

Adaptace předčasně narozených dětí do pozdějšího života

Vendula Vaculová

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Vendula Vaculová**
Osobní číslo: **H17224**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Adaptace předčasně narozených dětí do pozdějšího života**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti předčasně narozených novorozenců, předčasných porodů.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou volného rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

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

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

Seznam doporučené literatury:

DONOSO BERNALES, Bernardita a Enrique OYARZÚN EBENSPERGER, 2012. Premature delivery. Medwave. 12(08). DOI: 10.5867/medwave.2012.08.5477.

ISSN 07176384. Dostupné také z: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. Intenzivní péče o novorozence. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Jessenius, 2012. ISBN 978-80-7013-547-1.

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

ROZTOČIL, Aleš a Jaroslava DITTRICHOVÁ. Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing. Jessenius, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

SOBOTKOVÁ, Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ. Narodilo se s problémy, a co bude dál? Praha: Triton. Jessenius, 2009. ISBN 978-80-7387-141-3.

WAECHTER, Marlene. Malnutrition, Unhealthy Lifestyles and Scheduled Deliveries: The Causes of Prematurity. Midwifery Today [online]. 2014. ISSN

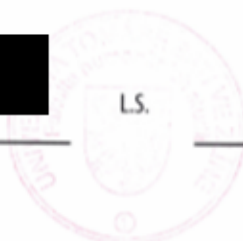
08917701. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&an=107831035&scope=site>

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Žárská**

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
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 20.5.2020

.....

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 nevdělečně 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 vzdělávacímu 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). Odpírá-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 užít 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 jím 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 přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá adaptací předčasně narozených dětí do jejich pozdějších životů. Práce se skládá z praktické a teoretické části. Teoretická část obsahuje klinická stádia, příčiny, prevenci, diagnostiku, léčbu a vedení předčasně narozeného porodu. Další kapitola se zabývá patologickým novorozencem, morfologickými znaky nedonošeného novorozence, růstovou restrikcí novorozence, její diagnostikou a léčbou. Dále komplikacemi předčasně narozených dětí, jejich růst, výživu a vzdělávání.

Praktická část rozebírá zkušenosti s předčasným porodem a předčasně narozeným novorozencem od jejich těhotenství až po současnost.

Cílem bakalářské práce je vyhledat informace o předčasně narozených dětech a jejich fyzickou, psychickou i sociální adaptaci do jejich životů. Druhým cílem je vytvořit brožurku pro matky pečující i své děti na JIP a IMP v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně.

Klíčová slova: novorozenec, nedonošený novorozenec, patologický novorozenec, předčasný porod, porod, poporodní komplikace

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the adaptation of premature babies to their subsequent lives. The body of the work consists of a practical and theoretical part. The theoretical part includes clinical stages, causes, prevention, diagnostics, treatment and carrying out of pre-term childbirth. The following chapter then deals with pathological newborn, morphological features of pre-term newborn, growth restriction and its diagnostics and treatment, as well as the complications the pre-term infants face, their growth, nutrition and education.

The practical part analyses pre-term birth and premature infant experience from pregnancy to present day. The aim of this thesis is to find information about premature infants and their physical, psychological and social adaptation to their subsequent life. The secondary aim is the compilation of a brochure for mothers of infants at Intensive and Intermediary Care units of Tomas Bata Regional Hospital in Zlin.

Keywords: newborn, premature newborn, pathological newborn, premature birth, childbirth, postpartum complications

Ráda bych poděkovala Mgr. Kateřině Žárské za odborné vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad. Také děkuji všem participantkám za ochotnou spolupráci a rodině za podporu.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PŘEDČASNÝ POROD	12
1.1 KLINICKÁ STÁDIA PŘEDČASNÉHO PORODU	12
1.2 PŘÍČINY PŘEDČASNÉHO PORODU	12
1.2.1 Infekce	13
1.2.2 Sociální příčiny	13
1.2.3 Profesní příčiny	14
1.3 PREVENCE	14
1.3.1 Cerclage děložního hrdla.....	14
1.4 DIAGNOSTIKA HROZÍCÍHO PŘEDČASNÉHO PORODU.....	14
1.5 TERAPIE PŘEDČASNÉHO PORODU.....	15
1.5.1 Tokolýza.....	15
1.5.2 Kortikosteroidy	16
1.5.3 Neuroprotektce	16
1.5.4 Terapie antibiotiky	16
1.6 VEDENÍ PŘEDČASNÉHO PORODU	17
2 PATOLOGICKÝ NOVOROZENEK	18
2.1 MORBIDITA A MORTALITA PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH NOVOROZENCŮ	19
2.1.1 Morbidity.....	19
2.1.2 Mortalita.....	19
2.2 MORFOLOGICKÉ ZNAKY	20
2.3 HYPOTROFICKÝ NOVOROZENEK – RŮSTOVÁ RESTRIKCE PLODU.....	22
2.3.1 Klasifikace růstové restrikce dle Hájka.....	23
2.4 DIAGNOSTIKA RŮSTOVÉ RESTRIKCE PLODU.....	23
2.5 TERAPIE RŮSTOVÉ RESTRIKCE PLODU.....	24
2.6 KOMPLIKACE PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO NOVOROZENEC	24
2.6.1 Infekce novorozence	24
2.6.2 Žloutenka.....	24
2.6.3 Syndrom respirační tísně.....	25
2.6.4 Systémová bakteriální infekce novorozence	26
2.6.5 Termoregulace.....	27
2.6.6 Apnoe, bradykardie a desaturace	28
2.6.7 Retinopatie předčasně narozených dětí	28
2.6.8 Nekrotizující enterokolitida	29
3 RŮST A VÝŽIVA	30
3.1 RŮST	30

3.2	VÝŽIVA	30
3.2.1	Doplňky výživy	31
3.3	KRMENÍ.....	31
3.3.1	Krmení žaludeční sondou.....	32
3.3.2	Celková parenterální výživa.....	32
3.3.3	Příjem tekutin	32
4	NEUROLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ, PROBLÉMY S CHOVÁNÍM A VZDĚLÁVÁNÍ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ.....	33
4.1	NEUROLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ	33
4.2	PROBLÉMY S CHOVÁNÍM	33
4.3	VZDĚLÁVÁNÍ.....	33
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
5	VÝZKUMNÁ ČÁST	36
5.1	CÍLE VÝZKUMU	36
5.2	VÝBĚROVÝ SOUBOR	37
5.3	METODA VÝZKUMU.....	37
6	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	46
6.1	PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ	46
6.2	PRŮBĚH PORODU	46
6.3	POPORODNÍ ADAPTACE A POBYT V NEMOCNICI.....	47
6.4	SOCIÁLNÍ ADAPTACE V POZDĚJŠÍCH LETECH	47
6.5	NYNĚJŠÍ ŽIVOT	49
7	DISKUZE	51
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
	ZÁVĚR	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	56
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	58
	SEZNAM TABULEK.....	59
	SEZNAM PŘÍLOH.....	60

ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na adaptaci předčasně narozených dětí do jejich života, a to adaptaci fyzickou, psychickou i sociální. Práce je rozčleněna do dvou částí, na teoretickou a praktickou.

Teoretická část popisuje předčasný porod, jeho klinická stádia, příčiny, prevenci, diagnostiku, terapii a vedení tohoto porodu. Je zde popsán patologický novorozenec. Rozdělili jsme nedonošené novorozence dle týdne těhotenství, ve kterém se narodili, a dle porodní hmotnosti. Je zde popsána morbidita a mortalita nedonošených dětí a jejich morfologické znaky na pokožce, očních víčkách, prsních bradavkách, genitáliích, ušních boltcích, plosek nohou a dlaní.

Dále se zaměřujeme na rozdíly velikosti, vzhledu a vývoje předčasně narozených dětí a fyziologického novorozence narozeného v termínu. Jsou zde popsány fyziologické znaky nedonošených novorozenců se zaměřením na centrální nervovou soustavu, termolabilitu, dýchání, zažívání, ledviny, játra a imunitní systém. Popisujeme růstovou restrikcí plodu a její klasifikace dle Hájka, diagnostiku a terapii. Další část teoretické části bakalářské práce se zaměřuje na komplikace předčasně narozených dětí jako je žloutenka, syndrom respirační tísně, sepsy, retinopatie a nekrotizující enterokolitida.

Růst a výživa je další kapitolou teoretické části. Jsou zde popsány doplňky výživy, krmení, krmení žaludeční sondou i celková parenterální výživa.

V poslední kapitole teoretické části jsou popsána neurologická onemocnění, problémy s chováním a vzdělávání předčasně narozených dětí.

Praktická část bakalářské práce je zpracována na základě kvalitativního výzkumu, technikou polostrukturovaných rozhovorů. Participantky byly vybírány podle předčasného porodu v anamnéze a ochotě spolupracovat na výzkumu.

Tato část práce rozebírá průběh těhotenství, porod, poporodní adaptaci novorozenců, zdravotní stav a pozdější adaptaci dětí i jejich současný život. Do výzkumu se zapojilo pět matek předčasně narozených dětí, z toho jedna žena porodila dvojčata a dvě ženy porodily předčasně obě své děti. Totožnost žen zůstala anonymní.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘEDČASNÝ POROD

Fyziologické těhotenství trvá 40 týdnů, za porod v termínu se považuje porod mezi 38. a 42. gestačním týdnem. Předčasný porod je tedy ukončení těhotenství před ukončeným 37. týdnem těhotenství. Předčasný porod má dopad zdravotní, rodinný, sociální i ekonomický (*Z. Hájek a kolektiv, 2004, str. 263*).

1.1 Klinická stádia předčasného porodu

Partus praematurus imminens – hrozící předčasný porod

Těhotná pociťuje bolesti a tlak v podbřišku, zádech. Bolesti jsou trvalé, ovšem jejich charakter a intenzita se mění. Při vaginálním vyšetření zjišťujeme zkrácení a dilataci děložního hrdla, tento nález se ale nemění a zůstává stejný. Objevuje se hojnější výtok z rodidel (*Hájek, 2014 str. 247*).

Partus praematurus incipiens – předčasný porod počínající

Těhotná žena pociťuje bolesti stále silnější a stávají se pravidelnější. Při vaginálním vyšetření zjišťujeme stále zkracující se děložní hrdlo, dilatuje se. V tomto případě je indikována tokolýza. Pokud se tento stav neupraví a kontrakce stále sílí, nelze předčasnému porodu zabránit (*Hájek, 2014, str. 248*).

Partus praematurus in cursu – předčasný porod v běhu

Bolesti dostávají charakter pravidelných děložních kontrakcí, zesilují. Děložní hrdlo je spotřebováno. Často dochází k odtoku plodové vody. V tomto případě nelze předčasnému porodu bránit (*Hájek, 2014 str. 248*).

1.2 Příčiny předčasného porodu

Předčasný porod může způsobit mnoho faktorů. Mezi ty nejčastější patří infekce, která se z pochvy přenesla do dělohy, do plodových obalů až k plodové vodě. Jako další příčina předčasného porodu může být špatná funkce placenty. Problém může být v jejím umístění, nebo předčasném odlučování. Vrozené vady dělohy, či předešlá operace na děložním čípku mohou také způsobit předčasný porod kvůli nedostatečnosti uzávěrového mechanismu hrdla dělohy (*A. Pařízek a kolektiv 2012*).

Podle metaanalýzy z roku 2017 se riziko předčasného porodu po excizním výkonu na hrdle děložním přibližně zdvojnásobuje. Opakováním zákroku se riziko dále zvyšuje (*J.Dudášová, P.Šimják, M.Kouský, A.Pařízek, 2019*).

U vícečetných těhotenství je předčasný porod častý, protože více plodů není pro lidskou dělohu fyziologické, děloha je přizpůsobena na donošení pouze jednoho plodu. Rozpětí dělohy při vývoji více plodů ovlivňuje receptory pro tvorbu oxytocinu. Produkci oxytocinu také podporuje odtok plodové vody, který může být v tomto případě způsoben přímým tlakem hlavičky plodu. Zvyšuje se tlak na dolní děložní segment, a tím se zvyšuje dráždivost sakrálních nervových receptorů (*Z. Hájek a kolektiv, 2004, str. 267*).

Plavka (2008) uvádí, že metody asistované reprodukce mají vliv na stoupající počet vícečetných těhotenství, která jsou velkým rizikem předčasných porodů.

Příčiny předčasného porodu můžeme rozdělit na přímé, nepřímé a neznámé. Mezi přímé příčiny patří právě infekce, poruchy placenty, inkompetence děložního hrdla, ale také imunologické příčiny, traumata nebo abnormality dělohy a plodu. Jako nepřímé příčiny předčasného porodu rozumíme takové, které nepřímo souvisí s tímto stavem, ale mohou na něho mít vliv. Je to předčasný porod v anamnéze, tělesné charakteristiky rodičky, vliv prostředí, sociální příčiny, profesní příčiny. Velkou část předčasných porodů ale tvoří neznámé příčiny (*A. Pařízek a kolektiv 2012*).

