplikací uterokinetických preparátů (oxytocin, prostaglandiny), a to buď z lékařské indikace nebo z důvodů nemedicínských (programovaný porod).
- operativní porod je takový, kde muselo být těhotenství ukončeno porodnickou nebo abdominální operací.
- fyziologický porod probíhá působením přirozených porodních mechanismů za pomoci a nikoliv zásahu personálu porodního sálu.

- patologický porod je ten, kdy dochází k rozvoji porodnické patologie, kterou je nutno aktivně řešit. Přesnou hranici mezi fyziologií a patologií je obtížné určit. (Roztočil a kol. 2017, s. 109)

1.5.2 Doby porodní

První doba porodní trvá od doby nástupu pravidelné děložní činnosti do zániku branky. Dochází k úplnému otevření porodních cest. Tato etapa může trvat různě dlouho, je to plně individuální, u prvorodiček to trvá většinou déle, kolem 5 až 10 hodin, u vícero-diček i méně. U první doby porodní lze rozlišit tři fáze: • **Latentní fáze** – obvykle probíhá ještě mimo nemocnici, v domácím prostředí. Kontrakce pozvolna nabírají na síle, na začátku se objevují co 10 až 15 minut a trvají 15 až 20 sekund. Na konci už jsou co 5-7 minut a trvají kolem 30 až 40 sekund. Dochází k pozvolné dilataci děložního čípku na 2 až 2,5 cm a k sestupu naléhající části do porodních rovin. • **Aktivní fáze** – zrychlují se kontrakční aktivity. Stahy probíhají ve frekvenci kolem 3 minut a trvají kolem 45 sekund. Děložní branka se dilatuje na 4 až 7 cm. Trvání této fáze je u prvorodičky i vícero-diček stejné. • **Tranzitorní fáze** – dochází k mírnému zpomalení rozvoje porodního nálezu. Branka se dilatuje na 8 až 10 cm, sestupuje naléhající část plodu do nižších rovin porodního kanálu. Kontrakce jsou silné, přicházejí po 1 až 2 minutách, trvají 50 až 60 sekund. Konec je označen zánikem branky. (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 37).

Druhá doba porodní trvá od zániku branky, tedy kompletního otevření porodních cest, do porodu plodu. Její trvání se pohybuje od 15–30 minut nebo i déle. Jde o fázi, kdy rodička může začít tlačit. Aktuálně působí mimo kontrakcí velmi bolestivě i tlak naléhající části plodu v oblasti dolní části pochvy a konečníku. Při porodu plodu naléhající část rotuje v kostěné pánvi. Rodící žena nechá vystupňovat přicházející kontrakci, zhluboka se nadýchne, zavře oči a ústa a dlouze 2–3krát zatlačí. Během první doby porodní si mohou ženy vybírat libovolnou polohu vestoje, vsedě na balonu, na porodním vaku, vkleče či vleže. Při vlastním tlačení bývá nejčastěji po-užívána pozice na porodnickém polohovacím lůžku na zádech s mírně zdviženými zády a zapřenými nohama. Některé ženy upřednostňují porodnickou stoličku nebo volí polohu v kleče, v leže, na boku či jiné méně obvyklé pozice. Nejdůležitější podmínkou je bezpečnost porodu. Po porodu se dítě položí matce na břicho a pupečník se nechá dotepat, pak teprve přestříhnout (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 38)

Třetí doba porodní je dobou porodu placenty, pupečníku a plodových obalů. Po porodu se děloha kontrahuje, zkracují se svalová vlákna a plocha dělohy se zmenšuje. Trvání této

doby bývá 15–30 minut. Pokud se placenta neodloučí do jedné hodiny a ani po přiložení dítěte k prsu, realizuje se v krátké narkóze manuální vybavení placenty a instrumentální revize děložní dutiny kyretou. Poté se kontroluje porodní poranění v oblasti děložního hrdla, pochvy a hráze, učiní se v lokální anestezii ošetření trhlin vstřebatelným materiálem. Po porodu zůstává rodička dvě hodiny spolu se svým dítětem a doprovodem na porodním sále, pak se přemisťuje na oddělení šestinedělí (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 38)

1.5.3 Návik dýchání

V každé době porodní je technika dýchání jiná. Každý začátek i konec dýchání je provázen hlubokým nádechem a výdechem. Dýchání je projevem relaxace a uvolnění. Což je nejen během porodu velice důležité. Správné dýchání je základní součástí každého pohybového výcviku. Návikem dýchání chceme u těhotných zautomatizovat jeho uvědomělé prohloubení i koordinovat nádech a výdech, a tím zvýšit funkčnost hrudního a bráničního dýchání. V těhotenství je třeba věnovat dýchání zvláštní pozornost. Rostoucí plod tlačí na bránici a ztěžuje ženám dýchání. (Bašková, 2015, s. 53)

Význam náviku dýchání

Kurz psychofyziologické přípravy na porod (PFP) se věnují hlavně náviku správného dýchání, které má několik důležitých aspektů:

- psychologický;
- odstraňování nebo snižování bolesti;
- efektivnější zásobení kyslíkem;
- zvýšení vitality plic;
- odpoutání pozornosti rodičky od vnímání nepříjemných pocitů (Bašková, 2015, s. 53)

1.6 Předčasný porod

Předčasný porod je definován jako porod před dokončeným 37. týdnem těhotenství. Stanovení dolní hranice prematurity je poněkud komplikované, jednotlivé státy mají nastavenou hranici „životaschopnosti“ různě. Z legislativního pohledu nyní platí v České republice následující definice narození živého 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, tzn. srdeční čin-

nost, pulzaci pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva. Ve většině případu je porod ukončen císařským řezem. Nejčastější důvod k ukončení těhotenství na straně matky je představuje preeklampsie, na straně plodu pak intrauterinní růstová restrikce plodu. (Koucký, Smíšek, 2014c, s. 11)

1.6.1 Příčiny

Příčina předčasného porodu není dosud plně objasněna, je však známo, že se na této patologii podílí zejména infekce fetomaternální jednotky, dále distenze a ischemie myometria, choroby děložního hrdla, předčasné odlučování placenty, abnormální implantace plodového vejce, genetické vlivy, stres matky, imunologický konflikt a endokrinní poruchy, fyzická námaha. (Koucký, Smíšek, 2014c, s. 60)

1.6.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory předčasného porodu lze rozdělit do tří skupin. První skupina zahrnuje genetickou predispozici, rasu, vzdělání, socioekonomický status, abúzus, výživu a infekci porodních cest. Druhá skupina zahrnuje zejména anamnézu předchozího předčasného porodu, vrozené vady dělohy nebo zákroky na hrdle děložním. Třetí skupina tvoří rizikové faktory vzniklé v nynějším těhotenství např. krvácení, vícečetné těhotenství nebo inkompetence děložního hrdla. (Koucký, Smíšek, 2014c, s. 14)

1.6.3 Příznaky

Více jak polovina žen nepozná včas, že se jedná o předčasný porod. Je potřeba matky informovat o tom jaké příznaky jsou alarmem pro vyhledání lékařské pomoci a kdy se naopak jedná pouze o dočasný nezávažný problém. Mezi příznaky řadíme pravidelné kontrakce, odtok plodové vody, bolesti a tvrdnutí břicha, výtok z pochvy, silné křeče a tlak na pánevní dno. (Koucký, Smíšek, 2014c, s. 60)

1.6.4 Prevence

Prevenci předčasného porodu lze rozdělit na primární, sekundární a terciární. Vzhledem ke složitosti patofyziologických mechanismů zatím neexistuje účinná primární prevence předčasného porodu. Veškeré kroky v péči jsou v současné době směřovány do sekundární prevence. V prenatální péči je potřeba odlišit přístup k ženám primárně fyziologickým a ženám s anamnestickými či aktuálními rizikovými faktory. Na základě rizikových faktorů

lze alespoň částečným způsobem ovlivnit riziko spontánního předčasného porodu určitými preventivními kroky. Mezi ně patří:

- užívání omega3- nenasycených mastných kyselin;
- užívání kyseliny listové;
- odbourat kouření a alkohol;
- preventivní zubní vyšetření v těhotenství;
- screening infekcí v těhotenství;
- ultrazvuková cervikometrie a další (Koucký, Smíšek, 2014c, s. 110).

2 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DÍTĚ

Každé dítě, které se narodí před 38. týdnem těhotenství označujeme jako předčasně narozené. Nedonošence dělíme do čtyř skupin: extrémně nezralí, velmi nezralí, středně nezralí a lehce nezralí. Hmotnost těchto dětí bývá v rozmezí od 500 –2499 gramů. Stupeň nezralosti vyjadřuje, jak dobře je dítě při narození vyvinuté a jaká je úroveň schopností jednotlivých orgánů fungovat mimo dělohu. Vždy musíme posuzovat především gestační věk; než hmotnost novorozence. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 28)

2.1 Anatomické a fyziologické změny, problémy spojené s nedonošeností

Mezi znaky nedonošenosti kromě nízké porodní hmotnosti řadíme červenou kůži pokrytou řídkým lanugem bez přítomnosti mázku, kůže je často prosáklá a tvoří se na ní otoky. Kůže je citlivá na všechny dezinfekční roztoky. Prsní bradavky u těžce nedonošených zcela chybí, chybí rýsování na ploskách nohou, ušní boltce jsou měkké, jejich nedokonalá funkce plic vede k nedostatečné výměně plynů, zažívání je zpomalené, funkce ledvin je nedokonalá. Nedostatečná termolabilita, která vede ke ztrátám tepla v důsledku velkého povrchu těla vzhledem k hmotnosti a tenké vrstvě pokožky (Fendrychová a Borek, 2012, s. 43).

2.1.1 Plicní patologie

S nedonošeností je spojována celá řada zdravotních komplikací, jejichž závažnost je úměrná stupni zralosti novorozence. Mezi jeden ze základních problémů patří respirační tíseň, za jejíž příčinu může nezralá plicní tkáň. (Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 38) poukazují, že příčinou je anatomická a funkční nezralost plic. Silně nezralý novorozenec má plíce ještě v sakulárním vývojovém stádiu s relativně malým vnitřním povrchem a velkým podílem intersticiální tkáně. Funkční nezralost se projevuje nedostatečnou schopností udržovat reziduální objem na základě nedostatečné produkce surfaktantu. (Fendrychová a Borek, 2012 s. 217)

2.1.2 Gastroenterologická problematika

Dalšími problematickými body je u novorozenců výživa v důsledku chabého sání a polykání. U těchto dětí dochází k nízké produkci enzymů a je špatná i funkce střev. Mezi nejčastější známky informující o vadách, onemocněních a funkčních poruchách gastrointestinálního traktu GIT patří odchylky normálního vzhledu břicha, poruchy odchodu stolice a zvracení. Vzhledem ke snížené sekreci střevních enzymů, která ovlivňuje vstřebá-

vání živin, je nezbytná u předčasně narozených dětí parenterální výživa. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 287)

2.1.3 Hematologická problematika

Mezi nejčastější onemocnění patří novorozenecká žloutenka. Projevuje se žlutavým zabarvením kůže, sliznice a bělma očí. Její příčinou je zvýšená hladina bilirubinu v krvi a tkáňích. Bilirubin je rozkladný produkt červeného barviva erytrocytů. Nejdříve vzniká bilirubin nekonjugovaný (nerozpuštěný ve vodě) a poté až bilirubin konjugovaný (vylučuje se žlučí do duodena a ve střevě se mění na barvivo). V tomhle případě mluvíme o fyziologické žloutence. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 310)

Patologická žloutenka má za příčinu hemolytické nemoci novorozence, vzniká v perinatálním období, způsobená urychleným rozpadem červených krvinek, poškozených specifickými protilátkami, které přešly transplacentárně z matky do plodu. Nejvýznamnější příčinami jsou inkompatibility v systému Rh nebo AB0. Při Rh inkompatibilitě se matce podává anti-D imunoglobulin. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 311)

Dále může dojít k velké ztrátě krve během porodu a může tak dojít k hypotenzi. Z důvodu, že dochází k rychlému rozpadu erytrocytů, se sníženou krvetvorbou se manifestuje anémie, což znamená, že je nedostatek červených krvinek v krvi. Jako následek nezralosti funkce jater se může projevit hyperbilirubinémie a vlivem nezralosti centrální nervové soustavy může docházet k apnoickým pauzám, které jsou provázeny bradykardií a cyanózou. Může se projevit i větší náchylnost ke krvácení, která je vzhledem k nedostatku vitamínu K zvýšená. Proto dochází ke zvýšenému riziku poškození kůže pro její křehkost a nezralost (Fendrychová a Borek, 2012, s. 311).

2.1.4 Problematika kůže

Kůže, která co do váhy a povrchu je největší lidský orgán, plní zejména dvě funkce: bariérovou a imunologickou. Kůže se skládá ze tří hlavních vrstev- epidermis, koria a podkoží. Kůže méně nezralých dětí bývá kůže velmi citlivá, u těžce nedonošených může i jemné otření o kůži způsobit těžké popáleniny. Rohová vrstva epidermis je u nezralých novorozenců tenčí. Kůže je vnímavější a citlivější na sluneční záření. Dystrofický kojeneček má korium až o polovinu tenčí. Krevní cévy u novorozence více prosvítají, což je způsobeno slabším podkožím. Kůže je tenká a slabá. Činnost mazových žláz je zvýšená. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 316).

2.1.5 Problematika sliznice, genitálu, ušních boltců, prsních bradavek a plosek

Sliznice je rovněž velmi citlivá, lehce tak může dojít k jejímu poranění, krvácení, či poškození stěny orgánů.

Prsní bradavky chybí u těžce nedonošených, může se objevit jejich náznak. Naopak u lehce nedonošených se prsní bradavky mohou vytvořit.

Ušní boltce jsou velmi měkké, neúplně vyvinuté se mohou objevit u těžce nedonošených.

Na genitálu u chlapců se často vyskytují nesestouplá varlata, u dívek chybí vulva a velké stydké pysky nepřekrývají malé.

Rýhování na ploskách nohou a dlaních buď úplně chybí, nebo se vytvoří pouze hlavní rýhy, a to u těžce nedonošených. Více rýhování, i když jsou rýhy mělčí, se objevují u lehce nedonošených. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 44)

2.1.6 Neurologická problematika

Intraventrikulární hemoragie je nejčastějším patologickým procesem postihujícím mozek nezralého dítěte. Postižení je způsobeno krvácením do komorového systému (1. až 3. stupeň). Těžká krvácení 3. stupně a krvácení zasahující mozkový parenchym jsou provázena závažným neurologickým postižením. Ten je charakterizován mnohočetným ischemickým postižením bílé hmoty nekrózou. Tato nejzávažnější organická postižení se manifestují dětskou mozkovou obrnou (DMO), resp. cerebrální parézou (CP), psychomotorickou retardací (PMR) a neurosenzorickým postižením. Takové děti vyžadují pravidelné dlouhodobé neurologické sledování včetně sonografických kontrol s případným užitím dalších zobrazovacích metod k posouzení dynamiky organického nálezu a rehabilitaci.

Naštěstí se častěji setkáváme s postižením daleko mírnějším, které se může projevovat jen tranzientními tonusovými odchylkami (CTP) ve smyslu hypotonie nebo hypertonie a centrálními koordinačními poruchami (CKP). Druhý nejčastější patologický proces je hydrocefalus. Způsobený většinou tumor nebo infekcí, který utlačuje nervový systém dítěte. (Leifer, 2004, s. 370)

2.2 Ošetřovatelská péče o nedonošeného novorozence

Péči rozumíme způsob ošetřování nezralých novorozenců na oddělení JIP. Nedonošení novorozenci jsou oproti donošeným vystaveni určitým rizikům a traumatům, proto se per-

sonál snaží péči přizpůsobit tak, aby byl co nejméně ohrožen jejich pozdější vývoj. V intenzivní péči nelze zcela odstranit rušivé elementy, ale jde o to, je co nejvíc zmírnit. V případě poklesu saturace provádějí taktilní stimulaci, která zlepšuje okysličování novorozence. Prostředí JIP nejlépe odpovídá potřebám dítěte. Alarmy na monitorech jsou co nejvíce ztišeny, světla jsou tlumena, aby nerušila novorozence při spánku, je dodržován přísný dezinfekční režim, kvůli zvýšenému riziku infekce u novorozence. Na oddělení je možnost přítomnosti rodičů, která kladně působí na zdravotní stav novorozenců. Neonatologické sestry rodiče edukují a podporují v péči o jejich nezralého novorozence. (Dokoupilová, Fišárková, Kokešová, Novotná, Kopasová, Kaiserová, Muller, 2016, s. 61)

Sestry, které se starají o dítě od okamžiku jeho narození, by si měly být vědomy toho, že jeho další osud je do značné míry v jejich rukou. Musí rozpoznat příznaky ohrožení novorozence, aby mohly včas přijmout přiměřená opatření. Stavy ohrožující zdraví dítěte jsou mnohdy rozpoznatelné jen při bedlivém sledování. Úkolem sestry je v první řadě sledovat fyziologické funkce u novorozence, sem řadíme stav dýchání, činnost srdce, tělesnou teplotu a stálost vnitřního prostředí. Musí znát fyziologické hodnoty u dítěte v každém věku a umět rozpoznat patologické odchylky. Všechny naměřené hodnoty je nutné pečlivě zaznamenávat do dokumentace. K hodnocení ošetrovatelské péče se používá řada hodnotících a měřících škál. (Fendrychová a Borek, 2012 s. 10)

2.2.1 Ošetření novorozence na porodním sále

Při prvním ošetření novorozence na porodním sále myslíme hlavně na to, aby bylo co nejšetrnější a nejbezpečnější. Jelikož je nezralý novorozence termolabilní (nezralost termoregulačního centra, rychlá ztráta tělesného tepla do okolí pro relativně větší povrch těla, nižší vrstvu podkožního tuku a energetické zásoby), je nutné předejít jeho podchlazení. Dítěti je potřeba zajistit co nejvíce vyhřáté prostředí ihned po porodu. První ošetření je provedeno na vyhřevném lůžku, novorozence si přebírá od porodní asistentky či lékaře novorozenecká sestra a lékař do vyhřátých plen nebo roušek. Mokrou plenu je třeba odstranit a dítě se zabalit do fólie, která brání ztrátě tělesného tepla. V případě nutnosti je potřeba již na porodním sále dítě intubovat a aplikovat surfaktant přímo do endotracheální kanyly. Intubace musí být co nejrychlejší aby to pro dítě nebyl moc velký šok. Následně se dle stavu novorozence rozhoduje, zda bude na jednotce intenzivní péče nebo na intermediální péči (JIP nebo na IMP). Dle stavu se také odvíjí další péče. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 46)

2.2.2 Výživa

Správná výživa dítěte je jedna z podmínek zdravého vývoje organismu. Musí zajistit dítěti všechny složky potravy a energetickou potřebu, na druhou stranu by však neměl přetěžovat zažívací trakt. Tyto požadavky splňuje pouze přirozená výživa, a to mateřským mlékem. Jedná se o nenahraditelný způsob výživy novorozence a kojence. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 74)

Mateřské mléko je sterilní, má ideální teplotu a je kdykoliv k dispozici bez jakékoliv přípravy a v neposlední řadě je ekonomicky nenáročné. Velký význam má jako prevence proti infekcím, obsahuje řadu látek s bakteriostatickým, bakteriocidním a protizánětlivým účinkem. Zralé mléko se u matek nezralých novorozenců se tvoří až do 10. – 14. dne. Zralé mateřské mléko se začíná dostatečně tvořit od druhého týdne po porodu a složením odpovídá potřebám dítěte. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 150)

Alternativní metody krmení novorozence

Jedná se o metody, které nahrazují kojení v době, kdy kojení není možné jak ze strany dítěte, tak matky. Mezi alternativní metody řadíme krmení lžičkou nebo stříkačkou a krmení pomocí cévky. U nedonošených dětí od 33. týdne gestace se tyto metody upřednostňují před krmením sondou.

Parenterální výživa

Indikací parenterální výživy je každý stav, kdy pacient nemůže přijímat potravu přirozenou cestou. Mezi tyto stavy patří hlavně předčasně narození novorozenci s intolerancí stravy a další. Parenterální výživu lze novorozenci podat cestou periferní žíly nebo cestou podání velkých cév s vysokým průtokem krve pomocí centrálních žilních katetrů. Na jednotkách intenzivní a resuscitační péče novorozenci často vyžadují parenterální výživu, a proto je důležité pečlivé sledování klinického stavu novorozence, přesná kontrola příjmu a výdeje tekutin, kontroly hmotnosti, pravidelná laboratorní kontrola a aseptické ošetření katetru. (Fendrychová a Borek, 2012 s. 169)

Enterální výživa

Má oproti parenterální mnoho výhod. Preventivně působí proti atrofii střevní sliznice, stimuluje imunitní systém střeva a urychluje vyzrání střevní sliznice. Parenterální výživa obchází zažívací trakt, proto je nutné co nejdříve přejít na výživu enterální. Po jak dlouhé době zahájit enterální výživu je vysoce individuální, záleží na celkovém stavu dítěte a tole-

ranci stravy. Mlékem první volby stále zůstává mateřské mléko, nejvhodnější je čerstvě odstříkané mateřské mléko. Pokud má matka tvorbu sniženou nebo ještě nerozběhlou laktaci, krmíme dítě pasterizovaným ženským mlékem. Pokud nelze novorozence krmit ihned perorálně, je vhodné tzv. krmení infuzním dávkovačem v intervalech 2 – 3 hodin. Mléko se dítěti podává po dobu 20 až 30 minut gastrickou sondou. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 169)

2.2.3 Hygiena

První koupel novorozence se má provádět až po stabilizaci jeho stavu, když jsou vitální funkce v normě po dobu 2-4 hodin. Nekoupeme tedy na porodním sále nebo bezprostředně po jeho přeložení na oddělení. Poprvé koupeme dítě v rukavicích a volíme raději omytí sprchou, abychom nekontaminovali pupeční pahýl. Nejprve opláchneme obličej, potom vlásky, krk a ramena, horní končetiny, trup, dolní končetiny a nakonec genitál a zadeček. Opláchneme a osušíme. Zkontrolujeme stav kůže, vyčistíme uši, vytřeme nos a učešeme. Vše dle stavu dítěte. Při ošetření genitálu nezapomene oddálit labia minor a odstranit sekret a mázek. U chlapce předkožku přes žalud penisu nepřetahujeme. U nedonošených novorozenců volíme v prvním týdnu života raději koupel ve vodě bez mýdla a k osušení používáme jemné materiály z bavlny, abychom příliš netřeli kůži. Jestliže je stav dítěte stabilní, můžeme provést koupel ponořením. Teplotu vody volíme kolem 37,5 – 38°C. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 107)

2.2.4 Vyprazdňování

Smolka je homogenní černozeleň až černá hustá hmota vazké konzistence. Je bez zápachu a obsahuje amniovou tekutinu, mázek, lanugo, sekrety z trávicího traktu a odloupané epitelii. Na začátku první smolky bývá hlenová zátka. První smolka by měla u nezralého novorozence odejít do 5 dnů. Při poruše střevní průchodnosti odchází opožděně nebo vůbec. Sestra zaznamenává častost odchodu, konzistenci, zápach a příměs. (Fendrychová a kol., 2012, s. 43)

3 SPECIFIKA PÉČE O MATKU PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO DÍTĚTE

Budování vztahu mezi matkou a předčasně narozeným dítětem je velmi náročná. Sama matka potřebuje dostatek času na to se ze situací smířit a přijmout ji takovou jaká je. Právě porodní asistentka má velmi složitý úkol. Stojí mezi matkou a dítětem a má za úkol se matce stát tím nejlepším průvodcem při budování vztahu k novorozenci a péči o něj. Základem je nejen matce ale i rodičům umožnit účast na péči o dítě a být součástí každodenního dění kolem něj. Pro porodní asistentku je to mnohdy velmi náročné a sama si klade otázku, zda by nebylo jednodušší, kdyby tam rodiče nebyli. Určitě tomu tak ale není. Láska a podpora rodiny je mnohdy to nejvíce co dítě potřebuje. (Zacharová, 2017, s. 109)

3.1 Potřeby matky

Aby byla matka plně připravena na svou roli a zvládla tak péči o své dítě, je potřeba uspokojit její potřeby a to od těch základních až po ty nejvyšší. Klasifikace potřeb dle Maslowa:

- potřeby fyziologické - potřeba dýchání, potřeba vody, potřeba spánku, potřeba vylučování a vyměšování, potřeba fyzické aktivity, potřeba rozmnožování
- potřeby bezpečí a jistoty - vyjmenovat – ekonomické zabezpečení, opora partnera, podpora zdravotníků, edukace...
- potřeba lásky a sounáležitosti - přátelství, partnerský vztah, potřeba mít rodinu
- potřeba uznání a úcty – pochvala za těhotenství a porod, péči o dítě, emocionální zvládání stresu
- potřeba seberealizace - touha ženy po mateřství. (Krátká, 2018, s. 18)

Aby byla péče nejefektivnější, musí být matka naprosto vyrovnaná a emocionálně srovnaná s tím co jí čeká. Je to jedna z nejnáročnějších životních situací a to nejen pro samotnou matku ale celkově pro celou rodinu a blízké. Když budu mluvit o základních potřebách je důležitá, aby byla matka v pořádku hlavně fyzicky, neměla silné bolesti v důsledku poranění, příliš nekrvácela, nekolísala jí tlak, měla v pořádku močení a hlavně aby se cítila na to jít a starat se o dítě. V další řadě je potřeba aby byla o všem informována, o stavu dítěte, jak probíhá péče a zda se stav zlepšuje nebo naopak zhoršuje. Zajistit jí a rodině pravidelné neomezené návštěvy, zapojit ji do veškeré možné péče a v neposlední řadě jí nabídnout různé neziskové organizace a zařízení kam může po propuštění docházet a se svým příbě-

hem se podělit s ostatními matkami. V případě, že se cítí matka bezmocná, je vhodné nabídnout možné aktivity, které může uplatnit u svého dítěte na neonatologické jednotce intenzivní péče (nJIP) Tím, že umožníme matce být u svého dítěte, můžeme eliminovat pocity bezmocnosti. Matka může cítit, že je aspoň trochu užitečná, že něco pro dítě dělá. V případě, že má matka pocit, že ke svému dítěti nic necítí, můžeme vztah k jejímu dítěti pozitivně ovlivnit tím, že jí umožníme za dítětem chodit a pomůžeme jí najít k němu cestu. Pokud je tedy dítě na nJIP, dovolíme matce přístup k dítěti kdykoliv. Nesmíme však zapomenout maminku upozornit na výjimky, kdy by jí za dítětem nemuseli pustit, tj. vizita, výkony prováděné u dítěte apod. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 20)