1.2.1 Infekce

Za jednu z hlavních příčin předčasného porodu je považována infekce. Vaginální flóra je ovlivňována hladinou estrogenu, glykogenu, pH a prokrvení poševní stěny. Cesta infekce k plodu je nejčastěji hematogenní, transplacentární a ascendentní (*Z. Hájek a kolektiv, 2004, str. 266*).

1.2.2 Sociální příčiny

Je prokázán vliv kouření cigaret na předčasný porod i růstovou restrikcí plodu. Nikotin, kadmium či dehet obsažený v cigaretách způsobuje restrikcí průtoku krve placentou. Podobně působí na těhotenství i užívání drog. Zde se navíc výrazně zvyšuje riziko infekce či sexuálně přenosných chorob. U užívání alkoholu či pití kávy nebyl prokázán přímý vliv na předčasné ukončení těhotenství. Alkohol má největší vliv na plod v počátku těhotenství, kdy se zakládají všechny orgánové soustavy (*A. Pařízek a kolektiv 2012 str. 229*).

1.2.3 Profesionální příčiny

Těhotná by se měla vyhnout stresu, dlouhému stání či chování, zvedání těžkých břemen, vibračním působícím na celé tělo, nadměrnému hluku nebo směnnému provozu. Dlouhé stání a chování nepříznivě ovlivňuje nitrobřišní tlak a průtok krve dělohou. Důležité je, aby žena byla schopna rozeznat příznaky hrozícího předčasného porodu a včas vyhledat odbornou pomoc (*A. Roztočil a kolektiv str.105*).

1.3 Prevence

„Prevence prematurity je jedním ze základních cílů porodnické péče.“ (*Z. Hájek a kolektiv, 2004, str. 278*).

Jde o časné rozpoznání rizika předčasného porodu před objevením prvních symptomů, včasné odhalení co nejvíce rizikových faktorů. U těhotných žen, u kterých se zjistí riziko předčasného porodu, jsou nutné častější pravidelné kontroly zaměřené na děložní činnost a porodní cesty. V případě nutnosti i včasná léčba hrozícího předčasného porodu. Součástí prevence je zaměření se na životní styl matky (*Z. Hájek a kolektiv, 2004, str. 278*).

1.3.1 Cerclage děložního hrdla

Jde o založení stehu na děložním čípku zabraňující otevírání, indikace je tedy insuficience děložního hrdla. Horní limit pro provedení je 25 + 6 týden. Kontraindikací jsou děložní kontrakce, infekce nebo krvácení (*Z. Hájek a kolektiv, 2004, str. 275*).

1.4 Diagnostika hrozícího předčasného porodu

Porodní asistentka by měla pozorně sledovat každý symptom poukazující na předčasný porod, protože předčasný porod může nastat u kterékoliv těhotné ženy, ať už s rizikovými faktory, či bez nich (*G. Leifer, 2004, str. 224*).

Diagnostika předčasného porodu závisí na subjektivních pocitech těhotné ženy, děložních kontrakcích a nálezů na děložním hrdle. Ovšem existuje řada případů, kdy nastává předčasný porod bez klinických příznaků, náhle. Takový porod často předchází předčasný odtok plodové vody, tento stav je nevratný a těhotná žena musí být po celou dobu, až do porodu sledována (*A. Pařízek a kolektiv 2012, str.60*).

Při příchodu těhotné na porodnické oddělení s podezřením na hrozící předčasný porod musí být lékařem rozhodnuto, zda těhotenství dále udržovat, nebo ho ukončit. To závisí na celkovém stavu matky, plodu a na gestačním stáří plodu. Porod před 22. týdnem lze

indikovat pouze v zájmu matky. Předčasný porod by měl probíhat v perinatologickém centru císařským řezem za přítomnosti neonatologa (*Z. Zdeněk Hájek a kolektiv, 2004, str.268*).

Stanovení rizika předčasného porodu zahrnuje:

- **Odběr anamnézy**
 - **Porodnická anamnéza** – předchozí porody, průběh předchozího těhotenství, aborty, abnormality dělohy a porodních cest.
 - **Osobní anamnéza** – celková onemocnění (onemocnění štítné žlázy).
 - **Rodinná anamnéza** – předčasné porody, aborty, patologická těhotenství v blízké rodině.
 - **Sociální anamnéza** – pracovní zátěž, stres, kouření, drogy, alkohol.
- **Gynekologická vyšetření** – anomálie dělohy, děložního hrdla.
- **Zhodnocení rizika infekce** – kultivační vyšetření z porodních cest.
- **Ultrazvuková cervikometrie** – provádí se mezi 22. a 24. týdnem těhotenství. Jde o měření délky děložního hrdla. Při zkracování děložního hrdla se zvyšuje riziko předčasného porodu.
- **Fetální fibronektin** – test na fetální fibrinogen se provádí mezi 22. a 24. týdnem těhotenství. Zvýšený fetální fibronektin je fyziologický do 20. týdne těhotenství, ten pak klesá a zase stoupá po 37. týdnu. Při mechanickém poškození plodových obalů, infekci či zánětu tato hladina stoupá a s ní i riziko předčasného porodu (*Z. Hájek a kolektiv, 2004, str.268*).

1.5 Terapie předčasného porodu

Terapie předčasného porodu zahrnuje dočasné tlumení až zastavení děložní činnosti, přípravu plodu na extrauterinní život a ochranu proti infekci (T. Binder a kolektiv, 2015, str. 92).

1.5.1 Tokolýza

Tokolýza je indikována těhotným v rozmezí mezi 24+0 až 33+6 gestačním týdnem a potlačuje děložní činnosti (*Z. Hájek a kolektiv, 2004, str 272*).

Tokolýza se využívá pouze v případě, kdy plod nejeví známky infekce a hypoxie. Tato léčba by neměla překračovat 48 hodin, to je doba, která je zapotřebí pro dozrání plic plodu pomocí kortikosteroidů (*Z. Hájek a kolektiv, 2004, str. 272*).

Rozeznáváme tokolýzu úplnou a parciální. Úplná tokolýza potlačuje děložní činnost úplně, ta parciální pouze sníženými dávkami tokolytik snižuje sílu a frekvenci děložních kontrakcí (*A. Pařízek a kolektiv 2012, str.60*).

1.5.2 Kortikosteroidy

Kortikosteroidy podporují zralost respiračního, kardiovaskulárního, gastrointestinálního a nervového systému (*Marešová, 2014, str.171*).

Kortikosteroidy jsou indikovány k indukci maturace plic plodu. Jde především o tvorbu tzv. surfaktantu, který umožňuje rozpětí plic plodu. Snižuje se tak potřeba umělé plicní ventilace a morbidit novorozenců (*A. Pařízek a kolektiv 2012, str.62*).

Předčasně narozené děti mají nedostatečné množství surfaktantu v plicích a může vzniknout tzv. syndrom respirační tísně. Tento stav se léčí podáváním surfaktantu přímo do plic a umělou plicní ventilací. Podáním kortikosteroidů matce před porodem se snažíme tomuto stavu zabránit. Kortikosteroidy se nejčastěji podávají zároveň s tokolytiky (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.72*).

1.5.3 Neuroprotektce

Neuroprotektce významně snižuje riziko rozvoje dětské mozkové obrny. Aplikuje se Magnesium sulfát intravenózně ve 24+0 až 32+0 týdnech těhotenství. Podávají se 2 ampule 20 % MgSO₄ ve 100 ml fyziologického roztoku během 30 minut, poté se rychlost infuze zpomaluje a pokračuje až do porodu. Pokud porod nenastane, neuroprotektce se ukončuje po 12 h. Porod se neodkládá za účelem podání neuroprotektce. Magnezium sulfát je kontraindikován u žen s atrioventrikulární blokádou srdce a se závažnou poruchou funkce ledvin (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.72*).

1.5.4 Terapie antibiotiky

Terapie antibiotiky snižuje pozdní novorozenecké i mateřské infekce. Tato léčba v průběhu porodu snižuje časnou neonatální sepsi. Antibiotika jsou indikována při předčasném odtoku plodové vody, při známkách probíhajícího zánětu a při pozitivním streptokoku skupiny B

v pochvě (GBS). V těhotenství se nejvíce využívají antibiotika penicilinové řady (T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 82).

1.6 Vedení předčasného porodu

O způsobu vedení předčasného porodu rozhoduje řada faktorů:

- Gestační stáří
- Poloha plodu
- Přítomnost hypoxie plodu
- Přítomnost infekce
- Jednočetné či vícečetné těhotenství
- Oligohydramnion
- Preeklamsie a další (Z. Hájek a kolektiv, str.276)

O způsobu předčasného porodu je nutno uvažovat individuálně případ od případu, je třeba zvážit jak rizika plodu, tak rizika matky. U asi 60 % porodů, které jsou vedeny před 36. týdnem gravidity je indikován porod císařským řezem. Vaginální porod je indikován v případě, že je plod uložen podélně hlavičkou a porodní cesty jsou připravené. Nezralý plod je více náchylný na hypoxii a k porodním traumatům. Je proto potřeba monitorace děložní činnosti a zabránit nadměrným kontrakcím. Podpořit uvolnění porodních cest a snížit odpor pánevního dna můžeme epidurální analgezií, kterou taktéž snižujeme nadměrný stres rodičky. Při zachovaném vaku blan neprovádíme rupturu a ponecháváme ho do závěru porodu. Průběh porodu monitorujeme, při ohrožení plodu se porod ihned ukončuje operativně (T. Binder a kolektiv, 2015, str. 94).

2 PATOLOGICKÝ NOVOROZENEK

S každým přibývajícím týdnem i dnem je plod vyvinutější a lépe se mu daří v mimoděložním prostředí, a proto rozlišujeme novorozence podle týdnu, ve kterém se narodil. Za lehkou nezralost považujeme dítě narozené mezi 36. a 34. týdnem těhotenství, dítě narozené ve 33. až 31. týdnem jako středně nezralé. Těžkou nezralost označujeme mezi 30. a 28. týdnem a o extrémní nezralosti se bavíme u dítěte narozeného pod 28. týden těhotenství (*M. Procházka, R. Pilka 2018*).

Nedonošení novorozenci jsou charakterističtí sníženou elasticitou ušních boltců, jemnou, tenkou a průsvitnou kůží. Genitálie jsou nezralé a je zde celkový snížený svalový tonus (*P. Zaban, 2012, str. 203-212*).

Tabulka 1 Dělení novorozence dle týdne těhotenství (*M. Procházka, Radovan Pilka 2018*)

Týden těhotenství	Stupeň nezralosti
36.-34. týden	Lehká nezralost
33.-31. týden	Střední nezralost
30.-28. týden	Těžká nezralost
28. týden a méně	Extrémní nezralost

Dále dělíme předčasně narozené děti dle porodní hmotnosti. Dítě s nízkou porodní hmotností váží 2 500 g a méně, novorozenec vážící méně než 1 500 g má velmi nízkou porodní váhu. Za extrémně nízkou porodní váhu považujeme novorozence vážícího po porodu méně než 1 000 g (*M. Procházka, Radovan Pilka 2018*).

Čím nižší je gestační stáří a porodní hmotnost novorozence, tím je většinou vyšší riziko více či méně závažného postižení, které si s sebou nese do budoucnosti (*Marková, 2011*).

Tabulka 2 Dělení dle porodní hmotnosti (*M. Procházka, Radovan Pilka 2018*)

Porodní hmotnost	Dělení podle porodní hmotnosti
2 500 g a méně	Nízká porodní hmotnost
1 500 g a méně	Velmi nízká porodní hmotnost
1 000 g a méně	Extrémně nízká porodní hmotnost

2.1 Morbidita a mortalita předčasně narozených novorozenců

Předčasně narození novorozenci jsou více zatíženi mortalitou a morbiditou než donošení novorozenci (*J. Fendrychová, 2012, str.28*).

Mezi nedonošenými novorozenci je tedy vysoká mortalita a morbidita v závislosti na gestačním stáří. Čím dříve se novorozenec narodí, tím více jsou jeho orgány a tkáně nezralé (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.69*).

2.1.1 Morbidita

Morbidita neboli porucha zdraví. Narození předčasně má mnoho nevýhod, včetně stresu rodičů a rodiny, dlouhodobé hospitalizace, která je nesmírně drahá. Při narození po 30. týdnu těhotenství většina předčasně narozených dětí ve vyspělých zemích přežívá bez neurologického nebo jiného poškození. V nižším gestačním věku je však značná míra komplikací (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.69*).

Morbidita se rozlišuje na časnou a pozdní. Časná se vyskytuje již v neonatálním období a je zapříčiněna například syndromem dechové tísně, pozdní se vyznačuje dlouhodobými trvalými následky perinatálních komplikací, například hluchota (*J. Dort, E. Dortová, P. Jehlička, 2014, str. 16*).