3.1.1 Nedoklubko

Bylo založeno v červnu roku 2002 jako občanské sdružení. Dnes je Nedoklubko zapsaným spolkem, spolupracuje se všemi perinatologickými centry v ČR, je jedním z 65 aktivních členů mezinárodní organizace EFCNI. Nedoklubko realizuje několik projektů, které významně podporují rodiče předčasně narozených dětí i perinatologická centra. Nedoklubko vydalo v roce 2014 knihu **Vítej, kulíšku** a pravidelně vydává časopis pro podporu rodičů předčasně narozených dětí s názvem **Nejste v tom sami**. Nedoklubko spolupracuje s odborníky z řad neonatologů, psychologů, dětských neurologů, pediatrů a dalších zdravotníků, čímž propojuje svět mezi odborníky a rodiči, kteří by měli v péči o předčasně narozené děti působit jako jeden tým. Je tu pro všechny blízké předčasně narozených dětí. Aby věděli, na koho se obrátit a že v tom nejsou sami. (Nedoklubko, 2017)

3.2 Podpora matky

3.2.1 Podpora matky ještě před porodem

V případě matky před porodem by měla být základem dobrá komunikace mezi pediatry, porodníky, neonatálními sestrami a porodními asistentkami. Budoucím rodičům, u jejichž dítěte existuje pravděpodobnost, že bude dítě po porodu umístěno na jednotku intenzivní a resuscitační péče novorozence (JIRPN) je podrobně vysvětleno, co se s jejich dítětem bude dít, přesný chod oddělení a náležitosti s tím spojené. Některé matky se mohou obávat návštěvy a za dětmi raději nechodí. Bojí se tak že přivolají „neštěstí“. Také mohou cítit nedostatek emocionální podpory od personálu, samy jsou v tomto období citově nevyrovnané. A ztrácí tak motivaci k návštěvě. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 183)

3.2.2 Podpora matky v průběhu návštěvy na JIRPN

Dokonce i informovaná a připravená matka či oba rodiče pociťují při návštěvě svého dítěte na JIRPN zármutek a šok. Projevuje se u nich řada negativních emocí včetně úzkosti, strachu, beznaděje, pocitu opuštění, studu a popření. Běžný je strach z toho co přijde a jaké to bude mít následky.

Matka očekává, že sestry poznají jak jí je a jak se cítí. Pomohou jí vše zvládnout a podpoří ji. I když všechny informace dostanou, nejsou schopny všechno vstřebat a zapamatovat si to. Opakovaně se ptají na ty samé otázky. Je potřeba dobrá komunikace. Ta je v tomhle období základ všeho. Veškeré informace musí být předány tak aby jim matka rozuměla. Cizí názvy je potřeba vysvětlit co nejvíce dopodrobna a opakovaně se ptát zda tomu matka rozumí. V péči o dítě na JIRPN převládají léčebné o ošetrovatelské činnosti nad uspokojováním psychosociálních potřeb rodičů. Je však stejně důležité najít si čas i pro ně. Nejhorší variantou při umístění dítěte na JIRPN je jeho separace od matky. Je ohrožena schopnost stát se dobrou matkou. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 183)

3.2.3 Podpora matky při propuštění dítěte

Jakmile je jisté, že dítě přežije a jeho vývoj se dostane do fáze, kdy je schopné být v bezpečí domova, mělo by se začít plánovat jeho propuštění. Rodiče se tak mohou lépe připravit a zajistit si vše potřebné. I doma budou pokračovat v ošetřování svého dítěte a musí mít dopředu zajištěné pomůcky. Ještě před propuštěním musí rodiče vědět, u kterého praktického pediatra budou své dítě registrovat a jméno lékaře sdělit personálu. Více v podkapitole 3.4 (Fendrychová a Borek, 2012, s. 185)

3.3 Techniky péče o dítě

3.3.1 Klokánkování

Klokánkování je metoda, která se využívá především pro miminka, která se narodila předčasně. Název není zvolen náhodně – klokan je savec, jenž své narozené mládě, které je slepé, holé a nemá zadní nohy, nosí ve speciálním vaku do doby, než je schopno samostatného života. Projde tedy podobným procesem, jako předčasně narozené miminko, které také musí dozrát, i když ne ve vaku své matky. Podstata této metody, která miminku pomáhá dozrát, spočívá v tom, že je dítě přikládáno přímo na tělo matky, kůži na kůži. Tento

přímý, velmi těsný tělesný kontakt dítěti simuluje bezpečné prostředí, které mu připomíná prostředí dělohy.

Průkopníky metody byli kolumbijští lékaři koncem 70. let. Tehdy se ukázalo, že takto opečované děti přibírají rychleji, než děti v inkubátorech, méně je postihovaly infekce. Metoda klokánkování se roku 2003 stala oficiálně uznávanou i Světovou zdravotnickou organizací. V průběhu času se ukázalo, že metoda klokánkování má skutečně mnoho pozitivních vlivů na vývoj dítěte. Klokánkováná miminka jsou méně ohrožena infekcí, proti kterým jsou přímo chráněny protilátkami z mateřského mléka své maminky. Dle neonatologů mají také klokánkováná děti stabilnější srdeční frekvenci, pravidelné dýchání, lepší saturaci (okysličení tkání kyslíkem, které je monitorováno přístroji), menší výkyvy tělesné teploty, méně pláčou, lépe spí a mají delší období bdělosti. V neposlední řadě má klokánkování pozitivní dopad na vytváření vztahu mezi matkou a dítětem, podporuje mateřské kompetence a má pozitivní vliv na nástup laktace. (Nedoklubko,2017)

3.3.2 Bazální stimulace

Je založena na podpoře vnímání svého těla a své identity, navázání komunikace se svým okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase a zlepšení funkcí organismu v oblasti psychomotorického vývoje. Vychází z poznatků, které plod získal již během nitroděložního života a to v oblasti somatické, vestibulární a vibrační. V bazální stimulaci se uplatňuje iniciální dotek. Tímto dotekem dáváme miminku najevo svou přítomnost. Iniciální dotek se u novorozenců provádí na hlavičce. Z toho důvodu, že v děloze byla často hlava místem intenzivního tlaku na děložní stěnu a také během porodu byl tento tlak na hlavičku velmi intenzivní. Je vhodné, abyste se miminka jakmile přijdete, dlaní vždy dotkli na tomto místě a také se tohoto místa dotkli, když odcházíte. Dotek musí být klidný, provedený celou plochou ruky s mírným tlakem na hlavičku. Stejně tak to provádí i ošetřující a lékařský personál při péči o vaše dítě.

K polohování novorozence využíváme různé pomůcky (podkovy, deky, hady...), které umožňují dítěti vnímání svého těla a navozují mu pocit bezpečí a uvolnění, který mělo již v děloze. Nejčastěji děti ukládáme do polohy „hnízdo" tak, aby polohovací pomůcky mapovaly obrys těla. Každý inkubátor je rovněž překryt textilií, která miminku dodává dostatek temna a izolace od okolí. (Nedoklubko, 2017)

3.3.3 Podpora rodiny

Podpora rodiny je stejně důležitá jako samotná podpora matky. Je pravda, že kromě matky nebo otce se zbytek rodiny na péči přímo většinou nepodílí. Je ale velmi podstatné, aby právě zbytek rodiny tady pro oba rodiče byl. Rodina by se měla vyvarovat výčitek typu, „to je tvoje chyba“ atd. Aby je psychicky podporoval a byl jim na blízku a to hlavně po případném propuštění do domácí péče, kdy žena sama potřebuje odpočívat a být psychicky v pořádku. V tomhle období je rodina to nejcennější co žena má. Pokud žena nemá podporu rodiny nebo rodinu vůbec nemá, je to pro ni opravdu velmi obtížné. Pobyt na jednotce intenzivní péče předčasně narozeného dítěte ve vážném stavu je pro rodinu skutečně velkou zátěží. Vznikne velmi náročná situace. Cestováním za dítětem do nemocnice, narušením pracovního a životního režimu, nedostatkem spánku a strachem o dítě vzniká začarovaný kruh, ze kterého rodiče těžko hledají východisko. Mnohdy se na své dítě zlobí a obviňují jej za to, že jim zkomplikovalo životní situaci. Vše bylo doposud bez problémů, najednou se však situace zásadně změnila. Téměř vždy si rodiče uvědomí, že se na své dítě zlobí a v důsledku tohoto uvědomění rodičů, že se zlobí na dítě, které vlastně za nic nemůže, nastane obávané sebeobviňování, čímž vzniká bludný kruh. Neustálé kolísání mezi nadějí a beznadějí rodiče vyčerpává (Novák, Dvořáčková, 2008, s. 24, 25). S tím souvisí pocity vyčerpanosti a podrážděnosti. Stav vyčerpanosti a podrážděnosti jsou odezvou organismu na stres, který rodiče prožívají. Mohou přetrvávat různě dlouhou dobu, a to jak týdny, tak i měsíce (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 21).

Nejčastějšími pocity, které rodiče v souvislosti s předčasně narozeným dítětem a jeho umístěním na JIP provází, jsou beznaděj a zoufalství. Rodiče se ocitnou v situaci, se kterou nemohou nic udělat. Rádi by nějakým způsobem pomohli, aby jejich dítě bylo zdravé, ale bohužel jim nezbývá nic jiného než čekat, jak se bude stav jejich dítěte vyvíjet dál (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 20, 21).

3.4 Podpora rodiny umírajícího dítěte

Budoucí rodiče očekávají, že jejich těhotenství bude ukončeno narozením zdravého a krásného dítěte. Odejít z porodnice bez dítěte je téměř nesnesitelná. Náhlé a nečekané úmrtí dítěte je jednou z nejhorších zkušeností, kterou může rodič prožít. Ocítá se v šoku a hlubokém zármutku a očekává pomoc a radu od zdravotnického personálu.

Pokud se stav dítěte zhoršuje, je třeba, aby se rodičům podávaly informace co nejčastěji, aby věděli, co se bude dít v nejbližších hodinách. Rodiče se cítí velmi osaměle.

Pokud dítě ještě nemá jméno, mělo by se mu dát. Pojmenování pomůže rodičům i ostatním členům rodiny uvědomit si, že se narodilo a zemřelo, i když byl jeho život krátký. Někdy je rodičům dovoleno zůstat s dítětem i v okamžiku umírání. V takovém případě je vhodné zajistit jim soukromí, aby nebyli rušeni, ale aby věděli, že mohou kdykoliv přivolat pomoc. Mohou si pořídit fotografii dítěte, rozloučit se, poplakat si. (Fendrychová a Borek, 2012, s. 185)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

4.1 Cíle výzkumného řešení

Hlavním cílem práce je zjistit, jakou mají matky podporu po předčasném porodu.

1. Zjistit, jak lze podpořit citovou vazbu mezi matkou a dítětem
2. Zjistit, jaké mají matky potřeby
3. Zjistit, jakou roli ve vztahu matky s dítětem hraje otec
4. Zjistit, jak probíhá adaptace matky při předčasném porodu

4.2 Metoda a technika výzkumu

Jako metoda byl zvolen kvantitativní výzkum, technikou dotazníkového šetření. Kvůli citlivosti tématu byla zvolena forma dotazníku (ne původně plánovaný rozhovor. Matkám jsem nabídla, že jim pomohu dotazník vyplnit a některé toho využily, což se ukázalo jako vhodné řešení, protože si mohly o své situaci promluvit. Proto je v práci zmíněn rozhovor. Dotazník (viz příloha č. 1) byl zcela anonymní a obsahoval 23 otázek, z nichž 5 otázek bylo otevřených. Do dotazníkového šetření se zapojily ženy na oddělení šestinedělí.

4.3 Charakteristika položek

V úvodu dotazníku byly položeny otázky, které zjišťují základní informace o matce. Jedná se o otázky č. 1, 2, 3, 4, 5. Skupina otázek č. 7, 8, 9, 10, 14 se týkají podpory a potřeb matky. Otázky č. 11, 12, 13 se týkají hospitalizace. Otázky č. 17, 18, 19 se týkají péče o dítě. Otázky č. 20, 21, 22 se týkají partnera a jeho pocitů. Otázky č. 6, 15, 16, 23 se týkají pocitu matky. Otázka číslo 23 byla zpracovaná na principu nedokončených vět. Na téhle otázce jsem chtěla zjistit, co matky prožívají a chtěla jsem, aby měly možnost se sami trochu rozepsat o tom co prožívají.

4.4 Charakteristika respondentek

Do výzkumu byly zařazeny ženy, které předčasně porodily v období od zhruba 28 t.t. do 37 t.t. a byly ochotné se na výzkumu podílet. Ženy, které splňovaly kritéria byly následně osloveny s nabídkou dotazník vyplnit, mohly využít také výše zmíněnou možnost a učinit tak za přítomnosti badatelky.