Pozdní morbidita je v posledních letech ukazatelem úspěšnosti péče o nezralé novorozence (Marková 2013).

Proto se současná akutní péče o nedonošené novorozence kromě záchrany života zaměřuje také na navození co nejpríznivějších podmínek pro jeho budoucí vývoj (*Sobotková, Dittrichová, Procházková, 2015*).

2.1.2 Mortalita

Úmrtnost závisí hlavně na gestačním věku a porodní hmotnosti. Další rizikové faktory mohou být pohlaví (mužské pohlaví má vyšší úmrtnost), etnicita (kdy jsou více ohroženi obyvatelé Afriky a domorodí Američané), mnohočetné těhotenství. Výrazně se zlepšilo přežití u dětí narozených na hranici životaschopnosti, tj. 23.-25. týden gestačního stáří (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.69*).

2.2 Morfologické znaky

- **Pokožka** – Pokožka bývá velmi citlivá na tlak, snadno vznikají dekubity a opruzeniny. Poraněná kožní integrita je místo vstupu infekce. Barva pokožky nedonošených dětí je červená až sytě rudá. Dále můžeme na pokožce sledovat absenci mázku a její průsvitnost. Lanugo je řídké.
- **Oční víčka** – U extrémně nezralých dětí nelze oční víčka rozlepit.
- **Prsní bradavky a žláza** – Prsní bradavky i žlázy u nedonošených dětí chybí.
- **Ušní boltce** – Ušní boltce jsou měkké a chrupavka je nevyvinutá.
- **Genitál** – U těžce nezralých dětí je genitál hypoplastický. U děvčat je vulva s prominencí lábií minor, u chlapců jsou nesestouplá varlata.
- **Plosky nohou a dlaní** – Na ploskách nohou i dlaní je rýhování nevyvinuté, nebo jsou přítomny jen hlavní rýhy (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 68*).

Rozdíly velikosti, vzhledu a vývoje předčasně narozeného dítěte dle týdnu gestace a fyziologického novorozence.

Tabulka 3 Rozdíly předčasně narozených dětí a dětí narozených v termínu (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.68*)

	23. – 25. týden gestace	29. - 31. týden gestace	37. - 42. týden gestace
Porodní váha	Ve 24. týdnu: dívka 620 g chlapec 700 g	Ve 30. týdnu: dívka 1 400 g chlapec 1 500 g	Ve 40. týdnu: dívka 3 400 g chlapec 3 550 g
Kůže	Velmi tenká, tmavě červená	Střední tloušťka, Růžová	Tlustá kůže s rýhováním na dlaních a ploskách nohou, bledě růžová
Uši	Velice měkká chrupavka	Měkká chrupavka	Pevná chrupavka
Prsní tkáň	Nehmatná prsní tkáň	Hmatná prsní tkáň 0,5 – 1,0 cm	Hmatná prsní tkáň větší než 1,0 cm
Genitálie	Dívka: labia major široce oddělené, vyčnívající labia minor Chlapec: varlata nehmatná	Dívka: labia minor a klitoris částečně kryt Chlapec: varlata ve tříselném kanálu	Dívka: labia minor a klitoris kryty Chlapec: varlata v šourku
Držení těla	Nekoordinované	Flexe nohou	Flexe a hladké pohyby všech končetin
Zrak	Oční víčka zavřená, nebo částečně otevřená. Chybějící nebo občasné pohyby očí.	Reaguje na světlo	Sleduje tváře, křivky, kontrast světla a tmy.
Sluch	Reaguje na hlasité zvuky.		Otáčí se za zvuky, preferuje matčin hlas.
Dýchání	Vyžaduje respirační podporu. Časté apnoe	Někdy vyžaduje respirační podporu. Časté apnoe	Potřeba respirační podpory je neobvyklá. Apnoe vzácná
Sání a polykání	Nekoordinované sání	Koordinováno v 34.–35. týdnu	
Krmení	Obvykle potřebuje parenterální výživu.	Někdy potřebuje parenterální výživu.	Pláče, když má hlad. Koordinuje dýchání, sání a polykání.
Chuť		Reaguje na hořkou chuť	Rozlišuje chuť. Preferuje sladkou.
Spolupráce	Spolupracuje velmi zřídka.		Oční kontakt
Pláč	Velmi slabý pláč		Hlasitý pláč
Spánek / probuzení	Přechodný spánek		Jasně definovaný spánek a bdění

Fyziologické znaky nedonošeného novorozence

Centrální nervová soustava – Nervová soustava je komplexně nezralá.

Termolabilita – Nedonošení novorozenci si nedokáží udržet stálou teplotu těla, a to kvůli nedokonalé termoregulaci a nedostatečné zásobě podkožního tuku. Z tohoto důvodu je nutno novorozence ukládat a provádět ošetřování v inkubátorech a vyhřevných lůžkách.

Dýchání – Vzniká zde riziko vzniku syndromu respirační tísně (RDS) z důvodu nedostatku plicního surfaktantu a nezralé struktury plicní tkáně.

Zažívání – Častá je intolerance stravy a nutnost parenterální výživy. Dochází k nedostatečné sekreci trávicích enzymů, zpomalené motilitě střev a trávicích enzymů.

Ledviny – Předčasně narozený novorozenec obtížně udrží homeostázu. Vzniká zde riziko selhání ledvin, citlivost renálního parenchymu a hypoxii. Mohou se tvořit otoky. Vzniká hyponatrémie, hyperkalémie a acidóza.

Játra – Zpomalenou exkrecí bilirubinu vzniká žloutenka. Objevuje se nízká kapacita transportu proteinů v jaterním parenchymu. Nedostatečně se tvoří enzymy.

Imunitní systém – Nezralost imunitního systému vede k fyziologické imunodeficienci. Imunitní systém je nezralý, jsou velmi časté infekce až těžké septické stavy (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.68*).

2.3 Hypotrofický novorozenec – Růstová restrikce plodu

Hypotrofický novorozenec je takový, jehož porodní hmotnost, délka a obvod hlavy je menší, než jaký by měl být dle týdne gravidity, ve kterém se narodil (*A. Roztočil a kolektiv, 2008 str. 355*).

Hypotrofický novorozenec, který je narozený v termínu porodu, se vyznačuje známkami zralosti jako fyziologický novorozenec kromě porodní hmotnosti, ta je nižší než 2 500 g. Za hypotrofický plod považujeme plod, kdy je jeho hmotnost pod 5 nebo 10 percentil pro příslušný týden těhotenství. Nedonošení novorozenci tvoří asi 2/3 novorozenců s nízkou porodní hmotností (*A. Roztočil a kolektiv, 2008, str. 354*).

2.3.1 Klasifikace růstové restrikce dle Hájka

Hypotrofického novorozence můžeme rozdělit do tří typů.

I. Typ symetrický

Porucha růstu je již od počátku gravidity. Ovlivňuje hmotnost, délku plodu i obvod hlavy. U tohoto typu růstové restrikce mohou být chromozomální aberace například Downův, nebo Pattaův syndrom, nebo infekce. Mezi infekční onemocnění, která ovlivňují růst, se řadí například kongenitální rubeola, herpes simplex, nebo toxoplazmóza. Další příčinou může být vliv toxických látek, kouření, užívání drog, či alkoholismus u matky. Neobjevuje se výrazná placentární insuficience (*A. Roztočil a kolektiv, 2008, str. 354*).

II. Typ asymetrický

Porucha růstu je definována až od druhé poloviny těhotenství. Je zde asymetrie hlavičky od zbytku těla, kdy hlavička odpovídá týdnu gravidity, ale hrudník a břicho vykazuje růstovou restrikci. Dochází zde k omezenému transplacentárnímu přenosu kyslíku a živin k plodu. Tělo přednostně zásobí krví mozek a srdce na úkor ostatních orgánů z důvodu chronické hypoxie. Na placentě se vyskytují placentární infarkty a je menší. Mezi příčiny asymetrické růstové restrikce patří poruchy uteroplacentární cirkulace a špatný nutriční stav ženy. Tento stav je typický u preeklampsie. Můžeme očekávat komplikace jako hypoxie, acidóza, hypoglykémie a polycytemie u plodu (*A. Roztočil a kolektiv, 2008, str. 354*).

III. Typ smíšený

Růst je opožděn v závěru gravidity, jde o kombinaci symetrického a asymetrického typu. Tento typ se nejčastěji objevuje při kompresi pupečníku, kdy dochází ke snížení fetoplacentárního průtoku (*A. Roztočil a kolektiv, 2008, str. 354*).

2.4 Diagnostika růstové restrikce plodu

Riziko růstové restrikce plodu (IUGR) lze odhalit již na základě I. screeningu. Výpočet rizika IUGR se provádí na podkladě sběru anamnézy, měření krevního tlaku, zhodnocení nutričního stavu, laboratorního vyšetření matky a ultrazvukového vyšetření. Při laboratorním vyšetření se zjišťují specifické a nespecifické těhotenské bílkoviny a estriol. U potvrzení zvýšeného rizika vniku růstové restrikce plodu těhotná dochází na další kontroly, kde jsou nadále tyto parametry kontrolovány (*A. Pařízek a kolektiv 2012, str. 189*).

2.5 Terapie růstové restrikce plodu

Není znám žádný způsob konzervativní terapie. Těhotné ženě se doporučuje klidový režim, který napomáhá ke zlepšení fetoplacentárního průtoku. Při zjištění příčiny se snažíme o její odstranění. U kuřáček je vhodné s kouřením přestat, při špatném nutričním stavu se snažíme o zlepšení výživy matky. Důležité je naplánovat ukončení těhotenství. Nejčastěji se těhotenství ukončuje kolem 32. týdne těhotenství. Po 32. týdnu převažují rizika spojená s růstovou restrikcí plodu. Při akutním ohrožení plodu se ukončuje těhotenství akutním císařským řezem. Při vaginálním porodu je indikována epidurální analgezie (*A. Pařízek a kolektiv 2012, str. 189*).

2.6 Komplikace předčasně narozeného novorozence

2.6.1 Infekce novorozence

U předčasně narozených dětí je infekce hlavní příčinou morbidity a mortality. Předčasně narozené děti jsou zvláště náchylné k infekcím, mají sníženou buněčnou a humorální imunitu, protilátky IgG se přenášejí z matky na plod hlavně během třetího trimestru. Infekce novorozence můžeme rozdělit na časnou infekci a pozdní infekci. Časná infekce se projeví do 72 hodin po porodu a vznikla prenatálně, či v průběhu porodu. Nejčastěji se jedná o streptokokové infekce. Mezi další infekce vzniklé prenatálně řadíme syfilis, toxoplazmózu, rubeolu, cytomegalickou virózu, hepatitidy B, C, HIV, herpes virus, lidský parvovirus 19, mykoplazmata, chlamydie, listeriózu. Tyto infekce mohou ovlivňovat průběh gravidity a vyvolat předčasný porod. Pozdní infekce se projeví za 72 hodin po porodu a vznikají postnatálně. Nejčastěji to jsou nozokominální infekce. Nozokominální infekce se na novorozence přenáší přes personál, návštěvy, rodinu, ale i z dalších dětí hospitalizovaných na oddělení. Převážně závisí na aktuálním stavu novorozence a na dodržování zásad aseptiky a sterility při kontaktu s novorozencem. Kůže předčasně narozeného novorozence je velmi tenká a náchylná k poranění, a tím ke vzniku infekce. Další cesty vzniku potencionální infekce je například centrální žilní katetr nebo tracheální trubice. Při manipulaci a zavádění je tedy nutnost dodržení aseptiky a doby zavedení (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.82*).

2.6.2 Žloutenka

U většiny předčasně narozených dětí se v prvním týdnu života vyvine žloutenka z nekonjugované hyperbilirubinémie. Bilirubin je produkt rozkladu červených krvinek a

vrcholí kolem 5. dne života. Počáteční produkt rozkladu je nekonjugovaný bilirubin, který je přenášen v krvi vázané na albumin (*Moderní porodnictví, Aleš Roztočil, str. 350*).

Fyziologická žloutenka vrcholí ve 2-5 dnech života a poté klesá. Viditelná žloutenka se vyskytuje přibližně u 75 % novorozenců narozených v termínu a 80 % narozených před termínem porodu. Bilirubin je u novorozenců zvýšený kvůli jeho vysoké koncentraci v krvi při narození. Životnost novorozeneckých červených krvinek je kratší než životnost dospělých červených krvinek. Nezralost jaterních enzymů narušuje konjugaci bilirubinu a jeho vylučování. Dochází ke zpětné resorpci bilirubinu ze střev (enterohepatální cirkulace) (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.82*).