4.5 Organizace šetření

Samotnému šetření předcházela konstrukce dotazníku, jehož položky byly konzultovány s vedoucí práce. Po doplnění otázek dle doporučení vedoucí práce následovalo konečné schválení otázek. Průzkumné šetření probíhalo na gynekologicko – porodnickém oddělení. Jednotlivé rozhovory a vyplnění dotazníků s matkami byly uskutečněny na oddělení rooming – in během praxe, a to v období od 18. 3. do 26. 4. Bylo vyplněno 40 dotazníků, výsledná data byla zpracována ve formě tabulek, grafů a komentářů.

4.6 Zpracování získaných dat

Získaná data z dotazníku byla tabelována, graficky znázorněna a doplněna komentáři. Každá položka (otázka) z dotazníku byla analyzována jednotlivě. Byly použity tabulky absolutních a relativních četností. Absolutní četnost (n) vyjadřuje kolikrát se daná hodnota znaku ve statistickém souboru vyskytuje. Relativní četnost (%) je procentuální vyjádření výskytu odpovědí. U otázky číslo 23 byly nedokončené věty rozděleny do kategorie podle významu.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

1. Věková kategorie

Tabulka č. 1 Věk

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
pod 20 let	0	0,00
20-30 let	22	55,00
30-40 let	18	45,00
40 let a více	0	0,00
Celkem	40	100,00

Komentář

Z tabulky č. 1 vyplývá, že se výzkumu zúčastnilo celkem 40 žen, z toho 22 žen (55,00 %) patří do kategorie 20 – 30 let, 18 žen (45,00 %) jsou v kategorii 30 – 40 let. Ani jedna respondentka nespadá do kategorie pod 20 let nebo 40 let a více.

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2 Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ZŠ	1	2,50
SŠ	18	45,00
Odborné učiliště	1	2,50
VOŠ	4	10,00
VŠ	16	40,00
Celkem	40	100,00

Komentář

Z tabulky č. 2 vyplývá, že 16 žen (40,00 %) dokončilo vysokou školu, 18 žen (45,00 %) dokončily střední školu, 4 ženy (10,00 %) dokončilo vyšší odbornou školu, 1 žena (2,50 %) dokončila odborné učiliště a 1 žena (2,50 %) dokončila pouze základní školu.

3. Kolikáté to bylo vaše těhotenství?

Tabulka č. 3 Počet těhotenství

Těhotenství	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1	21	52,50
2	16	40,00
3 a více	3	7,50
Celkem	40	100,00

Komentář

Z tabulky č. 3 vyplývá, že 21 žen (52,50 %) bylo těhotných poprvé, 16 žen (40,00 %) bylo těhotných podruhé a 3 ženy (7,50 %) byly těhotné 3 nebo víckrát.

4. Počet živě narozených dětí?

Tabulka č. 4 Počet dětí

Počet dětí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1	25	62,50
2	14	35,00
3 a více	1	2,50
Celkem	40	100,00

Komentář

Z tabulky č. 4 vyplývá, že 25 žen (62,50 %) má dítě jedno, 14 žen (35,00 %) má děti dvě a 1 žena (2,50 %) má děti tři.

5. V kolikátém týdnu jste porodila? (současný porod)

Tabulka č. 5 Týden porodu

Týden narození	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
před 28. týdnem	0	0,00
28-31 t.t.	9	22,50
32-35 t.t.	15	37,50
36-37 t.t.	16	40,00
Celkem	40	100,00

Komentář

Z tabulky č. 5 vyplývá, že 15 žen (37,50 %) rodilo v týdnu od 32-35. t.t., 16 žen (40,00 %) rodilo v týdnu od 36-37. t.t a 9 ženy (22,50 %) rodilo v týdnu od 28-31. t.t., ani jedna nerodila před 28. týdnem.

6. Jak se po porodu cítíte?

Tabulka č. 6 Pocity po porodu

Pocity	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
radost	26	44,00
strach	23	39,00
úzkost	3	5,10
beznaděj	7	11,90
jiné	0	0,00
Celkem	59	100,00

Komentář

U této otázky mohly ženy uvést více odpovědí, 23 žen (39,00 %) mělo po porodu strach, 26 žen (44,00 %) mělo radost, 7 žen (11,90 %) cítilo beznaděj a 3 ženy (5,10 %) pociťovaly úzkost. Relativní četnost je vypočítána z celkového počtu odpovědí.

7. Choval se k vám personál profesionálně?

Tabulka č. 7 Chování personálu

Chování personálu	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	26	65,00
nevnímala jsem to	6	15,00
ne	8	20,00
jiné	0	0
Celkem	40	100,00

Komentář

Z tabulky č. 7 vyplývá, že 26 žen (65,00 %) napsalo, že se k nim personál choval profesionálně, 8 žen (20,00 %) napsalo, že se personál nechoval profesionálně a 6 žen (15,00 %) napsalo, že chování nevnímalo.

8. Kdo Vám v tomto období poskytoval nejvíce podpory?

Tabulka č. 8 Podpora

Podpora	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
rodina	20	28,17
partner	35	49,30
personál porodnice	15	21,13
psycholog	1	1,40
jiné	0	0,00
Celkem	71	100,00

Komentář

U této otázky mohly ženy uvést více odpovědí, 35 žen (49,30 %) mělo nejvíce podpory od partnera, 20 žen (28,17 %) mělo podporu od rodiny, 15 žen (21,13 %) mělo podporu personálu a 1 žena (1,40 %) uvádí podporu od psychologa. Relativní četnost je vypočítána z celkového počtu odpovědí.

9. Kdo vám poskytoval informace o vašem zdravotním stavu či stavu vašeho dítěte?

Tabulka č. 9 Informovanost

Informovanost	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
lékař	40	55,60
porodní asistentka	25	34,70
dětská sestra	5	6,90
všeobecná sestra	2	2,80
jiné	0	0,00
Celkem	72	100,00

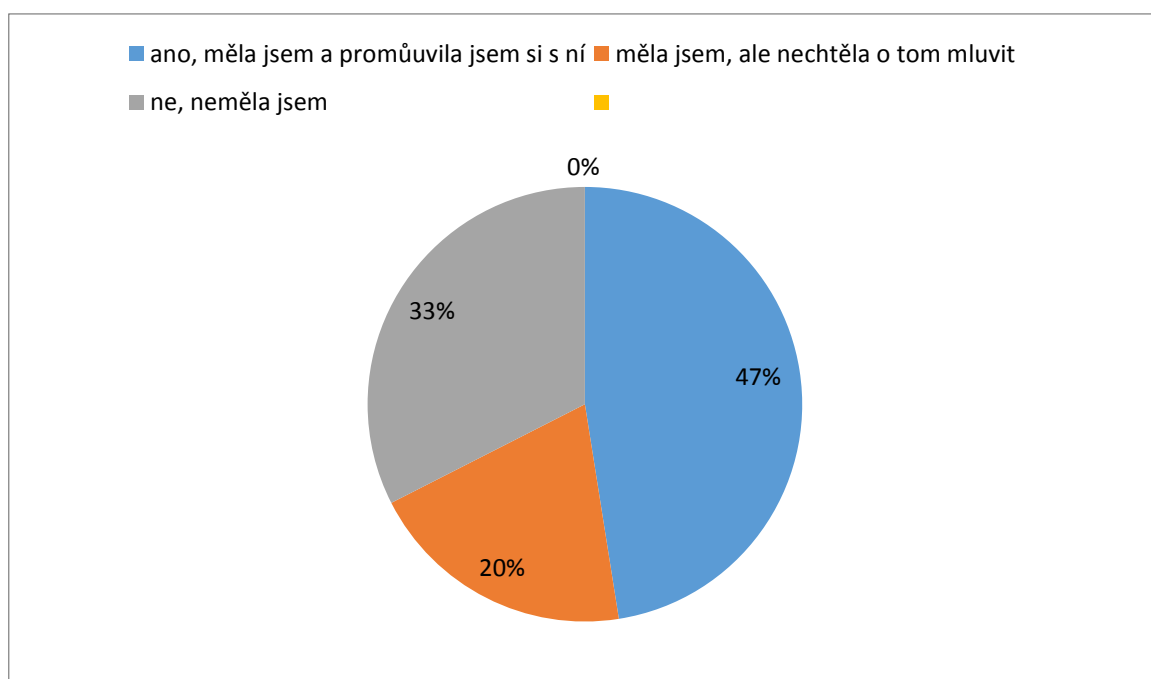
Komentář

U této otázky mohly ženy uvést více odpovědí. Všechny 40 žen (55,60 %) mělo informace od lékaře, 25 žen (34,70 %) dostalo informace navíc od porodní asistentky, 5 žen (6,90 %) dostalo informace i od dětské sestry a 2 ženy (2,80 %) dostalo informace od všeobecné sestry. Relativní četnost je vypočítána z celkového počtu odpovědí.

10. Měla jste možnost si promluvit s jinou matkou, která to také prožila?

Tabulka č. 10 Možnost mluvit s jinou matkou

Možnost komunikace s matkou	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, měla jsem a promluvila jsem si s ní	19	47,50
měla jsem, ale nechtěla jsem	8	20,00
ne, neměla jsem	13	32,50
Celkem	40	100,00



Graf č. 1 Možnost mluvit s jinou matkou

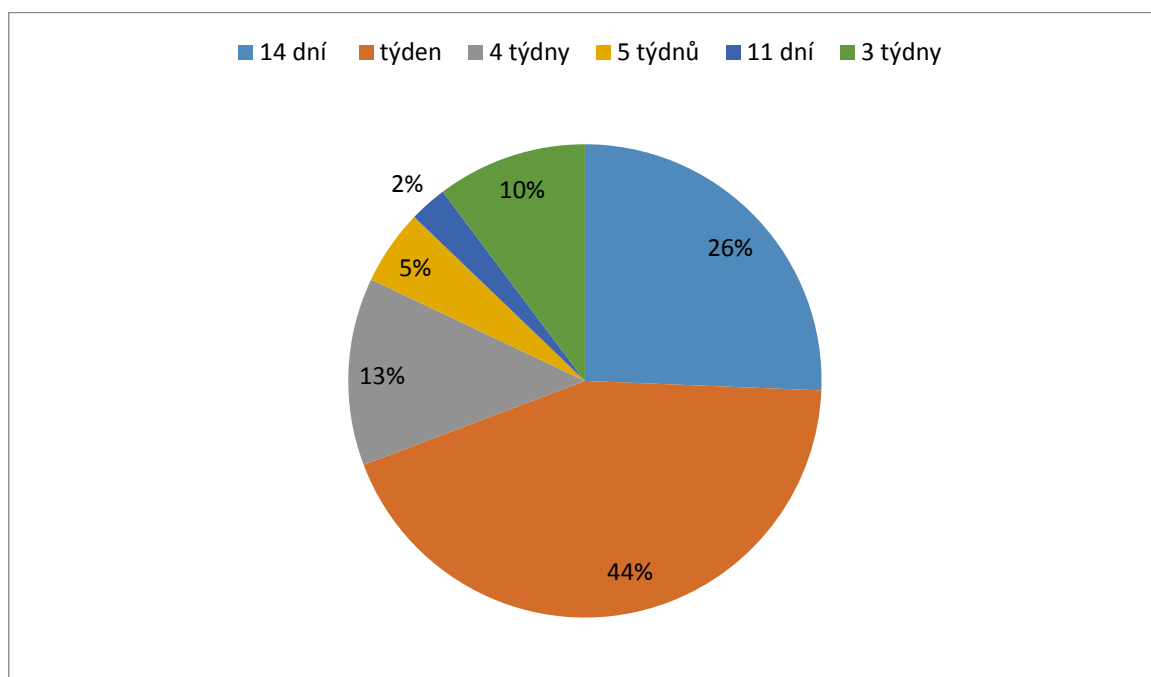
Komentář

Z tabulky č. 10 vyplývá, že 19 žen (47,50 %) mělo možnost si promluvit s jinou matkou a promluvilo si, 13 žen (32,50 %) tu možnost nemělo a 8 žen (20,00 %) tu možnost mělo ale promluvit si nechtělo.

11. Jak dlouho jste byla po porodu hospitalizovaná?

Tabulka č. 11 Hospitalizace

Hospitalizace	Absolutní četnost	Relativní četnost %
5 týdnů	2	5,00
4 týdny	5	12,50
11 dnů	1	2,50
dva týdny	10	25,00
týden	17	42,50
tři týdny	4	10
Celkem	40	100,00



Graf č. 2 Doba hospitalizace

Komentář

Z tabulky č. 11 vyplývá, že se výzkumu zúčastnilo celkem 40 žen, 10 žen (25,00 %) byly hospitalizovány 2 týdny, 17 žen (42,50 %) byly hospitalizovány 1 týden, 5 žen (12,50 %)

byla hospitalizovaná 4 týdny, 2 ženy (5,00 %) byly hospitalizovány 5 týdnů, 1 žena (2,50 %) 11 dní a 3 ženy (10,00 %) byly hospitalizované 3 týdny.

12. Navštěvovala jste po propuštění své dítě v nemocnici?

Tabulka č. 12 Návštěva dítěte

Návštěva dítěte	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, docházela jsem	10	25,00
ne, zůstala jsem doma	0	0,00
z porodnice jsem neodešla	30	75,00
Celkem	40	100,00

Komentář

Z tabulky č. 12 vyplývá, že 30 žen (75,00 %) z nemocnice vůbec neodešlo a 10 (25,00 %) žen z nemocnice odešly a následně docházely z domu. Ani jedna žena nenapsala, že by zůstala doma a nedocházela tak.

13. Pokud bylo Vaše dítě hospitalizováno bez Vaší přítomnosti, jak dlouho to bylo?

Tabulka č. 13 Doba hospitalizace dítěte

Doba hospitalizace dítěte	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
nebylo	30	75,00
6 týdnů	1	2,50
5 týdnů	1	2,50
týden	4	10,00
4 týdny	1	2,50
3 týdny	1	2,50
2 týdny	2	5,00
Celkem	7	100,00

Komentář

Z tabulky č. 13 vyplývá, že se výzkumu zúčastnilo celkem 40 žen, z toho 30 žen (75,00 %) dítě hospitalizované vůbec nemělo, 4 ženy (10,00 %) mělo dítě hospitalizované týden, 2 ženy (5,00 %) měly dítě hospitalizované 2 týdny, 1 žena (2,50 %) měla dítě hospitalizované 6 týdnů. 1 žena (2,50 %) měla dítě hospitalizované 5 týdnů, 1 žena (2,50 %) měla dítě hospitalizované 4 týdny a 1 žena (2,50 %) měla dítě hospitalizované 3 týdny.

14. Dostala jste v porodnici nabídku na setkání s psychologem?

Tabulka č. 14 Setkání s psychologem

Setkání s psychologem	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
dostala jsem ji a využila ji	7	17,50
dostala, ale nevyužila jsem ji	16	40,00
nedostala jsem ji	17	42,50
Celkem	40	100,00

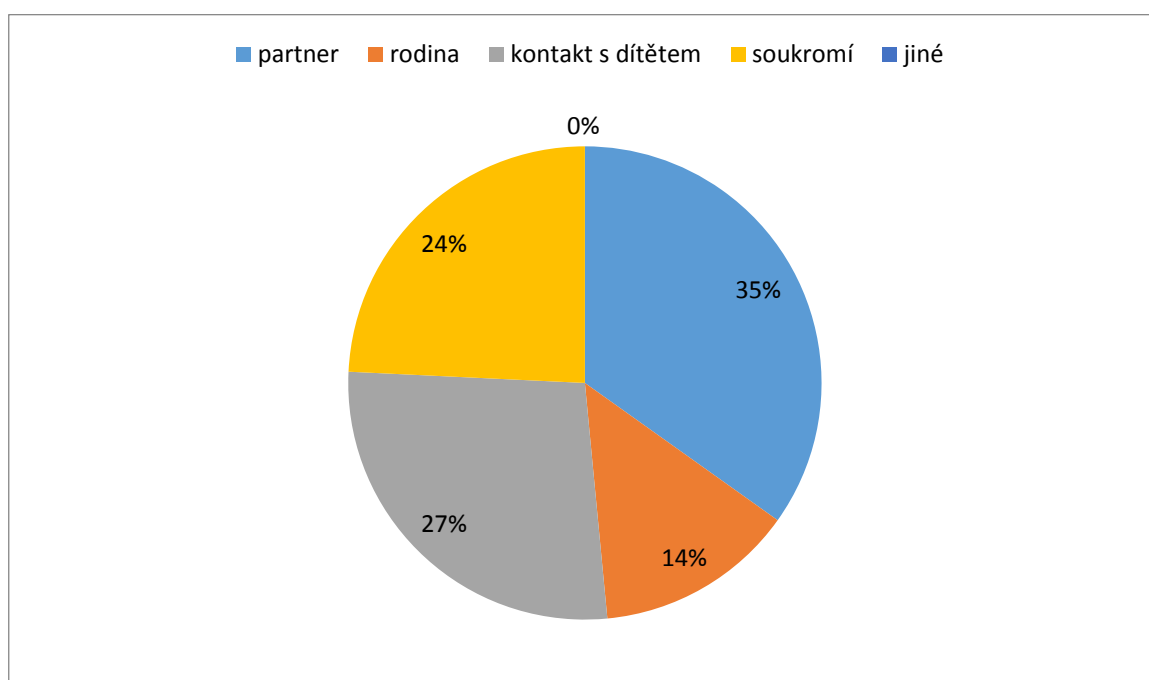
Komentář

Z tabulky č. 14 vyplývá, že 16 žen (40,00 %) nabídku dostalo, ale nevyužilo ji, 17 žen (42,50 %) nabídku nedostalo a 7 žen (17,50 %) nabídku dostalo a využilo ji.

15. Co vám během hospitalizace nejvíce scházelo?

Tabulka č. 15 Nejvíce scházelo

Nejvíce scházelo	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
partner	23	34,85
rodina	9	13,64
kontakt s dítětem	18	45,00
soukromí	16	24,20
jiné	0	0,00
Celkem	66	100,00



Graf č. 3 Co v hospitalizaci scházelo

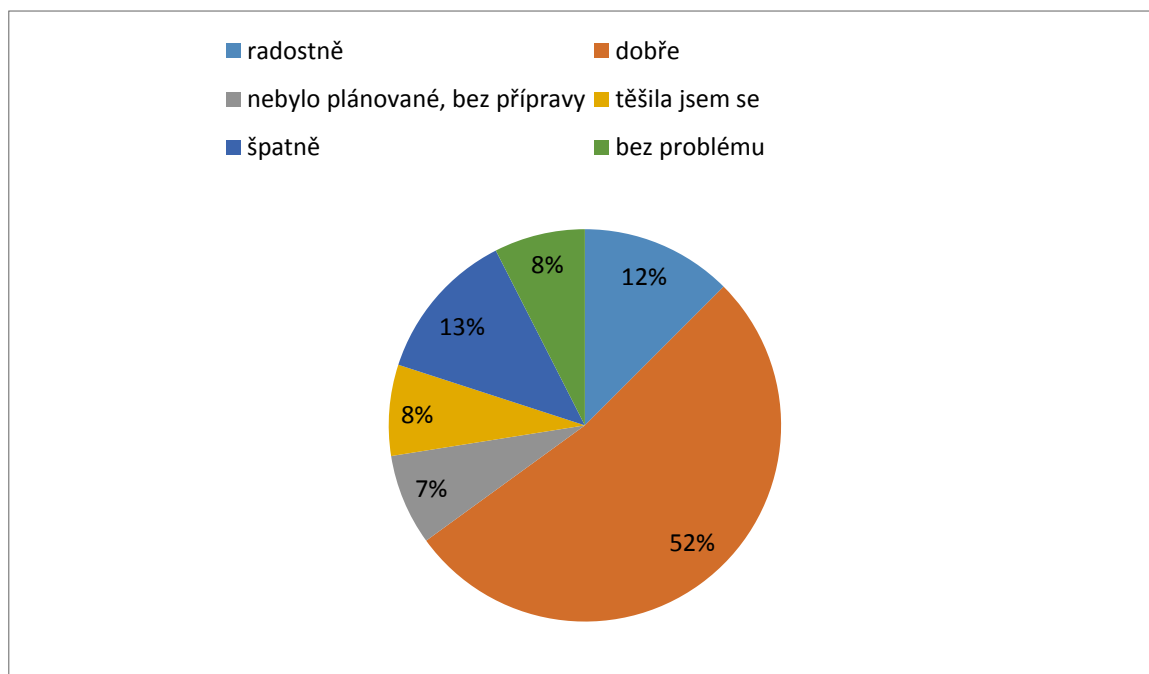
Komentář

U této otázky mohly ženy uvést více odpovědí, 18 žen (45,00 %) nejvíce scházelo kontakt s dítětem, 23 ženám (34,85 %) navíc scházelo i partner, 9 ženám (13,64 %) rodina a 16 ženám (24,20 %) scházelo soukromí. Relativní četnost je vypočítána z celkového počtu odpovědí.

16. Jak jste prožívala přípravu na těhotenství?

Tabulka č. 16 Prožívání těhotenství

Prožívání těhotenství	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
radostně	5	12,50
dobře	21	52,50
těšila jsem se	3	7,50
nebylo plánované, bez přípravy	3	7,50
špatně	5	12,50
bez problému	3	7,50
Jiné	0	0,00
Celkem	40	100,00



Graf č. 4 Příprava na těhotenství

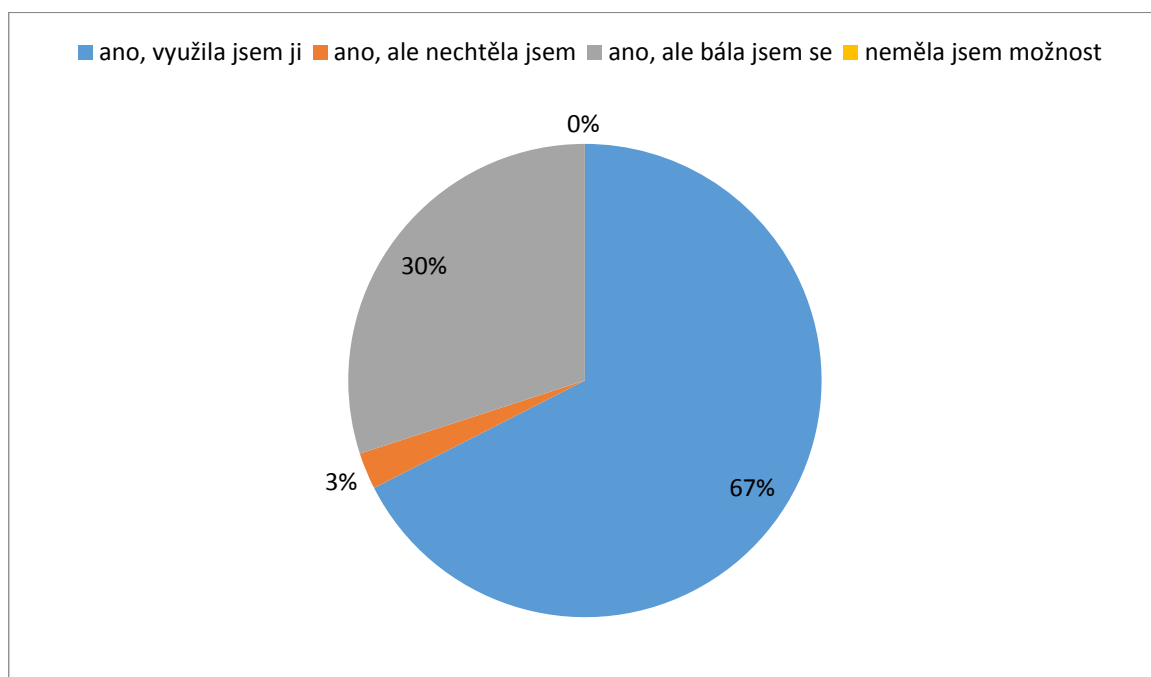
Komentář

Z tabulky č. 16 vyplývá, že z celkového počtu respondentek, se 3 ženy (7,50 %) na porod těšily, 21 žen (52,50 %) ho prožilo dobře, 5 žen (12,50 %) ho prožívalo radostně, 3 ženy (7,50 %) těhotenství neplánovalo, takže bylo bez příprav, 5 žen (7,50 %) ho prožívalo špatně a 3 ženy (7,50 %) ho prožívaly bez problému.

17. Měla jste možnost se sama zapojit do péče o dítě?

Tabulka č. 17 Zapojení do péče

Zapojení do péče	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, využila jsem ji	27	67,50
ano, ale nechtěla jsem	1	2,50
ano, ale bála jsem se	12	30,00
neměla jsem možnost	0	0,00
Celkem	40	100,00



Graf č. 5 Možnost zapojení do péče

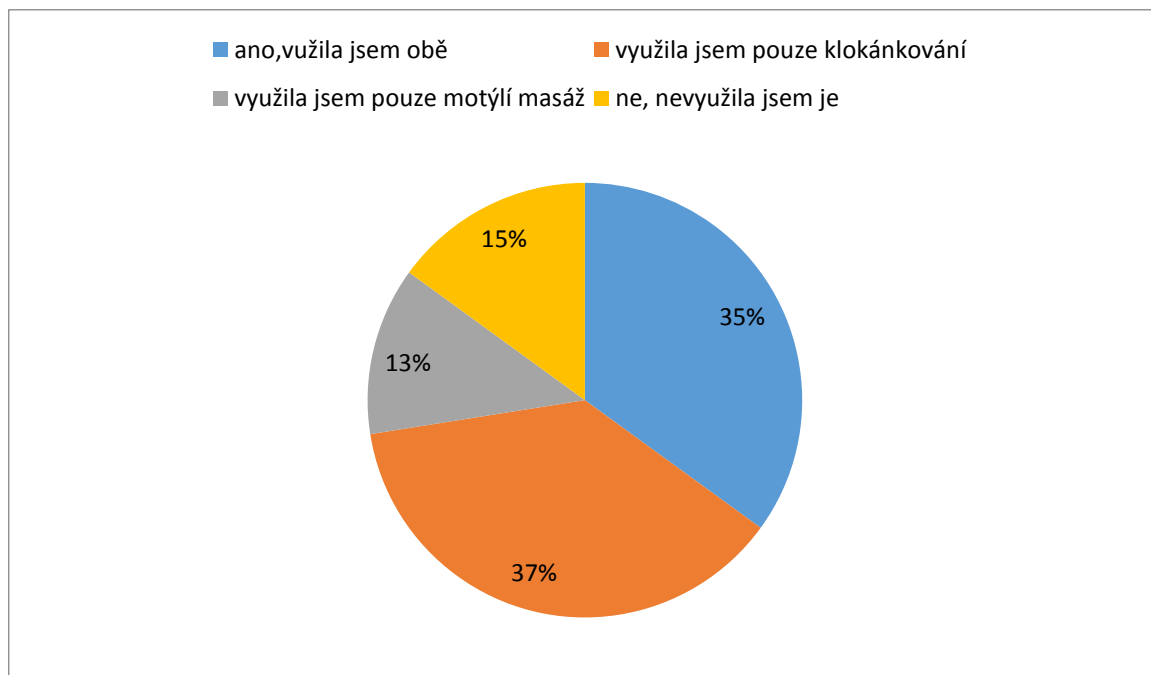
Komentář

Z tabulky č. 17 vyplývá, že se výzkumu zúčastnilo celkem 40 žen, z toho 27 žen (67,50 %) se do péče o své dítě aktivně zapojilo samo, 12 žen (30,00 %) se zapojilo, ale bálo se a 1 žena (2,50 %) se zapojit nechtěla.