2.6.3 Syndrom respirační tísně

Syndrom respirační tísně (RDS) je nejčastější respirační onemocnění ovlivňující předčasně narozené děti. Jedná se o hlavní příčinu mortality a morbiditu u těchto dětí. V posledních letech se toto procento ale výrazně zlepšilo. Mezi rizikové faktory tedy patří prematurita, diabetes melitus u matky, sepse, pneumotorax, hypoxémie, acidóza nebo hypotermie. Klinické příznaky se projevují do 4 hodin po porodu. U dítěte pozorujeme stažený hrudník, cyanózu, tachypnoe, tachykartie, grunting – tzv. vrnění (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.72*).

Surfaktant

Deficit surfaktantu způsobuje syndrom respirační tísně. Surfaktant je přirozeně se vyskytující látka obsahující lipidy (90 %) a proteiny (10 %). Je syntetizována v pneumocytech typu II v plicích a uvolňována na alveolární povrch. Snižuje povrchové napětí alveol působením jeho lipidových složek (hlavně dipalmitoyl fosfatidylcholin). Tento efekt pomáhá zabránit alveolárnímu kolapsu (atelektáza) a zlepšuje plicní poddajnost, což snižuje práci při dýchání. Surfaktant je produkován až na konci druhého trimestru a na začátku třetího trimestru (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.71*).

Terapie kortikoidy

Aplikace kortikosteroidů před porodem u hrozícího předčasného porodu podporuje maturaci plic. Aplikace se doporučuje ve 24.–34. týdnech těhotenství, pokud hrozí předčasný porod. Studie ukázala, že aplikací kortikosteroidů se snížil výskyt RDS o 60 % a úmrtnost o 40 %. Maximální přínos kortikosteroidů je, pokud je aplikován 24 hodin před porodem (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.71*).

2.6.4 Systémová bakteriální infekce novorozence

Systémová bakteriální infekce u novorozence – seprese – je syndrom systémového onemocnění způsobené přítomností bakterií v krevním řečišti. Toto multiorgánové onemocnění způsobují mikroorganismy a jejich toxické metabolické produkty. Sepse se vyskytuje u nezralých, nedonošených novorozenců z důvodu nezralého imunitního systému, nedostatečné bariérové funkce kůže a sliznic a kvůli nízké hladině IgG protilátek přenášených transplacentárně z krve matky, které se přenášejí po 30. týdnu těhotenství. Sepse u novorozence vzniká také v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení kvůli invazivním diagnostickým a terapeutickým postupům, nebo kvůli rezistenci na léčbu antibiotiky při jejich nadměrném aplikování (*Straňák 2014, str. 58*).

Etiologie systémové bakteriální infekce novorozence

Hlavní příčinou seprese u novorozence je *Streptococcus agalactiae*, poté patogen *E. coli*, hlavně u novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností. Další patogeny vyvolávající časnou novorozeneckou sepresi jsou *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Listeria monocytogenes* a ostatní Gram negativní bakterie. Patogeny jako konguláza negativní stafylokoky (*Staphylococcus epidermidis*) a Gram negativní bakterie (*Serratia*, *Proteus*, *Enterobacter*) způsobují pozdní novorozeneckou sepresi (*Straňák 2014, str. 59*).

U dítěte prodávající sepresi můžeme pozorovat teplotní instabilitu, teplota kolísá v rozmezí více než 1 °C, může být hypotermie, horečka. Neurologickými projevy mohou být křeče, svalová hypotonie, apatie, či letargie. Ke kardiovaskulárním příznakům patří porucha prokrvení, bledost, šelest na srdci, tachykardie, hypotenze, bled, šok. Na kůži pozorujeme ikterus, petechie, cyanózu, exantém, mramorování. Novorozenci mají respirační problémy, nepravidelné dýchání, apnoické pauzy, tachypnoe, grunting a dyspnoe. Dále zvrací, mají vzednutí břicha, intoleranci stravy a hepatosplenomegalie (*Straňák 2014, str. 59*).

Časná a pozdní forma seprese

Klinicky rozlišujeme časnou a pozdní formu novorozenecké seprese. Časná seprese se projevuje v prvních 72 hodinách života. Jedná se zejména o prudce probíhající multisystémové onemocnění progredující až k septickému šoku. Příčinou bývá přenos bakterií matky transplacentární cestou. Možná je i ascendentní infekce v těhotenství, či v průběhu porodu (*MUDr Straňák 2014, str. 58*).

Pozdní forma sepse se projevuje po 72 hodinách po narození dítěte. Průběh této formy sepse není tak prudký a často probíhá s lokalizovanou infekcí, například pneumonie či meningitida. Většinou se jedná o nosokominální nákazu (*Straňák 2014, str. 58*).

Terapie

Podpůrná léčba novorozenecké sepse má za úkol léčbu komplikací, stabilizaci celkového stavu dítěte a podporu imunitních funkcí. Kauzální léčba se potom zaměřuje na příčinu (*Straňák 2014, str. 60*).

Prognóza

Prognóza závisí na gestačním stáří a na porodní hmotnosti. Horší prognózu mají novorozenci s velmi nízkou a s extrémně nízkou porodní váhou. Prognóza dále závisí na původci infekce a celkovém stavu novorozence. Morbidita u nezralých novorozenců je asi 20 až 30 %, u zralých potom 2-6 % (*Straňák 2014, str. 60*).

2.6.5 Termoregulace

Regulace teploty a minimalizace ztrát tepla je velice důležitá část péče o novorozence. Normotermie novorozence se pohybuje mezi 36,5 a 37,5 °C měřeno v axile. Jako hypotermie se uvádí tělesná teplota pod 36,5°C. Tělesnou teplotu 36,0 – 36,4 °C označujeme jako chladový stres, teplotu 32,2 – 35,4 °C jako závažnou hypotermii a teplotu nižší než 32 °C jako těžkou hypotermii. Novorozenci jsou náchylní k hypotermii kvůli velké ploše povrchu jejich těla vzhledem k jejich hmotnosti, kde vzniká nerovnováha mezi výrobou tepla a teplotním ztrátám. Jejich kůže je tenká a propustná pro teplo. Také nedostatek podkožního tuku, absence třesové termogeneze (hnědý tuk) a dysfunkce termoregulačního centra způsobuje hypotermii. Hypotermie může způsobit zvýšenou spotřebu kyslíku a energie, to může mít za následek hypoxii, metabolickou acidózu a hypoglykémii. Tito novorozenci mají problém s přibíráním na váze, jsou více náchylní k poranění kvůli nedostatku hemoglobinu. Bývá také snižená koagulace, apnoe a zvýšené riziko mortality a morbidity (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 74*).

Péče o novorozence s extrémně nízkou porodní váhou

Novorozenec se musí umístit na vyhřívané lůžko nebo do inkubátoru, kde probíhá jeho ošetřování a udržuje se tepelný komfort. Novorozenec se neotírá a zabalením celého těla, včetně hlavy, zabráníme ztrátám tepla evaporací. S monitorováním novorozence začínáme

vždy co nejdříve. Nejdůležitější je měření SpO₂, akce srdeční a dech (T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 74).

2.6.6 Apnoe, bradykardie a desaturace

Vztah mezi apnoe, bradykardií a desaturací je komplexní, takže se sleduje nejen dýchání, ale také srdeční frekvence a saturace kyslíkem. Hypoxémie s bradykardií je škodlivá, pokud je prolongovaná (T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 84).

Klasifikace

Centrální – dochází k zastavení pohybu hrudní stěny.

Obstrukční – přetrvávání omezeného inspiračního úsilí po celou dobu apnoe bez proudění vzduchu. Představuje bradykardii s desaturací, nebo bez ní.

Smíšené – nejčastější po dlouhodobé apnoe, bývá kombinace obou výše uvedených (T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 84).

Příčiny

Hlavní příčina je předčasný porod, který doprovází například infekci, nekrotizující enterokolitidu, srdeční selhání – patent ductus arteriosus, hypoglykémii, vrozené vady metabolismu, nebo anémii (T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 84).

Prognóza

Apnoe a bradykardie přetrvávají u některých předčasně narozených dětí do 36. gestačního týdne, zejména ve spojení s bronchopulmonální dysplasií, zřídka přetrvávají do 43.-44. gestačního týdne. Apnoe a bradykardie nejsou rizikovým faktorem pro syndrom náhlého úmrtí dítěte (T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 84).

2.6.7 Retinopatie předčasně narozených dětí

Oční onemocnění má nejvyšší výskyt u dětí s nízkou porodní hmotností. Hyperoxie omezuje vaskulární růst sítnice inhibicí vaskulárního endoteliálního růstového faktoru. Následná hypoxie působí jako stimul pro nevhodný a nadměrný růst sítnicových cév. Udržování předčasně narozených dětí v nepřiměřeně vysokých koncentracích kyslíku má za následek vysoký výskyt retinopatie, což způsobuje oslepnutí. U novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností se však i při pečlivě monitorovaném okysličování vyvíjí retinopatie přibližně ve 30–40 %, kdy 4–5 % vyžaduje léčbu a 1 % má závažné poškození zraku. Retinopatie

způsobuje 3–10 % zrakového postižení dětí ve vyspělých zemích (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 84*).

2.6.8 Nekrotizující enterokolitida

Nekrotizující enterokolitida je jednou z nejzávažnějších břišních onemocnění předčasně narozených dětí s velmi nízkou porodní váhou. Je zde úmrtnost 25-30 %. Výskyt onemocnění se zvyšuje s klesajícím gestačním věkem, u donošených novorozenců je toto onemocnění vzácné. Nekrotizující enterokolitida nejčastěji postihuje v terminální ileum, cékum a kolon ascendens (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 86*).

Patogeneze není známa, bylo však identifikováno několik rizikových faktorů.

Klinické příznaky se začínají projevovat za 1 až 2 týdny, ale mohou až za několik týdnů po narození. Novorozenec zvrací, projevuje se intolerancí stravy, krev ve stolici a průjem, rozšíření a citlivost břicha, která může vést až k perforaci (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 86*).

3 RŮST A VÝŽIVA

3.1 Růst

Mezi 24. a 36. týdnem těhotenství roste plod průměrně 15 g za den. Kojenci vyžadují 120–140 kcal na kg váhy denně. Tyto energetické požadavky často nemohou být po porodu splněny a váha předčasně narozeného novorozence extrémně klesá. Může trvat až 21 dní kojení, než se novorozenec znovu dostane na porodní váhu. Důvody pro ztrácení tělesné hmotnosti mohou být interkurentní onemocnění, neschopnost tolerance velkého objemu živin, omezení tekutin, například ductus arteriosus (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 76*).

Při propuštění z nemocnice je více než 90 % kojenců, kteří byli narozeni s nízkou porodní váhou pod 10. percentil hmotnosti, délky a obvodu hlavy. Během prvních 2–3 let dochází k rychlému růstu, první po obvodu hlavy, dále přibývá na hmotnosti a poté délka. Pokud je dítě v dobrém zdravotním stavu, zvyšují se energetické požadavky a růst je rychlejší. U dětí s omezením intrauterinního růstu je často růst pomalejší (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 90*).

3.2 Výživa

Ačkoliv bylo vyvinuto velké úsilí ke zlepšení novorozenecké výživy u dětí s velmi nízkou porodní hmotností, mnoho z nich nedostává dostatečný příjem živin, a tak je omezen extrauterinní růst. V posledních několika letech byla velká pozornost věnována vysokému příjmu aminokyselin u novorozenců s velmi nízkou porodní váhou od prvního dne života (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 76*).

První volba je mateřské mléko. Mateřské mléko novorozenec lépe toleruje, snižuje výskyt nekrotizující enterokolitidy, poskytuje ochranu proti infekcím, obsahuje hormony a růstové faktory, má lepší vstřebávání tuků a lepší dostupnost stopových minerálů. Při kojení mateřským mlékem se lépe rozvíjí vztah matky s dítětem a zlepšuje se kognitivní vývoj v pozdějším životě (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 76*).

Za účelem splnění nutričních požadavků by mělo být lidské mléko obohaceno o bílkoviny a minerály. Matka ovšem nemusí být schopna produkovat dostatečné množství mléka, nebo není možné krmení mateřským mlékem, a musí být použita výživa na bázi kravského mléka (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 76*).

3.2.1 Doplnky výživy

Železo je podáváno všem předčasně narozeným dětem, dokud se nestravují plně enterální stravou a nepřijímají krevní transfuze. Podávání železa obvykle trvá po dobu šesti měsíců až jednoho roku. Dále se podávají multivitaminy (A, B 12, C, D, E). Vitamín K je podáván všem dětem, včetně předčasně narozených jako profylaxe proti hemoragickému onemocnění novorozence (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.76*).