18. Využila jste techniku klokáňkování nebo motýlí masáže?

Tabulka č. 18 Techniky péče

Pocity	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
obojí	14	35,00
klokáňkování	15	37,50
motýlí masáž	5	12,50
ani jedna	6	15,00
Celkem	40	100,00

*Graf č. 6 Techniky péče o dítě***Komentář**

Z tabulky č. 18 vyplývá, že se výzkumu zúčastnilo celkem 40 žen, z toho 14 žen (35,00 %) využily jak klokáňkování tak motýlí masáž, 15 žen (37,50 %) využily pouze klokáňkování, 5 žen (12,50 %) využilo pouze motýlí masáž a 6 žen (15,00 %) nevyužilo ani jednu metodu.

19. Jak rychle se Vám rozběhla laktace?

Tabulka č. 19 Laktace

Laktace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ihned po porodu	13	32,50
až po několika dnech	11	27,50
musela jsem odstříkávat	12	30,00
nerozběhla, musela jsem dokrmovat	3	7,50
jiné	0	0,00
Celkem	7	100,00

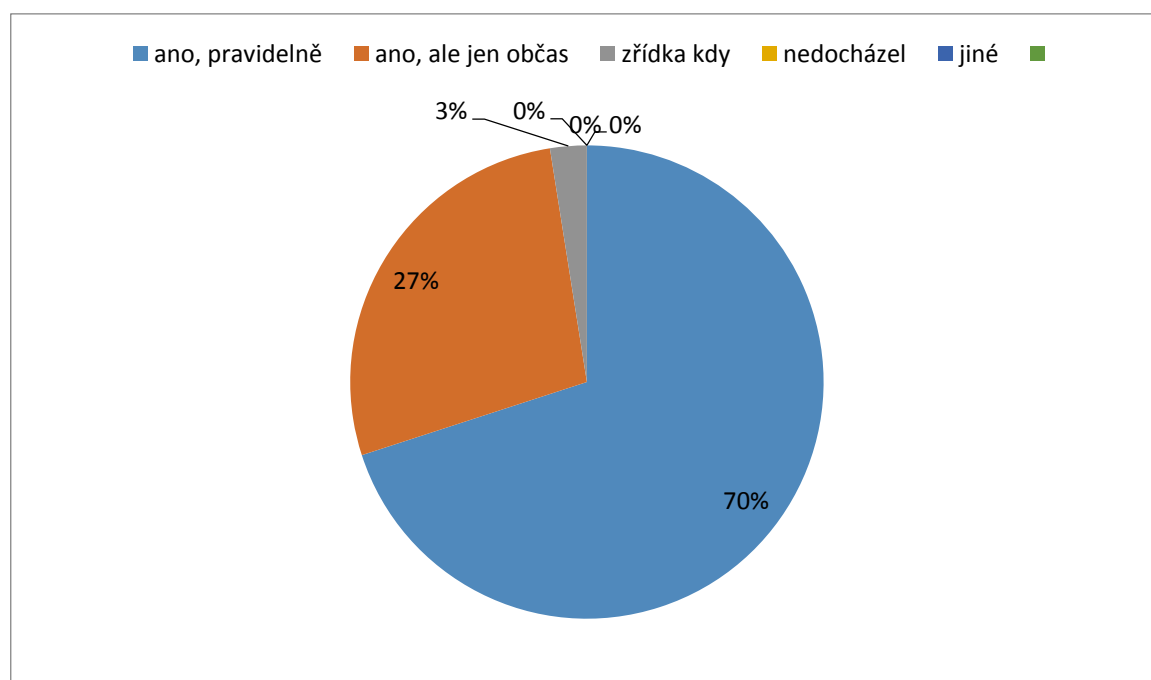
Komentář

Z tabulky č. 19 vyplývá, že se výzkumu zúčastnilo celkem 40 žen, z toho u 13 žen (32,50 %) se rozběhla laktace ihned, u 11 žen (27,50 %) se rozběhla až po několika dnech, 12 žen (30,00 %) muselo odstříkávat a u 3 žen (7,50 %) se nerozběhla a musely dokrmovat.

20. Docházel za Vámi váš partner?

Tabulka č. 20 Přítomnost partnera

Přítomnost partnera	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, pravidelně	28	70,00
ano, ale jen občas	11	27,50
zřídka kdy	1	2,50
nedocházel	0	0,00
jiné	0	0,00
Celkem	40	100,00



Graf č. 7 Návštěvy partnera

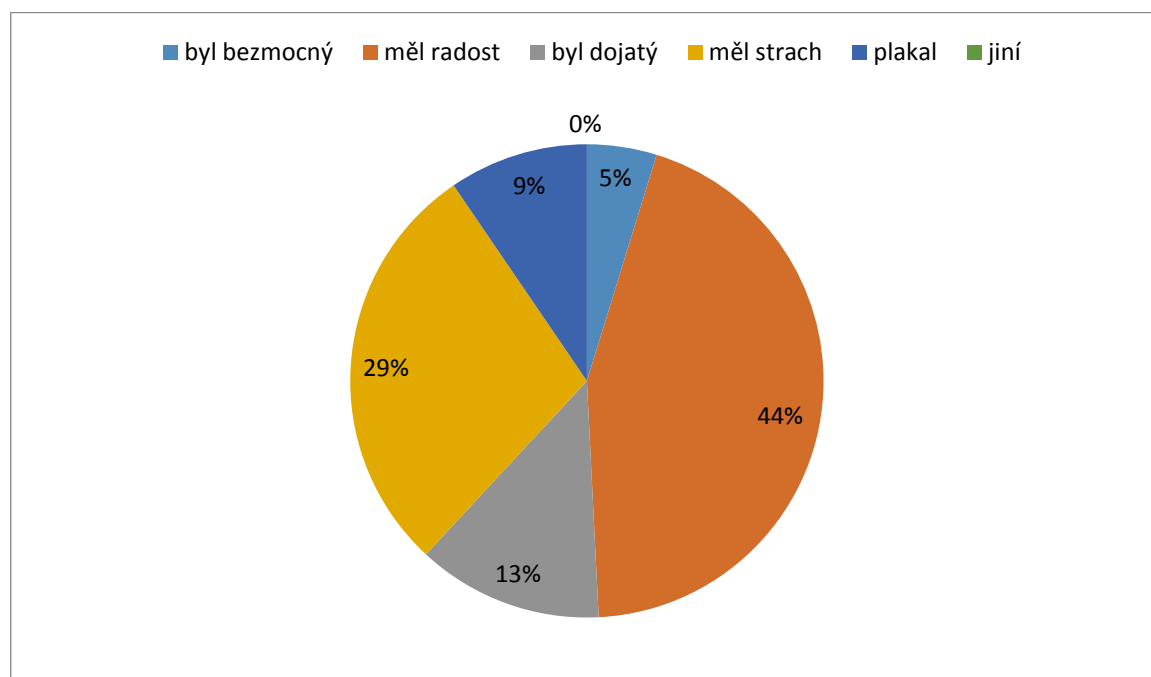
Komentář

Z tabulky č. 20 vyplývá, že za 28 ženami (70,00 %) docházel partner pravidelně, za 11 ženami (27,50 %) docházel jen občas a za 1 ženou (2,50 %) zřídka kdy.

21. Jak reagoval partner při prvním setkání s dítětem?

Tabulka č. 21 Reakce partnera

Reakce partnera	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
byl bezmocný	3	4,80
měl radost	28	44,40
byl dojatý	8	12,70
měl strach	18	28,60
plakal	6	9,50
jiné	0	0,00
Celkem	63	100,00



Graf č. 8 Reakce partnera

Komentář

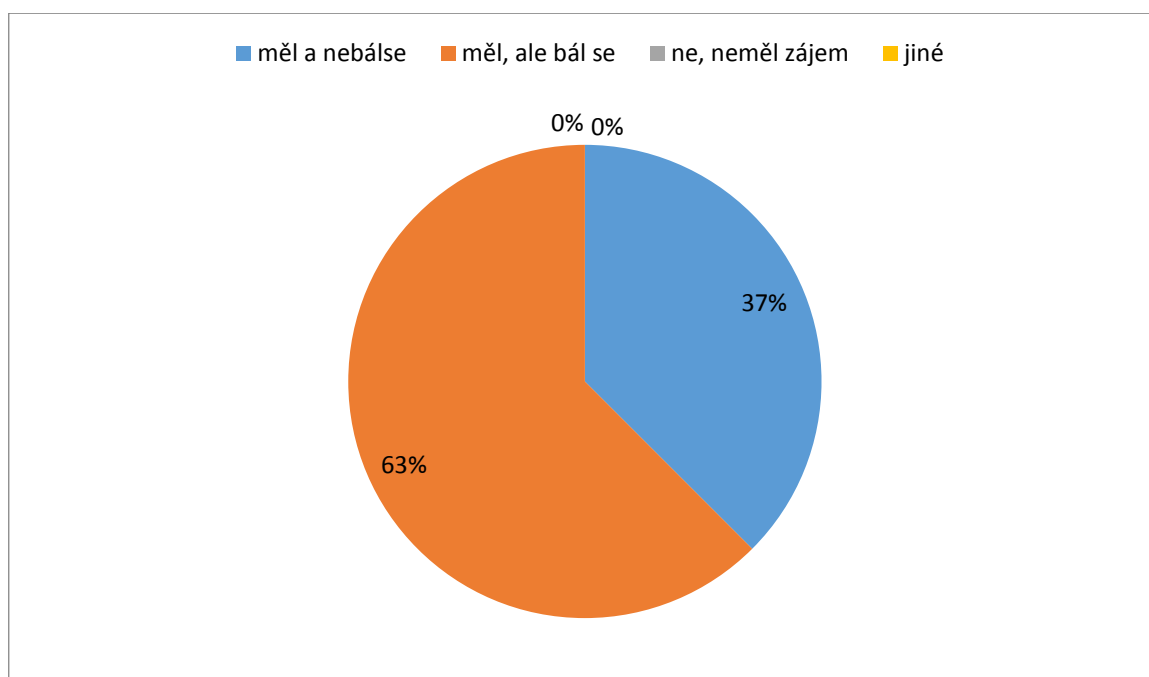
U této otázky mohly ženy uvést více odpovědí. U 28 žen (44,40%) měl partner radost, u 8 žen (12,70 %) byl partner dojatý, u 18 žen (28,60 %) měl strach, u 6 žen (9,50 %) plakal a

u 3 žen (4,80 %) byl bezmocný. Relativní četnost je vypočítána z celkového počtu odpovědí.

22. Měl Váš partner zájem podílet se na péči o dítě?

Tabulka č. 22 Partner a péče o dítě

Partner a péče o dítě	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
měl a nebál se	15	37,50
měl, ale bál se	25	62,50
ne, neměla jsem zájem	0	0,00
jiné	0	0,00
Celkem	7	100,00



Graf č. 9 Partner a péče o dítě

Komentář

Z tabulky č. 22 vyplývá, že se výzkumu zúčastnilo celkem 40 žen, u 25 žen (62,50 %) měl partner zájem se podílet na péči ale bál se, u 15 žen (37,50 %) měl zájem a ani se nebál. Ani jedna žena nenapsala, že by neměl zájem.

23. Otázka číslo 23 byla postavena na principu nedokončených vět s myšlenkou dokončení dle pocitů matky. Otázka byla stěžejní právě pro to, že na ní šlo nejlépe poznat, co matky opravdu cítí. Jednotlivé věty byly vyhodnoceny samostatně a uspořádány do kategorií.

1. věta Když vidím své dítě, tak..

Tabulka č. 23 Když vidím své dítě tak...

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
jsem šťastná a hrdá	16	40,00
mám strach a obavy	9	22,50
vidím zázrak	5	12,50
nechci nic víc a nemůžu mluvit	7	17,50
neodpověděly	3	7,50
Celkem	40	100,00

Komentář

Z tabulky č. 23 vyplývá, že na nedokončené věty odpovědělo 40 žen, 16 žen (40,00 %) odpovědělo, že jsou při pohledu na své dítě hrdé a jsou šťastné, 9 žen (22,50 %) odpovědělo, že měly strach a obavy, 7 žen (17,50 %) odpovědělo, že nechtěli už nic víc a nemohli mluvit, 5 žen (12,50 %) odpovědělo, že viděly zázrak a 3 ženy (7,50 %) vůbec neodpovědělo.