Denní nutriční požadavek předčasně narozeného dítěte

Energie 120–140 kcal

Protein 3,0 – 3,8 g

Sacharidy 8–12 g

Tuk 10–20 % kalorií

Sodík 2–3 mmol

Draslík 2–3 mmol

Vápník 2–3 mmol

Fosfát 1,9 – 4,5 mmol (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.76*)

3.3 Krmení

Předčasně narozené děti nemohou být přikládány k prsu po narození kvůli neschopnosti sát a polykat asi do 34. – 35. týdne těhotenství, tyto děti nejsou zpočátku schopné tolerovat mléko v dostatečném množství, které splní jejich nutriční požadavky. Z těchto důvodů je snaha o minimalizování enterální stravy. V prvních dnech se podává malé množství stravy, asi 10–20 ml denně ke stimulaci střeva, postupným zatěžováním se zlepšuje tolerance stravy, rozvinutí střevní peristaltiky a funkce žlučníku (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str.76*).

Když se později začíná s enterální výživou, je doporučeno začínat s mateřským mlékem, kvůli jeho vysokému obsahu bílkovin a tuků (C. Klingenberg, 2012, str. 56).

Pro udržení laktace při odloučení matky a dítěte je důležité poučit matku o odstříkávání mléka. Odstříkávat mléko by měla matka začít asi 6 hodin po porodu, nejpozději však 12 hodin po porodu. Odstříkávat by měla asi 6 – 8x denně a mělo by to trvat 15–20 minut, z toho 2x v noci. Je důležité poučit matku o správné technice odstříkávání mléka a jeho uchování. Měl by být také poskytnut kontakt matky s dítětem (*Straňák, 2014, str. 123*).

Schopnost sání a bezpečnost přiložení dítěte k prsu je u nedonošených dětí velmi individuální. Někdy je nutno zvolit jiný způsob krmení dítěte (Chvílová, Weberová, 2009, str. 28).

3.3.1 Krmení žaludeční sondou

Krmení žaludeční sondou se používá u příliš nezralých dětí, nebo u těch, které nejsou schopny přijímat stravu bez sondy. Objem podávané stravy se postupně zvyšuje. Existují protichůdné názory o nepřetržitém krmení ve vztahu přírůstků na váze a výskytu apnoe a bradykardie. Tvrdí se, že nepřetržitě krmení je pro předčasně narozené dítě více fyziologické, protože to nejvíce přibližuje to, jakým způsobem je plod krmen v děloze (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 77*).

3.3.2 Celková parenterální výživa

Podává se směs uhlohydrátů, bílkovin, tuků, vitamínů a stopových prvků. Obvykle se podává prostřednictvím centrální žilní linie, ale mohou být podávány periferně. Podávání parenterální výživy je spojeno s komplikacemi, infekce související s žilním vstupem, konjugovaná hyperbilirubinémie, hyperglykémie nebo poruchy elektrolytů (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 77*).

3.3.3 Příjem tekutin

Doporučený příjem tekutin novorozenců dle dne po porodu s ohledem na váhu novorozence.

Tabulka 4 Příjem tekutin dle dne po porodu (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 77*)

Postnatální věk	Příjem tekutin (ml/d) <2,5kg	>2,5kg
Den narození	60-100 ml	40-80 ml
1.den po porodu	90-120 ml	60-100 ml
2.den po porodu	120-150 ml	90-120 ml
3.den po porodu	150 ml	120-150 ml
4.den po porodu	150-180 ml	150 ml

4 NEUROLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ, PROBLÉMY S CHOVÁNÍM A VZDĚLÁVÁNÍ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

4.1 Neurologická onemocnění

Míra neurologických onemocnění u předčasně narozených dětí v posledních letech klesly, tyto děti jsou ale i nadále vystaveny vysokému riziku dlouhodobých problémů. Mají výrazně zvýšené riziko vzniku mozkové obrny. Neurologická onemocnění se obvykle dělí na děti s těžkým zdravotním postižením, na děti se středně těžkým zdravotním postižením a na děti s mírným zdravotním postižením. Děti s těžkým zdravotním postižením nejsou schopné chodit, mohou trpět slepotou, nebo hluchotou a mají nízké IQ. Děti se středně těžkým zdravotním postižením jsou schopné chodit s oporou, slyšet s pomocí pomůcek a jejich IQ se pohybuje mezi 55–70. Děti s mírným postižením mají méně závažná poškození a IQ 70–85 (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 90-91*).

4.2 Problémy s chováním

Nejčastějšími poruchami jsou potíže s učením. Prevalence kognitivních poruch a dalších obtíží se zvyšuje s klesajícím gestačním věkem a stává se více zřejmý v mateřské škole, nebo škole při srovnání se svými vrstevníky. Dále mohou mít tyto děti potíže s jemnou motorikou, například navlékání korálků, problémy s chováním, zejména poruchy pozornosti. Mohou mít problémy s abstraktním uvažováním, projevuje se například při matematice, nebo se zpracováváním několika úkolů současně. Malá část dětí má poškození sluchu a asi 1–2 % potřebují pomůcky. Asi 1 % dětí trpí slepotou v obou očích. Větší část dětí potom má problémy se zrakem vyžadující brýle (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 90-91*).

4.3 Vzdělávání

Ve školním věku se projevuje potřeba zvláštní podpory se vzděláváním. Přibližně dvě třetiny britských dětí narozených do 26. týdne těhotenství mají zvláštní potřeby v 11 letech v učení, potřebují fyzickou a psychickou podporu a 13 % vyžaduje samostatné vzdělávání. Velké procento předčasně narozených dětí nastupuje do školy o rok později (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 91*).

Studie dospělých ve věku 20 let, kteří byli narozeni předčasně ve srovnání s těmi, kteří se narodili v termínu, ukázala, že u předčasně narozených je méně absolventů středních škol a mají méně akademických úspěchů. Mají vyšší míru neurosenzorických poruch a méně

konzumace alkoholu, drog a je zde nižší míra těhotenství v tomto věku, pravděpodobně kvůli většímu rodičovskému dohledu (*T. Lissauer, A. Fanaroff, 2011, str. 91*).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÁ ČÁST

V této části práce se zajímáme jak o fyzickou, tak i psychickou a sociální adaptaci předčasně narozených dětí do jejich životů. Jako metodu výzkumného šetření jsme si zvolili metodu polostrukturovaného rozhovoru s matkami předčasně narozených dětí. Metoda rozhovoru nám přišla nejvhodnější z důvodu osobního setkání a hlubšího náhledu do problematiky. Ovšem při připravování rozhovorů vyhlásila Česká republika krizový stav z důvodu šíření nemoci COVID-19 a nebylo možné osobní setkávání. Proto jsme se rozhodli provést rozhovory metodou online. Na jednu stranu nám tato situace zkomplikovala výzkumné šetření, ale na druhou stranu jsme mohli oslovit matky z celé České republiky, protože jsme nebyli omezeni vzdáleností mezi autorkou práce a participantkami k uskutečnění osobního rozhovoru. Měli jsme možnost více rozmanitých rozhovorů, než bychom byli schopni uskutečnit pouze osobně. Volili jsme matky různě starých dětí, které byly narozeny předčasně. Na Facebookové skupině zaměřující se na sdílení zážitků, příběhů a vzájemné podpory rodičů, kterým se narodili děti předčasně, jsme oslovili matky s prosbou o uskutečnění rozhovoru na toto téma. Se zájmem se nám ochotně ozvalo přes 30 matek, rozhovor se ovšem povedl uskutečnit pouze jeden. Další dva rozhovory jsme uskutečnili přes email, kdy se nám podařilo kontaktovat participantky na sociální síti youtube.com u videa jedné z participantek pojednávající o jejich cestě s předčasně narozeným dítětem. Další rozhovor byl domluvený díky spolužačce autorky. Jeden rozhovor proběhl osobním setkáním ještě před vzniklou epidemiologickou situací v České republice.

Celkový počet participantek bylo 5 a zkoumaných dětí 7. Věk dětí byl od 21 měsíců do 32let.

5.1 Cíle výzkumu

Prvním cílem bakalářské práce je vyhledat informace o předčasně narozených dětech a zjistit, jaký vliv měl předčasný porod na jejich život.

Druhým cílem je vytvořit brožurku, která má sloužit matkám pečující o své dítě na jednotce intenzivní péče a jednotce intermediální péče v nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Matky po předčasném porodu jsou v nelehké životní situaci, nemusí být schopné si zapamatovat všechny informace, které dostanou od personálu, a tímto jim chceme usnadnit péči o jejich dítě, vytvořit určitou oporu kam mohou kdykoli nahlédnout a nemusejí se ostýchat ptát personálu, když jsou si například jisté, že jim informaci personál již podával a nechtějí se znovu ptát.

Bylo také stanoveno pět výzkumných otázek: Jak probíhalo těhotenství? Jak probíhal porod? Jak probíhala poporodní adaptace a pobyt v nemocnici? Jak probíhala sociální adaptace v pozdějších letech? Jaký je jejich nynější život?

5.2 Výběrový soubor

Výběrový soubor představovalo 5 matek předčasně narozených dětí. Kritérium výzkumného šetření byl předčasný porod v anamnéze a ochota spolupracovat na výzkumu.

5.3 Metoda výzkumu

Získávání informací probíhalo formou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Každý rozhovor se skládal z 19 otevřených otázek. Kvůli formě online rozhovoru z důvodu epidemiologické situace v České republice měly některé otázky podotázky k doplnění základních otázek. Rozhovor se zaměřoval na těhotenství, porod, pobyt v nemocnici po porodu, dobu po propuštění z nemocnice až po současnost. Byla dodržena anonymita všech participantek, jména byla změněna matkám i dětem. Z důvodu citlivých údajů a přání participantek nejsou k práci přiloženy přepisy rozhovorů.

Průzkumné šetření probíhalo od března do května roku 2020.

Iva a dcera Anna

Paní Ivu se mi pro výzkum podařilo získat na sociální síti youtube.com. Narazila jsem na video o předčasně narozeném chlapečkovi mé další participantky, kde jsem viděla komentář paní Ivy o její předčasně narozené dceři, který mě zaujal. Rozhodla jsem se ji tedy kontaktovat s prosbou o rozhovor. Paní Iva se mi velice ochotně ozvala zpátky na email a vyhověla mi. Celá konverzace byla velmi příjemná, dokonce mi nabídla návštěvu u ní doma v Praze a přečtení knihy, kam si zapisovala všechno o své dceři.

Dne 30.11.1987 porodila svou jedinou dceru Annu, bylo jí 23 let, porod byl veden císařským řezem. Paní Iva měla grav. hepatopatii, přestala poslední měsíc přibírat a zvracela. Ve 33. týdnu těhotenství byl paní Ivě jednorázově naměřen vysoký krevní tlak a plod se těsně víkend před naměřením vysokého tlaku přestal hýbat. Chtěla zůstat ještě jednu noc doma, protože potřebovala vrátit spolužákům na vysoké škole jejich materiály. Začala však mít pravidelné kontrakce po 5 minutách, nechtěla ale budít svého tatínka, který na tom nebyl zdravotně v pořádku. Kolem 5. hodiny ranní kontrakce ustaly a v 6 hodin ráno ji otec odvezl do porodnice. Paní Iva byla hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství, kde jí 3x zastavovali porod a monitorovali ozvy plodu. Paní Iva popisuje špatnou zkušenost, kdy jí personál osočoval, že nepozná pohyby svého dítěte, které prý slabě cítila, ale na monitoru nic nebylo. Po týdnu hospitalizace šla paní Iva poprvé na primářskou vizitu, po návratu na pokoj jí odtékla plodová voda a následně začala pociťovat i kontrakce. Pan primář operoval složitý případ a kvůli problémům s játry, které měla paní Iva, „na ni neměl nikdo sahat“. Čekalo se tedy, až pan primář dokončí operaci. Paní Iva ležela na tehdejší tak zvané „hekárně“ a monitorovali jí plod. Paní Iva popisovala, že v nemocnici byla jedna nepříjemná sestava porodních asistentek, kdy jedna porodní asistentka na maminky křičela, a právě tato porodní asistentka se starala o paní Ivu. Když začala paní Iva upozorňovat porodní asistentku, že není něco v pořádku, že na monitoru slyší, že se miminku zastavuje srdce, odpověděla jí, že miminko udusí ona svou hysterií. Po příchodu pana primáře se ovšem všechno otočilo a paní Iva jela akutně na operační sál, kde ukončili těhotenství císařským řezem. Vzpomíná, že jí nemohli kvůli stresu napíchnout žílu a uspat ji. Paní Ivě se narodila holčička Anna, vážila 1 950 g a měřila 46 cm. Obě měly celkovou sepsi organismu, plodová voda byla zeleně zkalená, pupeční šňůru měla omotanou okolo krku, Apgar skóre 0. Tři dny nedokázala Anna sama dýchat, měla sepsi organismu a novorozeneckou žloutenku. Paní Iva musela půl roku odstříkávat mléko, protože dcera neměla sílu sát z prsa. Anna měla řadu komplikací. V propouštěcí zprávě z porodnice je uvedeno: nezralá, hypotrofická, atonie,

areflexie, apnoe, asystolie, přechodná bradykardie, na srdci mlátivé ozvy, rozštěp proc. xyphideus. Pupečník macerovaný, zeleně imbibovaný, pokožka na akrech macerovaná, hypotrofie – pokožka volná. Hyperexcitabilita s predilekcí hlavičky – kvůli anomálii dělohy. Conjunctivitis seropurul, retinopatia levis. Zvětšená játra. Nedostatek vápníku. Dcera paní Ivy ležela na jednotce intenzivní péče, později na oddělení intermediální péče, byla několik dní na kyslíku, pak na řízeném dýchání. Dohromady trvala hospitalizace měsíc. Paní Iva měla možnost dceru navštěvovat, chodila se jí dotknout do inkubátoru, později pochovat, chodila jí i kojit, než dostala zánět prsu. Ostatní členové miminko nemohli navštěvovat, mohli se jen podívat přes sklo. Paní Iva byla v nemocnici hospitalizována také měsíc, kvůli závratím, zánětu prsou a nestahovala se jí děloha. Tři dny po porodu byla na oddělení intenzivní péče. Trápily ji závratě a zablokovaná páteř kvůli prodělanému úrazu hlavy, to jí ale personál nevěřil. Mysleli si, že je studentka medicíny, ty diagnózy se naučila a lže jim. Lékaři po úraze jí ovšem řekli, že si musí diagnózy zapamatovat, že jí to bude ovlivňovat celý zbytek života a musí na to lékaře upozorňovat. Paní Iva vzpomíná na bolest, kdy k ní na pokoj dávali maminky po císařském řezu a vozili jim miminka ke kojení, ale jí ne. Jelikož mléko pro svoji dcerku odstříkávala, pomáhala maminkám, které nemohly kojit, s odstříkáváním. Pobyt v nemocnici paní Ivě příjemňovali přátelé, spolužáci ze školy, rodiče s bratrem. Rodina byla zvyklá na velká miminka vážící 3,5 – 4,5 kg, takže všechny nakoupené věci byly Anně velké, a tak návštěvy nosily menší oblečení. Dcera paní Ivy byla kojená od 13.12. do 19.1. mateřským mlékem od kamarádky kvůli zánětu prsu a celkové sepsi. Na doporučení lékařky paní Iva do půl roku dcery odstříkávala mléko a krmila dceru z láhve, protože neměla sílu sát a paní Iva měla hodně mléka. Po propuštění z nemocnice s dcerou cvičili Vojtovu metodu, navštěvovali neurologii, oční – opakované kontroly očního pozadí z důvodu kyslíku v inkubátoru, vyšetření mozku kvůli hrozící hypocephalii, ortopedii, alergologii a kožní. Praskala jí kůže ve všech záhybech, později ekzémy, atopické ekzémy. Ortopedie, psychologie, psychiatrie, foniatrie. Do porodnice na neonatologii dojížděli 3 roky. Anna byla vysoce rizikový novorozenec, nesměli s ní například ani do MHD. Vyvíjela se zdnalivě opožděně, ale pak vždy udělala vývojový skok a předhoniла děti svého věku o měsíce. Byla sledována kvůli zvětšeným játrům, v roce měla játra zvětšena o 1 cm. Trpěla nedostatkem vápníku – retardace osifikace. Dlouho byla sledována pro psychomotorický vývoj na neurologii, levostranný hemisyndrom, varózní postavení pravé dolní končetiny. Špatně mluvila, byla v péči foniatrie – řeč po obsahové stránce chudší, mnohočetná patlavost. Ve 3 letech diagnostikován opožděný vývoj řeči u dítěte s prematuritas a projevy LMD (ADHD) s hyperkinetickými projevy a výraznějšími nedostatky v oblasti pozornosti a výraznějším

postižením expresivní složky. Ve 4,5 měsících začala pást koníčky, poprvé si sedla bez pomoci v kočárku v 9,5 měsících. Odmítala lézt, kutálela se. Ne doporučení lékařky doma lezli po zemi, aby to dcera viděla u nich – začala ložit ve 14 měsících a chodit v 19 měsících, kdy spíše neustále běhala, než chodila. První slovo bylo „táto“ v 7,5 měsících, ač ho sama neměla – paní Iva s dcerou bydlely s rodiči a bratrem. Dcera paní Ivy byla vždy divoká, ale velice hodná a citlivá. Vždy byla hodně úzkostlivá. Při styku s vrstevníky byla spíše vůdčí typ, bez problémů se seznamovala. Nyní má dcera paní Ivy 32 let, měří 180 cm. Navzdory předpovědi neonatologa má vystudované gymnázium a vysokou školu – magisterské studium. Spontánně potratila dvojčata na konci 4. měsíce a jednou uměle přerušila těhotenství. Nyní žije s partnerem cizincem, mají spolu 2,5letou zdravou holčičku. Pracuje v průzkumové agentuře a zajišťuje Mystery Shopping zejména pro zahraniční zákazníky.

Hana a synové Jakub a Tomáš

Rozhovor s paní Hanou jsem získala díky spolužačce. Rozhovor proběhl přes sociální síť facebook.com, kdy jsem paní Haně poslala otázky do rozhovoru a ona mi odpověděla.

Mezi komplikace v těhotenství patřil polyhydramnion, transfúzní syndrom u jednovaječných dvojčat a zkracování děložního čípku – řešeno cerkláží. Před porodem byla paní Hana asi 2 měsíce hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství, kde se denně sledovaly průtoky u dvojčat, kontroloval se krevní tlak a kontrolovali laboratorní výsledky. Byla 2x odebírána plodová voda – podezření na Downův syndrom a TTS již v 15. týdnu těhotenství ve Zlíně. 1.3.2014 byla operace pro TTS v Podolí, transfúze krve u dvojčat. Dne 9.4.2014 se paní Haně se narodila jednovaječná dvojčata mužského pohlaví v gestačním stáří 27+2 plánovaným císařským řezem kvůli transfúznímu syndromu. Dvojče A Jakub vážilo 700 g a měřilo 35 cm, dvojče B Tomáš vážilo 1 090 g a měřilo 33 cm. Po porodu byli zaintubováni, oživováni. Později CPAP a následně kyslíkové brýle. Po převozu do Zlína už pouze kyslík do inkubátoru. Kvůli nedostatku červených krvinek byla podána transfúze, později měl Tomáš podezření na krvácení do mozku, ale nepotvrdilo se, pouze zvětšené komory, ale nyní dle neurologa v pořádku. Po porodu byla dvojčata na resuscitačním oddělení, později na jednotce intenzivní péče v Praze, kde byla paní Hana v minimální míře zapojena do péče o děti, klokánkovali. Po dosažení váhy asi 1 500 g na přelomu května a června byla dvojčata převezena na jednotku intermediální péče ve Zlíně, kde byla paní Hana do péče už více zainteresována. První 2-3 měsíce byla kojena mateřským mlékem z banky, později byla krmena umělým mlékem, protože paní Hana kvůli stresu po dvou měsících o mléko přišla. V nemocnici byla dvojčata od 9.4. do 14.7.2014. Okolí i rodina byly pro paní Hanu velkou

oporou. Všichni reagovali na vzniklou situaci dobře, ani sousedé se zbytečně nevyptávali a nechali paní Hanu na všechno reagovat samotnou. Huře snášela situaci maminka paní Hany, která sama o 3 děti přišla. Rodina je už v Praze navštěvovala, pokud to šlo. Po převozu do Zlína za dvojčaty paní Hana denně dojížděla a poprvé mohli dvojčata navštívit i rodiče paní Hany, rodiče manžela kvůli nemoci nemohli. Pratety paní Hany nechali za ně sloužit mši. Psychomotorický vývoj neměli nijak opožděný. Do 10 měsíců s dvojčaty cvičili Vojtovou metodou, do dvou let byla dvojčata v péči neonatologů. Jakub navštěvuje kardiologii, kam do tří let chodila obě dvojčata. Tomáš nosí brýle a chodí do strabiologické poradny ve Zlíně. Když se v 15 měsících naučili chodit, navštívili fyzioterapii, kde bylo všechno v pořádku. Nyní chodí na občasné kontroly na neurologii a alergologii. Kvůli opožděnému vývoji řeči navštěvují speciální logopedickou školku, mají odklad školní docházky, kam nastoupí v roce 2021/2022. Jinak žádné komplikace nemají. Paní Hana měla strach o socializaci a úzký kontakt s dětmi, slyšela, že s tím předčasně narozené děti mají problém. U dvojčat tomu tak ovšem vůbec není, žádný problém s navazováním kontaktů v rodině ani mezi vrstevníky nemají. Tomáš se více straní kontaktu, protože Jakub za něj vše řekne, ale snaží se to krotit. Od 2,5 let navštěvují školku, kde si zvykali normálně. V první školce měli strach, že jsou velice agresivní, a posílali děti na psychologické vyšetření kvůli zaostalosti, ADHD a autismu, to se ovšem neprokázalo a zjistilo se, že je problém v řeči. Nemluvili a nedokázali se tak bránit. Po změně školky je všechno v pořádku. Dvojčatům je nyní 6 let, pomalu se rozmlouvají, v mluvení se zlepšují, jsou velcí jedlíci, umí jezdit na kole, jsou kamarádští a dle paní Hany naprosto normální zlobiví kluci.

Kateřina, syn David a dcera Amálie

Paní Kateřina se mi ozvala k mému příspěvku na sociální síti Facebook.com, kde jsem ve skupině zaměřené na předčasně narozené děti oslovila rodiče předčasně narozených dětí s prosbou o elektronický rozhovor.

Paní Kateřině se narodily předčasně dvě děti. První syn David v roce 2009, poté dcera Amálie v roce 2012, obě děti v gestačním stáří 33+6. V těhotenství neměla žádné příznaky, nezaznamenala ani běžné příznaky těhotenství, pouze u druhého těhotenství s dcerou pálení žáhy. Důvodem obou předčasných porodů byl předčasný odtok plodové vody. První porod byl císařským řezem kvůli poloze plodu koncem pánevním a druhý porod byl vaginální. Při prvním porodu se narodil chlapec David s mírami 2 300 g a 45 cm, při druhém porodu se narodilo děvče Amálie s mírami 2 250 g a 45 cm. Obě děti bez komplikací, s Apgar skóre 10-10-10. Syn byl po porodu uložen do inkubátoru na jednotce intermediální péče, pak na

výchřevné lůžko. Paní Kateřina mohla syna navštěvovat první týden pouze 2x denně v návštěvních hodinách. Po týdnu za synem mohla chodit po 3 hodinách na kojení, jinak do péče zahrnuta nebyla a hospitalizace trvala 14 dní. Dcerka byla také v inkubátoru na jednotce intenzivní péče, poté na výchřevném lůžku. Po třech dnech byla paní Kateřina i s dcerou v inkubátoru přeložena na hostinský pokoj, kde byly 14 dní až do propuštění. Do péče o dceru byla plně zapojena. Děti mohl dojít navštívit vždy jeden člen z rodiny – otec nebo prarodiče. Okolí – rodina, přátelé na tuto situaci pokaždé reagovali výborně. Jako komplikaci předčasného porodu uvedla paní Hana u dcery neustálé svědění kůže, později záněty po těle. Tyto komplikace trvají i nadále. Syn nebyl kojenný, nikdy se nepřisál. Dcerka neměla sílu se prisát a paní Kateřina měla velice málo mléka, vždy odstříkávala a dokrmovala. Po propuštění z nemocnice s oběma dětmi navštěvovali rehabilitační sestru, kde cvičili Vojtovou metodou. Syn začal chodit v 10 měsících, dcera v 13,5 měsících, mluvit začali brzy a bez plen byli od 18 měsíců. Dcera šla ve 2 letech a 2 měsících do státní školky, byla plně samostatná. Obě děti jsou bezostyšné, vše si zařizují samy, například si samy koupí zmrzlinu, nemají žádný problém v komunikaci s cizími lidmi. Syn byl trochu asociální, neuměl si získat pozornost, tak byl agresivní, například přišel na hřiště a místo, aby si začal hezky hrát, začal škodit, aby si jej děti všimly. Vyčleňuje ho z kolektivu a nikdy nepatří mezi oblíbence. Dcera je hodně kolektivní, ta zase přišla na pískoviště s větou: „Já jsem Helenka, můžu si s tebou hrát?“ , mezi svými příznivkyněmi v menším kolektivu se projevuje jako vůdčí typ. V některých věcech je ale hodně pozadu, v 8 letech se chová jako 5-leté dítě, naráží dokonce na výsměch. Obě děti nemají problém se seznamováním, chovají se bez ostychu. Synovi je nyní 10,5 roku, je absolutně zdravý, nadprůměrně matematicky inteligentní. Dcera bude mít 8 let, trpí na záněty – kyčle, lokte, slinné žlázy, v létě 2019 prodělala 2x operaci v celkové narkóze. Ve škole je spíše velmi podprůměrná. Každé dítě je jak chováním, tak povahou, IQ a EQ naprosto rozdílné.