2. věta Kdybych mohla, tak.....

Tabulka č. 24 Kdybych mohla, tak.....

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
vrátím čas	5	12,50
udělám pro něj/ni cokoliv	7	17,50
jedu hned domů	4	10,00
jsem jen s dítětem	7	17,50
pláču a nedýchám	3	7,50
kojím	3	7,50
neodpověděly	11	27,50
Celkem	40	100,00

Komentář

Z tabulky č. 24 vyplývá, že na nedokončené věty odpovědělo 40 žen, 11 žen (27,50 %) vůbec neodpovědělo, 7 žen (17,50 %) odpovědělo, že by udělaly cokoliv, 7 žen (17,50 %) odpovědělo, že by chtěly být jen s dítětem, 5 žen (12,50 %) odpovědělo, že by vrátily čas, 4 ženy (10,00 %) odpověděly, že by jely hned domů, 3 ženy (7,50 %) odpověděly, že kdyby mohly tak pláčou a nedýchají a 3 ženy (7,50 %) odpověděly, že by rády kojily.

2. věta Nejspokojenější jsem, když...

Tabulka č. 25 Nejspokojenější jsem, když.....

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
jsem jen s dítětem	16	40,00
jsem doma s rodinou	12	30,00
je dítě zdravé	3	7,50
spím	4	10,00
můžu kojit	1	2,50
neodpověděly	4	10,00
Celkem	40	100,00

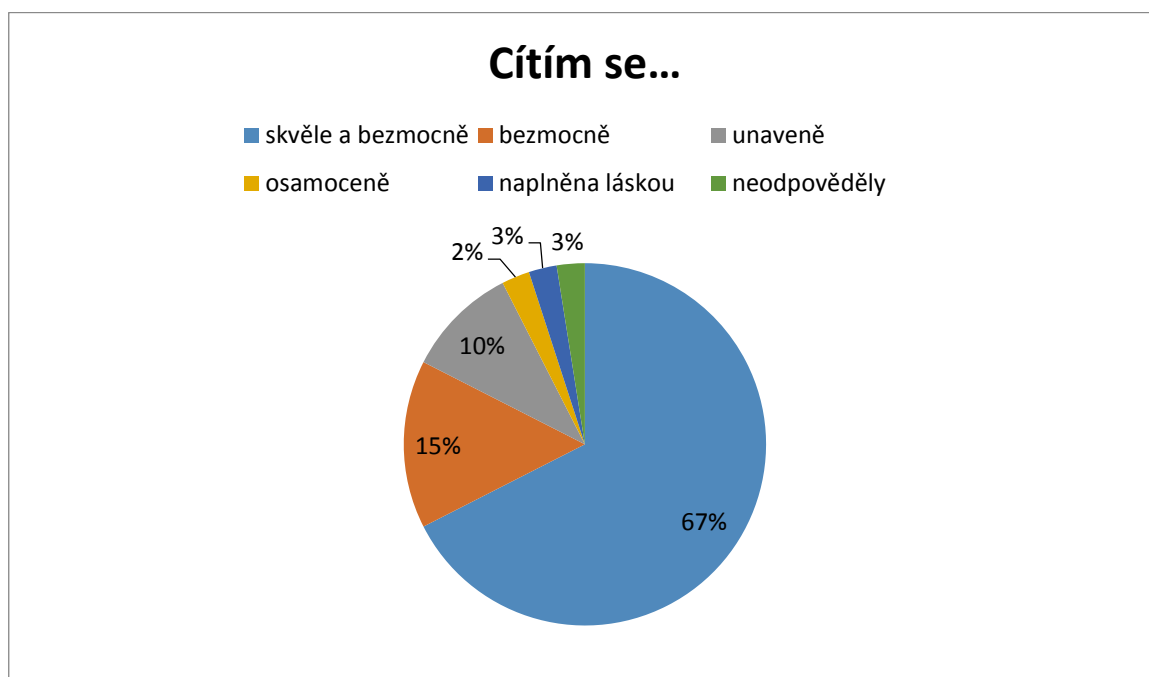
Komentář

Z tabulky č. 25 vyplývá, že na nedokončené věty odpovědělo 40 žen, 16 žen (40,00 %) odpovědělo, že jsou nejspokojenější právě s dítětem, 12 žen (30,00 %) odpovědělo, že nejspokojenější jsou s rodinou doma, 3 ženy (10,00 %) odpověděly, že jsou spokojené, když je dítě zdravé, 4 ženy (10,00 %) odpověděly, že jsou nejspokojenější, když spí, 4 ženy (10,00 %) vůbec neodpověděly a 1 žena (2,50 %) je nejspokojenější, když může kojit.

3. věta Cítím se.....

Tabulka č. 26 Cítím se.....

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
skvěle a spokojeně	27	67,50
bezmocně	6	15,00
unaveně	4	10,00
osamoceně	1	2,50
naplněna láskou	1	2,50
neodpověděly	1	2,50
Celkem	40	100,00



Graf č. 10 Cítím se

Komentář

Z tabulky č. 26 vyplývá, že na nedokončené věty odpovědělo 40 žen, 27 žen (67,50 %) odpovědělo, že se cítí skvěle a spokojeně, 6 žen (15,00 %) odpovědělo, že se cítí bezmocně, 4 ženy (10,00 %) odpovědělo, že se cítí unaveně, 1 žena (2,50 %) odpověděla, že se cítí

osamoceně, 1 žena (2,50 %) odpověděla, že se cítí naplněna láskou a 1 žena (2,50 %) vůbec neodpověděla.

4. věta Přála bych si...

Tabulka č. 27 Přála bych si.....

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
aby byl/a zdraví/á	10	25,00
být doma s rodinou	6	15,00
více času	4	10,00
být sní/sním	5	12,50
soukromí	2	5,00
pomoc	5	12,50
neodpověděly	7	17,50
Celkem	40	100,00

Komentář

Z tabulky č. 27 vyplývá, že na nedokončené věty odpovědělo 40 žen, 10 žen (25,00 %) odpovědělo, že by si přály aby bylo dítě zdravé, 6 žen (15,00 %) odpovědělo, že by si přály být doma s rodinou, 5 žen (12,50 %) odpovědělo, že by si přály být jen s dítětem, 5 žen (12,50 %) odpovědělo, že by si přály pomoc, 4 ženy (7,50 %) by si přály více času, 2 ženy (5,00 %) by si přály více soukromí a 7 žen (17,50 %) neodpověděly.

5. věta Zkušenost s předčasným porodem.....

Tabulka č. 28 Zkušenost s předčasným porodem.....

Kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
nová	12	30,00
nepopsatelná	14	35,00
špatná	4	10,00
opakovaná	2	5,00
specifická	1	2,50
neodpověděly	7	17,50
Celkem	40	100,00

Komentář

Z tabulky č. 28 vyplývá, že na nedokončené věty odpovědělo 40 žen, 14 žen (35,00 %) odpovědělo, že zkušenost s PP je nepopsatelná, 12 žen (30,00 %) odpovědělo, že je nová, 4 ženy (10,00 %) odpověděly, že je špatná, 2 ženy (5,00 %) odpověděly, že je opakovaná, 1 žena (2,50 %) odpověděla, že je specifická a 7 žen (17,50 %) vůbec neodpovědělo.

6. věta Ještě bych chtěla doplnit.....

Tabulka č. 29 Ještě bych chtěla doplnit.....

Ještě bych chtěla doplnit....	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
poděkování	13	33,30
že už by to nechtěla zažít	1	2,60
neodpověděly	25	64,10
Celkem	39	100,00

Komentář

Z tabulky č. 29 vyplývá, že na nedokončené věty odpovědělo 39 žen, 25 žen (40,00 %) neodpovědělo nebo nechtělo nic dodat, 13 žen (33,30 %) odpovědělo, že moc za všechno děkují a 1 žena (2,60 %) by to už nechtěla zažít.

Jedna žena napsala odpověď, která byla specifická a moc pěkná. Cituji „ Každá maminka, která má „ nedonošeňátko“ je v mých očích silná žena posvěcená zkušeností na celý život.

DISKUZE

Na úvod bych chtěla říct, že je to velmi citlivé téma. I proto jsem strašně ráda, že ani jedna matka neměla problém mi dotazník vyplnit či se semnou o tom přímo bavit. Za opravdu přínosné hodnotím informace z otázky číslo 23, kde matky dokončovaly věty. Z každého dotazníku jsem měla pocit, že matky si i přes dřívější porod, či komplikace spojené s ním prochází nejkrásnějším obdobím v životě.

V praktické části bakalářské práce byly stanoveny cíle:

K hlavnímu cíli „Zjistit, jakou mají matky podporu po předčasném porodu“ se vztahovaly položky v dotazníku č. 6, 15, 16, 23. Ze získaných dat z dotazníku bylo zjištěno, že se i přes špatnou prognózu matky na porod těšily a těhotenství prožívaly dobře, po porodu cítily radost i strach, tudíž to pro ně bylo velmi náročné ale zároveň radostné období, nejvíce jim scházela kontakt s partnerem a samotný dítětem při horším zdravotním stavu. A v neposlední řadě jsem čerpala s otázek č. 23, kdy matky prožívají nepřehledné množství pocitů, a žádná z žen nenapsala, že by to brala jako pocit selhání. Což velmi obdivuji. **Hlavní cíl byl splněn**

K prvnímu dílčímu cíli „Jak lze podpořit citovou vazbu mezi matkou a dítětem“, se vztahovaly položky v dotazníku č. 17, 18, 19, 12 a 23. Ze získaných dat vyplynulo, že matky měly možnost se sami zapojit do péče a samozřejmě toho maximálně využili, i když se trochu bály, ke sblížení využila většina matek klokánkování i motýlí masáž, ty se kterými jsem měla možnost mluvit to braly jako velké pozitivum ve tvorbě citové vazby, většinou matek se i přes předčasný porod rozběhla laktace i hned a i když musely odstříkávat měly možnost dítě krmit nejdříve z prsu. Jako poslední pozitivum hodnotím, že skoro většina z matek od dítěte vlastně neodešly a ty matky co měly doma druhé dítě, pravidelně docházely. Citová vazba tak je podle mě obrovská. **Dílčí cíl byl splněn**

Ke druhému dílčímu cíli „Jaké mají matky potřeby“, se vztahovaly položky v dotazníku č. 7, 8, 9, 10, 14, 15 a 20. Ze získaných dat z dotazníku vyplynulo, že se k většině matek choval personál profesionálně a díky tomu se mohly cítit v dobrém psychickém stavu, nejvíce podpory však poskytoval partner a rodina, což je pro matku po takovém zážitku co nejdůležitější, také byly velmi dobře informované, co se týče stavu dítěte i stavu svého, polovina matek uvedla, že měla možnost kontaktu s psychologem ale nevyužila toho, druhá zase uvedla, že nabídku nedostala. Dle mého lékaře sám pozná, kdo pomoc potřebuje a kdo ne. Mezi nesplněné potřeby bych zařadila dlouhé odloučení od partnera a někdy i do

samotného dítěte. Ovšem za většinou žen partner docházel pravidelně a jakmile dovolil stav dítěte měla matka kontakt i s ním. **Dílčí cíl byl splněn**

Ke třetímu dílčímu cíli „Jakou roli ve vztahu matky s dítětem hraje otec“, se vztahovaly položky v dotazníku č. 20, 21 a 22. Ze získaných dat z dotazníku vyplynulo, že za většinou žen docházel partner pravidelně, tudíž se podílel na péči o dítě stejně jako žena. Dokonce jedna žena, která skončila po porodu na JIP uvedla, že právě partner byl ten, který za dítětem docházel a tvořil si tak velmi silné citové pouto. Třetina žen uvedla, že partner docházel jen občas ale to jen protože to měl daleko. Při prvním kontaktu většina žen uvedla, že partner pociťoval radost ale zároveň i strach. Téměř většina otců měla zájem se podílet na péči o dítě ale bála se. **Dílčí cíl byl splněn**

Ke čtvrtému dílčímu cíli „Jak probíhá adaptace matky při předčasném porodu“, se vztahovaly položky v dotazníku č. 6, 16, 19 a 23. Ze získaných dat z dotazníku vyplynulo, že se matky cítily po porodu velmi dobře, na situaci, která je potkala si velmi rychle zvykly. Chtěly se co nejrychleji zapojit do péče, velkou podporu měly v partnerovi a rodině i v personálu. Díky dobré psychické podpoře většina matek byla schopna ihned kojit, i když s dopomocí odstříkávání. Matky byly šťastné jak se jejich dětem daří a těšily se samozřejmě domů, kde budou mít na vše klid. **Dílčí cíl byl splněn**

V dohledatelných zdrojích byly dohledány práce s podobnou tematikou. Nejblíže tématu byla práce od Jany Řihánkové z Masarykovi univerzity v Brně z roku 2009. Teoretickou část měla zpracovanou podobně. Při praktické části práce využila kvalitativního výzkumu za použití obsahové analýzy. Studentka měla téma Matka a nedonošené dítě, ale její práce byla zacílena na prohlubující se vztah matky s dítětem, proto nebylo možné výsledky srovnat.