Nina a syn Alex

Paní Ninu jsem kontaktovala na sociální síti youtube.com. Narazila jsem na její video, které pojednávalo o průběhu hospitalizace jejího předčasně narozeného syna Alexe. Jejího syna jsem si pamatovala z jednotky intenzivní péče, když jsem byla na praxi v nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, proto jsem se ji rozhodla kontaktovat s prosbou o rozhovor. Paní Nina mi vyhověla a přes email jsme uskutečnily rozhovor. Syn paní Niny se narodil ve 24. týdnu těhotenství císařským řezem s mírami 490 g a 29 cm. Během těhotenství neměla paní Nina žádné komplikace. Důvod předčasného porodu byla růstová restrikce plodu a nulové průtoky

pupečníkem, při porodu se pak zjistilo, že měl napevno omotaný pupečník okolo krku. Paní Ninu hospitalizovali dva dny před porodem. Císařský řez byl naplánovaný již na první den, ale protože s partnerem věděli, že by jejich syn neměl žádné šance na přežití, protože by se nestihly aplikovat kortikoidy, odmítli operaci a chtěli počkat další dva dny. Jediné, co paní Nině scházelo před porodem, byla komunikace a informovanost od lékařů. Byla jí slíbena návštěva neonatologa, nikdo ji ovšem nenavštívil. Proto do poslední chvíle nevěděla, jakým způsobem bude rodit a jestli se vůbec budou pokoušet jejího syna zachránit. Po porodu byl její syn na jednotce intenzivní péče, poté byl přeložen na jednotku intermediální péče. Po porodu měl spoustu komplikací. Nejvíce ho trápily nedozrálé plíce, kvůli kterým byl velmi dlouho na dechové podpoře. Na obou odděleních mohla syna navštěvovat, po stabilizaci byla zahrnuta do péče o něj. Paní Nina syna přebalovala, polohovala, klokánkovali, později ho koupala, krmila i oblékala. Na jednotku intenzivní péče mohli na návštěvu prarodiče pouze po jednom, později na jednotce intermediální péče byly návštěvy v podstatě bez omezení. Co se týče podpory od okolí paní Niny v této nelehké situaci, říká, že se ukázalo, kdo je skutečný přítel. Někteří se snažili pomáhat, co to šlo, jiní se občas zeptali a jiní zase dělali, že neexistují. V nemocnici strávil Alex 163 dní. Po propuštění z nemocnice navštěvovali nejméně jednou týdně lékaře, nebo rehabilitace. První rok navštěvovali každých 14 dní praktickou lékařku a každý týden rehabilitace. Dále navštěvovali oční, ušní, neurologii, plicní a kardiologii. Alex trpěl bronchopulmonální dysplázií, retinopatií a tříselnou kýlou. Kvůli bronchopulmonální dysplázii byl velmi dlouho na kyslíku, jeli s ním i domů. Plíce nemá úplně v pořádku a možná ani nikdy nebudou. Bral inhalačně kortikoidy a jiné léky. Prodělal operaci retinopatie, kdy čeká Alexe teprve kontrola. Poté byl operován pro tříselnou kýlu na levé straně, objevila se i kýla na pravé straně, ale ta se sama ztratila, když se začal Alex více hýbat a posílil svaly. Dle paní Niny ho tyto komplikace nijak neomezují. Alex nebyl kojený, asi měsíc dostával odstříkané mateřské mléko.

Alex začal pást koníčky okolo 1. měsíce korigovaného věku, sedět a lézt začal v sedmi a půl měsíci, první slova řekl kolem 9. měsíce, dodnes ale ještě nijak moc nemluví, řekne jen pár slov. Chodit začal ve 13 měsících. Při styku s lidmi je Alex stydlivější, dospělé má ale velmi rád a s dětmi zatím moc do kontaktu nepřišel.

Nyní má Alex 21 měsíců a dle paní Niny se mu daří velmi dobře.

Barbora a syn Alex

Paní Barbora je matka autorčina přítele, který se narodil předčasně. Rozhovor tedy proběhl v domácích podmínkách u paní Barbory. Rozhovor byl nahráván a jeho přepis schválen paní

Barborou. Dne 9.4.1997 se paní Barboře narodil syn Alex císařským řezem ve 29. týdnu s mírami 1 027 g a 38 cm, po porodu zhubl na 900 g. Paní Barbora má ještě mladšího syna, který se narodil o čtyři týdny dříve. Během těhotenství neměla paní Barbora žádné komplikace, byla úplně zdravá. Začala se předčasně otevírat, v nemocnici jí dle jejích slov píchli injekci k zastavení porodu, ta jí ale nějak nesedla a po pár hodinách se jí začalo špatně dýchat a vykašlávala krev. Nikdo jí nevysvětlil, co se stalo. Dle zápisu z archivované porodní knihy jsem zjistila, že měla paní Barbora edema pulmonum. Do 24 hodin od píchnutí injekce si nic nepamatuje, až třetí den, kdy se narodil syn Alex. Jen ví, že měla takový stav, že si nic nepamatovala. Po porodu ležela na ARO, kde se učila znovu chodit a manžel ji chodil krmit. Alex napřed ležel na jednotce intenzivní péče, jeho zdravotní stav byl hodně špatný. Po zlepšení jeho stavu šel na jednotku intermediální péče, kde ležel v inkubátoru. Po třech měsících, kdy se měl narodit, byl na pokoji na výhřevném lůžku. Paní Barbora měla možnost být celou dobu se synem v nemocnici, ale psychicky to nezvládala. Měla psychické problémy, a jelikož se o tom v té době nemluvilo, nevěděla, že by mohla trpět poporodními psychickými problémy. Až časem to poznala. Asi po měsíci se vrátila za synem do nemocnice, kde s ním byla. Mohla ovšem svého syna navštěvovat a byla i zahrnuta do péče o něj. Krmila ho z lahvičky, později na jednotce intermediální péče si ho mohla pochovat a přebalovala ho. Paní Barboře se spustilo mléko až po třech měsících, teda v období, kdy se měl její syn narodit v termínu. Alex byl ovšem naučený na lahvičku a už se nepřisál.

Po propuštění z nemocnice navštěvovali neonatologickou poradnu, oční, alergologii. Dodnes navštěvuje neurologii a ortopedii. Ve 2. a v 9. třídě základní školy byl na ortopedické operaci. Nosí brýle, má dětskou mozkovou obrnu, levostrannou hemiparézu, díky které má vadu řeči – koktavost a jednu nohu kratší, alergie, které se v posledních letech lepší. Rodiče se mu plně věnovali a snažili se ho vychovávat tak, aby své zdravotní komplikace bral jako rýmu, že v životě to tak prostě je, aby si z toho nic nedělal. Vždycky mu říkali, že vidí a chodí, a to je důležité. Dle paní Barbory jejího syna díky tomuto přístupu příliš neomezují jeho zdravotní komplikace, ale myslí si, že ho to jistě v hloubi duše tíží.

Psychomotorický vývoj Alexe byl opožděný, pást koníčky začal asi až v půl roce a chodit až po roce a půl.

V pozdějších letech se mu smáli, jak chodí a mluví, měl tedy určitou zlost, ale rodiče ho vedli k tomu, aby to nebral jako handicap. V první třídě na základní škole měli dobrou paní učitelku, která uměla pracovat s jeho handicapem, dokázala upřednostnit jeho přednosti, aby

ho děti braly takového, jaký je. Ta pak ale odešla a nová paní učitelka to už neuměla a zažíval šikanu od spolužáků.

Nyní má Alex 23 let. Dle paní Barbory se mu daří dobře. Za podpory všech všechno zvládl. Je houževnatý, ničeho se nebojí a do všeho se hrne po hlavě. Podniká, vymýšlí pořád něco nového, daří se mu.

6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Výzkumné šetření prostřednictvím analýzy dat rozkrylo pět hlavních tematických okruhů zahrnující výpovědi, o nichž se lze domnívat, že zachycují zkoumanou problematiku a odpovídají na výzkumné otázky.

6.1 Průběh těhotenství

Více než polovina žen ze zkoumaného souboru uvedla, že během těhotenství neměla žádné komplikace. Paní Kateřina, která má předčasně narozené dvě děti, uvedla: „*Nezaznamenala jsem ani žádné klasické příznaky těhotenství jako je zvracení, chutě, nadýmání. Jen u druhého těhotenství pálení žáhy.*“ (Kateřina)

Žádné těhotenství ze zkoumaného souboru nebylo komplikované, či patologické již od počátku. Takto například popisuje začátek komplikací paní Iva: „*Až ve 33. týdnu jednorázově naměřen vysoký tlak, dítě se vikend těsně před tím přestávalo hýbat. Vybojovala jsem si ještě jednu noc doma, potřebovala jsem vrátit spolužákům na VŠ jejich materiály, ale začala jsem mít pravidelné stahy po 5 minutách, kolem 5. ráno ustaly, nechtěla jsem tátu budít, nebyl už zdravotně v pořádku, v 6 mě otec podle předchozí domluvy odvezl do porodnice.*“ (Iva)

6.2 Průběh porodu

U participantek převažují porody císařským řezem. Jen paní Kateřina první dítě porodila vaginálně. Předčasný porod měl u každé ženy ze zkoumaného souboru jinou příčinu, vždycky ale byla příčina známá. Takto to popisuje paní Barbora: „*Začala jsem se otevírat, v nemocnici mi píchli injekci k zastavení porodu. Bohužel mě nějak nesedla, nevysvětlili mi, co se stalo, prý nějaká reakce. Po pár hodinách se mi začalo špatně dýchat, vykašlávala jsem krev. Do 24 hodin od píchnutí si nic nepamatuji, až po třetí den, kdy se narodil...*“ (Barbora)

U dvojčat ze zkoumaného souboru byl důvod předčasného porodu transfúzní syndrom jednovaječných dvojčat.

Paní Kateřina obě své děti porodila dříve kvůli předčasnému odtoku plodové vody.

Dvě děti ze zkoumaného souboru měly omotaný pupečník okolo krku. Takto odpověděla paní Nina na otázku, jaká byla příčina předčasného porodu: „*Intrauterinní růstová restrikce*

plodu a nulové průtoky pupečnickem. Při porodu se zjistilo, že měl Alex pupečnick napevno omotaný kolem krku. Proto ty nulové průtoky a pomalý růst.“ (Nina)

Takto zase na stejnou otázku odpověděla paní Iva: „Mně vyprávěla játra, grav. hepatopatia, přestala jsem poslední měsíc přibírat, zvracela jsem. Měly jsme obě celkovou sepsi organismu, brčálově zelená zkalená plodová voda. K tomu se malá uškrtla na šňůře. Narodila se mrtvá, ač císařem, Apgar 0.“ (Iva)

6.3 Poporodní adaptace a pobyt v nemocnici

Všechny děti ze zkoumaného souboru byly na specializovaných odděleních, žádné z dětí nebylo hned po porodu v systému rooming-in. Matky své děti navštěvovaly nejčastěji na jednotce intenzivní péče, kde byly ve většině případů zahrnuty do péče o své dítě. Dříve byl matkám dovolen pouze kontakt s dítětem a kojení, dnes jsou matky plně zahrnuty do péče, a to podle stavu dítěte. Přebalují své děti, kojí, klokánkují. Takto odpověděla na otázku, jak probíhala péče v nemocnici o její dítě, paní Nina: „Přebalování, klokánkování, polohování, později koupání, krmení a oblékání.“ (Nina) Podobně odpověděla i paní Hana: „Na JIP Praha už jsem byla v minimální míře zapojena do péče, ale už i na RES jsme mohli klokánkovat, ve Zlíně jsem byla do péče více zainteresována.“ (Hana)

Dříve nemohli rodinní příslušníci děti navštěvovat, dnes je povolena návštěva jednoho rodinného příslušníka. Na otázku, zda mohla rodina navštěvovat dítě, odpověděla paní Iva takto: „Ne, bylo to v roce 1987, jen se mohli podívat přes sklo, primárka neonatologie jim malou vyndala z inkubátoru a ukázala.“ (Iva)

Kdežto paní Kateřina, která porodila své děti v letech 2009 a 2012, odpověděla takto: „Ano, vždy jen jeden příbuzný, otec nebo jeden prarodič.“ (Kateřina)

6.4 Sociální adaptace v pozdějších letech

Všechny děti ze zkoumaného souboru se adaptovaly do svého sociálního života rozdílně, nedá se ale říct, že by některé dítě mělo v této oblasti vyloženě problém. Některé děti nepocítí uží žádný problém, jiné se setkaly s šikanou, či výsměchem ze strany vrstevníků.