ZÁVĚR

Hlavním důvodem proč jsem si práci vybrala bylo, že mě zajímalo, co ženy během porodu ale i po něm prožívají a jak je lze podpořit. Jaké potřeby mají potřeby a zda se mají na koho obrátit při potřebě. Měla jsem možnost si osobně s některými matkami promluvit a jsem za to opravdu ráda. Samozřejmě jsem si nedokázala představit, jaké to musí být, ale hrozně moc mi to dalo.

Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se nejprve zaměřila na těhotenství. Co se týká fyziologického těhotenství, snažila jsem se objasnit známky těhotenství, rozdělení trimestrů, popsala jsem přípravu na porod, patofyziologické těhotenství, porod, a předčasný porod. V souvislosti s předčasně narozeným dítětem, jsem se snažila vysvětlit anatomické a fyziologické změny a ošetrovatelskou péči o nedonošeného novorozence. Dále jsem se zaměřila na specifika péče o matku, potřeby matky, podporu matky, techniky péče o dítě a podporu rodiny umírajícího dítěte.

Praktickou část jsem zpracovala jako výzkumné šetření formou dotazníku popřípadě rozhovoru v nemocnici krajského typu. V této části práce jsem si stanovila jeden hlavní a čtyři dílčí cíle, které jsou popsány v diskuzi. Jako velmi přínosné hodnotím věty v poslední otázce, které měly matky dokončit. Před dokončením práce jsem nebyla schopná si uvědomit, kolik citů ve výsledných dotaznících budu číst.

Očekávání, která jsem měla, než jsem začala mou bakalářskou práci zpracovávat, se splnila. Práce pro mě byla zajímavá a přínosná. Obohatila mě o takové zkušenosti, které určitě jednou v praxi využiji a už mi je nikdo nikdy nevezme. Zpracování práce mi umožnilo nahlédnout do „světa“ maminek, a já si tak lépe budu umět představit jejich pocity a porozumím jejich potřebám. O tyto zkušenosti bych se chtěla také podělit s porodními asistentkami v praxi, případně se studentkami, které se na tuto roli teprve připravují.

To, jestli jsem splnila stanovené cíle nechám na posouzení odborné komisi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. Metodika psychofyzické přípravy na porod. Praha: Grada ISBN 978-80-247-5361-4.

DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ, Alena KOKEŠOVÁ, Lenka NOVOTNÁ, Eva KOPASOVÁ, Ľubica KAISEROVÁ a Ladislav MÜLLER, 2016. Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1072-6.

DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ a Lenka NOVOTNÁ, 2009. Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2018. Neonatologie. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3936-9.

ELIAŠOVÁ, Anna a kolektiv, 2008. Porodná asistencie. Martin, Osveta. ISBN 978-80-8063-261-8.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2012. Intenzivní péče o novorozence. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ, 2017. Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0274-7.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

KOUCKÝ, Michal a Jan SMÍŠEK, 2014c. Spontánní předčasný porod. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-416-6.

KRÁTKÁ, Anna, 2018. Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi. ISBN 978-80-7454-764-5.

LEIFER, Gloria, 2004. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

HOLÁ, Edith a Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, 2014. Vítej, kulíšku: sedm duhových pohádek a průvodce na cestě domů : terapeutická kniha pro rodiče, když je to na počátku jinak. Nové Veselí: Nedoklubko. ISBN 978-80-260-7180-8.

NOVÁK, Tomáš a Blanka DVOŘÁČKOVÁ, 2008. Vztah matky a syna. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2077-7.

REPKOVÁ, Adriana a kolektiv, 2007. Gynekologické ošetrovatelstvo. Martin Osveta. ISBN 80-8063-236-7.

ROZTOČIL, Aleš a kolektiv, 2017. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.

SEARS, William, c2004. The premature baby book: everything you need to know about your premature baby from birth to age one. New York: Little, Brown and Company. ISBN 9780316738224

SIMKIN, Penny, c2010. Pregnancy, childbirth, and the newborn: the complete guide. 4th ed. New York: Distributed by Simon & Schuster. ISBN 978-1-4391-7511-8.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Early signs of pregnancy | LloydsPharmacy Online Doctor UK [online]. Copyright © 2016 [cit. 31.03.2019]. Dostupné z: <https://onlinedoctor.lloydspharmacy.com/blog/early-signs-pregnancy/>

Nedoklubko: bazální stimulace [online]. 2017 [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/predcasny-porod/bazalni-stimulace>.

Nedoklubko: klokánkování [online]. 2017 [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/predcasny-porod/klokankovani>

Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz [online]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/uplatneni-konceptu-bazalni-stimulace-v-neonatologii-463868>

SEZNAM TABULEK

1. Tabulka č.1 Věk.....	36
2. Tabulka č.2 Vzdělání.....	37
3. Tabulka č.3 Těhotenství.....	38
4. Tabulka č.4 Narozené děti.....	39
5. Tabulka č.5 Týden porodu.....	40
6. Tabulka č.6 Pocity po porodu.....	41
7. Tabulka č.7 Chování personálu.....	42
8. Tabulka č.8 Podpora.....	43
9. Tabulka č.9 Informovanost.....	44
10. Tabulka č.10 Komunikace s jinou matkou.....	45
11. Tabulka č.11 Doba hospitalizace.....	46
12. Tabulka č.12 Návštěva dítěte.....	48
13. Tabulka č.13 Hospitalizace bez matky.....	49
14. Tabulka č.14 Psycholog.....	50
15. Tabulka č.15 Nejvíce scházelo.....	51
16. Tabulka č.16 Přípravy na těhotenství.....	52
17. Tabulka č.17 Zapojení do péče.....	54
18. Tabulka č.18 Techniky péče.....	55
19. Tabulka č.19 Laktace.....	56
20. Tabulka č.20 Návštěva partnera.....	57
21. Tabulka č.21 Reakce partnera.....	58
22. Tabulka č.22 Zapojení partnera.....	60
23. Tabulka č.23 Když vidím své dítě, tak.....	61
24. Tabulka č.24 Kdybych mohla, tak.....	62
25. Tabulka č.25 Nejspokojenější jsem, když.....	63
26. Tabulka č.26 Cítím se.....	64
27. Tabulka č.27 Přála bych si.....	66
28. Tabulka č.28 Zkušenost s PP je.....	67
29. Tabulka č.29 Ještě bych chtěla doplnit.....	68

SEZNAM GRAFŮ

1. Graf č.1 Komunikace s jinou matkou.....	45
2. Graf č.2 Doba hospitalizace.....	46
3. Graf č.3 Nejvíce scházelo.....	51
4. Graf č.4 Přípravy na těhotenství.....	52
5. Graf č.5 Zapojení do péče.....	54
6. Graf č.6 Techniky péče.....	55
7. Graf č.7 Návštěva partnera.....	57
8. Graf č.8 Reakce partnera.....	58
9. Graf č.9 Zapojení partnera.....	60
10. Graf č.10 Cítím se.....	64

SEZNAM ZKRATEK

GIT- gastrointestinální trakt

JIRPN - jednotka intenzivní a resuscitační péče novorozence

nJIP- novorozenecká jednotka intenzivní péče

IMP- intermediální péče

EFCNI- European Foundation for the Care of Newborn

DMO- dětská mozková obrna

CP- cerebrální paréza

PMR- psychomotorická retardace

CTP- tranzientní tonusové odchylky

CKP- centrální koordinační porucha

PP- předčasný porod

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 Dotazník

Příloha č.1 Desatero pro rodiče „Předšasňátek“

PŘÍLOHA 1

DOTAZNÍK

Vážená paní,

Jmenuji se Pavlína Hradilíková a studuji obor Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro zpracování mé závěrečné práce na téma Podpora matky pečující o předčasně narozené dítě. Účast na výzkumu je anonymní a dobrovolná. Vyplněním dotazníku dáváte kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného

v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/ 2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/ 2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

V tomto dotazníku bych Vás ráda požádala o odpovědi na přítomné otázky.

Pokyny k vyplnění dotazníku: pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte, prosím, jednu odpověď a to tu, která nejlépe vystihuje Váš názor. Tam, kde jsou otázky otevřené tedy doplňující, prosím doplňte.

Mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Do jaké věkové skupiny spadáte?

- a) pod 20 let b) 20-30 let c) 30-40 let d) 40 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) ZŠ b) SŠ c) Odborné učiliště
d) VOŠ e) VŠ d) jiné (prosím, doplňte)

3. Kolikáté to bylo Vaše těhotenství?

- a) 1 b) 2 c) 3 a více

4. Počet živě narozených dětí?

5. V kolikátém týdnu jste porodila? (současný porod)

- a) před 28. týdnem b) 28-31. t.t. c) 32. – 35. t.t. d) 36. – 37. t.t.

6. Jak se po porodu cítíte? (můžete označit více odpovědí)

- a) mám radost b) mám strach c) mám úzkost

d) cítím beznaděj e) jiné (prosím, doplňte)

7. Choval se k Vám personál profesionálně?

a) ano b) nevnímala jsem to
c) ne d) jiné (prosím, doplňte)

8. Kdo Vám v tomto období poskytoval nejvíce podpory? (můžete označit více odpovědí)

a) rodina b) partner c) personál nemocnice
d) psycholog e) jiné (prosím, doplňte)

9. Kdo Vám poskytoval informace o vašem zdravotním stavu či stavu dítěte? (můžete označit více odpovědí)

a) lékař b) porodní asistentka c) dětská sestra
d) všeobecná sestra e) jiné (prosím, doplňte)

10. Měla jste možnost si promluvit s jinou matkou, která to také prožila?

a) ano, měla jsem a promluvila jsem si s ní b) měla jsem, ale nechtěla o tom mluvit
c) ne, neměla jsem

11. Jak dlouho jste byla po porodu hospitalizovaná?

12. Navštěvovala jste po propuštění své dítě v porodnici?

a) ano, docházela jsem b) ne, zůstala jsem doma
c) z porodnice jsem neodešla

13. Pokud bylo Vaše dítě hospitalizováno bez Vaší přítomnosti, jak dlouho to bylo?

14. Dostala jste v porodnici nabídku na setkání se s psychologem?

a) dostala jsem ji a využila ji b) dostala, ale nevyužila jsem ji
c) nedostala jsem ji

15. Co Vám během hospitalizace nejvíce scházelo? (můžete označit více odpovědí)

a) partner b) rodina c) kontakt s dítětem
d) soukromí e) jiné (prosím, doplňte)

16. Jak jste prožívala přípravu na těhotenství?

17. Měla jste možnost se sama zapojit do péče o své dítě?

- a) ano, využila jsem ji b) ano, ale nechtěla jsem
c) ano, ale bála jsem se d) neměla jsem možnost

18. Využila jste techniku klokákování nebo motýlí masáže?

- a) ano, využila jsem obě b) využila jsem pouze klokákování
b) využila jsem pouze motýlí masáž c) ne, nevyužila jsem je

19. Jak rychle se Vám rozběhla laktace?

- a) ihned po porodu b) až po několika dnech c) musela jsem odstříkávat
d) nerozběhla, musela jsem dokrmovat CM (cizím mlékem)
e) jiné (prosím, doplňte)

20. Docházel za Vámi váš partner?

- a) ano, pravidelně b) ano, ale jen občas c) zřídka kdy
d) nedocházel d) jiné (prosím, doplňte)

21. Jak reagoval partner při prvním setkání s dítětem? (můžete označit více odpovědí)

- a) byl bezmocný b) měl radost c) byl dojatý
d) měl strach e) plakal f) jiné (prosím, doplňte)

22. Měl Váš partner zájem podílet se na péči o dítě?

- a) měl a nebál se b) měl, ale bál se c) ne, neměl zájem
d) jiné (prosím, doplňte)

23. Prosím, dokončete věty:

Když vidím své dítě tak.....

Kdybych mohla, tak.....

Nejspokojenější jsem když.....

Cítím se.....

Přála bych si.....

Zkušenost s předčasným porodem je.....

Ještě bych chtěla doplnit.....

PŘÍLOHA 2

DESATERO PRO RODIČE „PŘEDČASNÁTEK“

<i>1. Nebojte se dotýkat miminka, klokánkovat, mluvte na něj, v hlase máte léčitele pro děťátko i sebe.</i>	<i>6. Myslete i na sebe. Zbavte se pocitu viny, scházejte se s kamarády. Nebojte se požádat o pomoc.</i>
<i>2. Maminky, kojte. Prsa maminek jsou schopné produkovat mléko i po předčasném porodu. Mějte trpělivost a nevzdávejte to.</i>	<i>7. Tatínci, pomáhejte svým ženám. Čtěte knihy, masírujte záda, buďte oporou.</i>
<i>3. Hledejte informace.....ptejte se, ptejte se. Nechejte si přinést vše co vám pomůže.</i>	<i>8. Zbytek rodiny je také potřebný, naslouchejte, pomáhejte.</i>
<i>4. Sdílejte své obavy a pocity. Nejen s partnerem ale i s jinými maminkami. Zapojte se do skupiny na Facebooku.</i>	<i>9. Propuštění se většinou shoduje s plánovaným termínem porodu.</i>
<i>5. Vytvořte si deník a vše si pište. Pište o svých pocitech a obavách, jak se vaše dítě zlepšuje. Sepište celý váš příběh. Papír snese vše.</i>	<i>10. Minimálně dva roky berte na zřetel dvojitý věk miminka. Skutečný a ten tzv. korigovaný.</i>

(Nedoklubko, 2014)