Takto popisuje paní Kateřina styk s vrstevníky svých dvou předčasně narozených dětí: „Syn je kapku asociální, neuměl si získat pozornost, tak byl agresivní – přišel na hřiště a místo toho, aby si hezky hrál, začal škodit, aby si její děti všimly. Dcerka byla odmala kolektivní, přišla na písek s větou: „Já jsem Helenka, můžu si s tebou hrát?“ Bohužel je v některých

věcech pozadu, je taková dětská – v 8 letech má chování tak 5letého dítěte, v současné době naráží i na výsměch.“ (Kateřina)

Paní Barbora popisuje chování mezi lidmi a styk s vrstevníky jejího syna takto: „*Choval se normálně, jenom se mu smáli, jak chodí, mluví, tak měl takovou určitou zlost. Spíš jsme se snažili, aby to nebral jako handicap, že v životě to tak prostě je. ... V první třídě v pohodě, to měli dobrou učitelku, ta pak ale odešla a přišla nová, ta už s ním neuměla pracovat, s jeho handicapem. Takže mu to pak dávali děcka sežrat. Když tam byla ta jiná, tak dokázala upřednostnit jeho přednosti, aby to děti braly, tak jak to je. Jenomže ta druhá to neuměla a už se to s ním vezlo prostě úplně hrozně. ...*“ (Barbora)

Určité potíže se vzdělávacím zařízením měla i paní Hana u svých dvojčat: „*Již od 2 a půl let chodili do školky, zvykali si naprosto normálně, v jedné školce měli strach, že jsou velice agresivní a posílali nás na psychologické vyšetření – prý kvůli zaostalosti, ADHD, autismu a podobným. Ukázalo se, že je to problém v řeči – nemluvili, nedokázali se bránit, tak jsme změnilo školku a vše je OK, od 2 a půl let chodíme na logopedii.*“ (Hana)

Děti paní Hany a dítě paní Barbory, které řešily problémy se vzdělávacím zařízením, mají vadu řeči. Syn paní Barbory trpí koktavostí a synové paní Hany opožděným vývojem řeči.

Na otázku, jak se chová syn paní Niny mezi lidmi, odpověděla takto: „*Je stydlivější, ale dospělé má velmi rád. S dětmi zatím moc do kontaktu nepřišel, takže to teprve uvidíme.*“ (Nina)

Žádné problémy v oblasti sociálního života neměla ani dcera paní Ivy. Na otázku, jak se chovala mezi lidmi, odpověděla: „*Spíš neřízená střela a živel ve spojení s velkým srdíčkem a citlivostí. Stydlivá rozhodně není, ale byla vždy hodně úzkostlivá, jak se snažila vyhovět a nezvládala to. Měli jsme i hodně těžké období, pubertální vzpoura přišla mnohem později, než u dívek bývá.*“ (Iva)

A na otázku, jak se chovala v kolektivu, jsme dostali tuto odpověď: „*Myslím, že bez problémů, nikdy jsme nemuseli řešit, že by měla problémy se spolužáky. Spíš z ní vždycky šílěly učitelky, a to i na gymplu. Hláška z doby mateřské školy: „Mami, to jsme si dnes s Petruškou krásně zazlobily!“*“ (Iva)

6.5 Nynější život

Dnes je předčasně narozeným dítětem participantek od 21 měsíců do 32 let. Ne všichni jsou zcela zdraví, ale žádné dítě neprojevuje žádná závažná postižení. Všechny děti vedou životy přiměřeně svému věku, pouze dcera paní Kateřiny je v některých věcech opožděná: „Bohužel je hodně v některých věcech pozadu, je taková dětská, v 8 letech má chování tak 5leté, v současné době narazí i na výsměch.“ (Kateřina)

Přestože lékaři dceři paní Ivy nepředpovídali plnohodnotný život, dnes má vystudovaný magisterský titul a sama je maminkou zdravé dcery, jak sama pana Iva popisuje: „Navzdory předpovědi neonatoložky, že mám být vzhledem k poporodním komplikacím připravena na pomocnou školu, že mám zahodit všechny knížky, co kdy má dítě dělat a umět, tak má vystudované gymnázium – přírodovědnou třídu, vysokou školu – sociologii na Karlově univerzitě, má titul Mgr. ... Nyní zdravá maminka zdravé 2,5leté holčičky, žije s partnerem cizincem, myslím, že je šťastná. Pracuje v průzkumové agentuře, zajišťuje Mystery Shopping zejména pro zahraniční zákazníky. ...“ (Iva)

Často se u dětí ze zkoumaného souboru projevují potíže se zrakem, u více než poloviny dětí se objevují alergie. „Nosí brýle, má obrnu, slabou levou stranu, alergie.“ (Barbora)

„... dvojče B nosí brýle a chodí do strabiologické poradny do Zlína, dvojče A nemusí už na kontroly na oční, do 10 měsíců jsme cvičili Vojtovku, pak již nebyla potřeba, na fyzioterapii jsme šli v 15 měsících, jak se naučili chodit – vše Ok...dnes chodíme jen občas na alergologii do Zlína...“ (Hana)

Obě děti ze zkoumaného souboru, které jsou již v dospělém věku, jsou ve svém pracovním i osobním životě úspěšní a spokojení. Dle paní Barbory: „...Podniká. Je houževnatý, ničeho se nebojí, do všeho se hrne. V tom podnikání vymýšlí pořád nové a nové, aby se mu dařilo, aby měl kšefty, a je dobrý. Má, bude mít skvělou ženu.“ (Barbora)

A takto popisuje život své dcery paní Iva: „Navzdory předpovědi neonatoložky, že mám být vzhledem k poporodním komplikacím připravena na pomocnou školu, že mám zahodit všechny knížky, co kdy má dítě dělat, umět, tak má vystudované gymnázium, přírodovědnou třídu, vysokou školu sociologii na Karlově univerzitě, titul Mgr. Potratila dvojčata na konci 4. měsíce. Jedno umělé přerušení těhotenství. Nyní zdravá maminka zdravé 2,5leté holčičky, žije s partnerem cizincem, myslím, že je šťastná. Pracuje v průzkumové agentuře, zajišťuje Mystery Shopping zejména pro zahraniční zákazníky a „diriguje“ desítky tazatelů.“ (Iva)

Dobře se daří i dětem paní Kateřiny, ta na otázku, jak se dětem daří nyní, odpověděla takto: „Výborně, absolutně zdraví. V zimě ani rýmu. Dcerka jen trpí na záněty – zánět kyčle, zánět lokte, zánět slinné žlázy, v létě 2012 dvakrát operace v celkové narkóze. Syn nadprůměrně matematicky inteligentní. Dcerka naopak ve škole velmi podprůměrná. Každé dítě je úplně jiné chováním, povahou, IQ a EQ.“ (Kateřina)

Na stejnou otázku odpověděla paní Hana takto: „Je nouzový stav, chtělo by to otevřít školku, pomalu se rozmlouvají – řeč je rozhodně lepší, musíme je krotit v jídle, jsou docela velcí, již teď nosí velikost 128-134, umí jezdit na kole, jsou kamarádští, zlobiví dle věku. Řekla bych naprosto normálně zlobiví kluci, pokud nejsou s tatínkem, který je taky z dvojčat, to jsou pak na zabití – v dobrém slova smyslu.“ (Hana)

7 DISKUZE

Prvním cílem této bakalářské práce je vyhledat informace o předčasně narozených dětech. Informace o těhotenství, porodu, poporodní adaptaci, jejich sociální adaptaci a začlenění a také o jejich současném životě, zda předčasný porod ovlivnil jejich pozdější život, a jaký měl předčasný porod vliv na jejich život. Druhý cíl byl vytvoření brožury pro matky, které pečují o své předčasně narozené děti na jednotce intenzivní péče a na jednotce intermediální péče. Cíle byly splněny.

Výzkumné šetření probíhalo pomocí online rozhovorů kvůli epidemiologické situaci v České republice a nařízení vlády o zákazu stýkání se s lidmi. Jeden rozhovor jsme však stihli uskutečnit před tímto nařízením. Informace byly zjištěny formou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Položka číslo 1 se zabývá týdnem, ve kterém se zkoumané děti narodily. Bylo zjištěno, že se narodily v rozmezí od 24. týdne těhotenství po 34. týden těhotenství. Položka číslo 2 se zabývá věkem matky v době porodu. Matky byly staré od 22 do 37 let. Položka číslo 3 se zabývá důvodem předčasného porodu. U dvojčat to byl transfúzní syndrom, dále to byl předčasný odtok plodové vody, růstová restrikce plodu, těhotenská hepatopatie a edema pulmonum po reakci na léčbu předčasného otevírání porodních cest. Položka číslo 4 zkoumá, zda mají předčasně narozené děti sourozence. Bylo zjištěno, že buď sourozence nemají, anebo byli narozeni také předčasně. Položka číslo 5 zkoumá, zda měla žena v těhotenství komplikace. Všechna těhotenství byla z počátku nekomplikovaná, komplikace se přidružily v průběhu těhotenství, nejčastěji v jeho závěru. Položka číslo 6 obsahuje způsob předčasného porodu, pouze jedno dítě bylo narozeno vaginálně, ostatní plánovaným, či akutním císařským řezem. Další podotázky této otázky jsou, jak probíhala hospitalizace a porod. Všechny ženy byly hospitalizovány před porodem, z toho dvě pro zastavení porodu a dvě pro plánované ukončení porodu. Jedna žena kvůli předčasnému odtoku plodové vody. Položka číslo 7 obsahuje míry a pohlaví dětí. Narodila se dvě děvčata a pět chlapců s mírami od 490 g do 2 300 g a od 29 cm do 45 cm. Položka číslo 8 zkoumá komplikace novorozenců po porodu. Dvě děti, sourozenci, neměly žádné komplikace, ostatní děti měly mnoho komplikací a byly na dechové podpoře. Položka číslo 9 zkoumá oddělení, na kterém děti ležely po porodu, zda je mohly matky navštěvovat a pečovat o ně, jak péče probíhala a jestli je mohli navštěvovat rodinní příslušníci. Všechny děti byly dle stavu na JIP a IMP. Matkám bylo umožněno navštěvovat dvě děti i zapojovat se do jejich péče. Dříve nemohly návštěvy k dětem, v pozdějších letech vždy jeden rodinný příslušník. Položka číslo 10 se zabývá

délkou hospitalizace dětí. Nejdelší hospitalizace trvala 163 dní a nejkratší 14 dní. Položka číslo 11 zkoumá přístup okolí matky k této situaci. Bylo zjištěno, že všechny matky našly oporu v rodině a u přátel. Položka číslo 12 se zabývá návštěvou lékařů po propuštění z nemocnice. Nejčastěji navštěvovali neonatologickou poradnu, fyzioterapeuty, neurology, alergologii a oční vyšetření. Položka číslo 13 obsahuje zdravotní komplikace související s předčasným porodem, zda tyto komplikace trvají a zda je to omezuje. Až na jedno dítě ze zkoumaného souboru mají všechny nějaké komplikace, od závažnějších po méně závažné. Všechny děti tyto komplikace v určité míře omezují. Položka číslo 14 zkoumá, zda byly děti kojené. Kojené bylo pouze jedno dítě. Ostatní děti nebyly převážně kvůli neschopnosti se přisát a ztrátě mateřského mléka u matky. Položka číslo 15 zkoumá psychomotorický vývoj dětí. Některé děti byly více či méně opožděné, jiné nebyly nijak rozdílné od termínových dětí. Položka číslo 16 obsahuje chování dětí mezi lidmi. Bylo zjištěno, že žádné z dětí nemají problémy ve společnosti. Položka číslo 17 se zaměřuje na styk s vrstevníky. Některé děti se setkaly s výsměchem, či šikanou kvůli jejich komplikacím. Jiné nikoliv, ovšem pouze jedno dítě nemělo žádný problém s vrstevníky, či vzdělávacím zařízením. Položka číslo 18 obsahuje nynější věk předčasně narozených dětí. Zkoumané děti jsou staré 21 měsíců, 6 let, 8 a 10 let, 23 let, 32 let. Poslední položka číslo 18 zkoumá nynější život zkoumaných dětí. Bylo zjištěno, že dvě děti, které mají již dospělý věk, jsou ve svém profesním životě úspěšné a spokojené. I ostatním dětem se daří velmi dobře.

Také se problematice souvislosti předčasného porodu na zdravotní stav dítěte ve své bakalářské práci zabývá Bc. Veronika Vondráčková z Univerzity Palackého v Olomouci v roce 2013. Cílem této práce bylo poukázat na vliv předčasného porodu na zdravotní stav dítěte a následně přiblížit problematiku předčasně narozených dětí a komplexní péči o ně. Součástí práce jsou dvě kazuistiky předčasně narozených dětí a jejich vývoj. Kazuistiky se zaměřují na diagnózy, průběh hospitalizace, průběh po propuštění z hlediska zdravotnické problematiky a průběh po propuštění z hlediska domácího, rodinného prostředí. Tyto kazuistiky poukazují na zcela diametrálně odlišný průběh a náročnost péče o předčasně narozené děti. Dle Bc. Veroniky Vondráčkové kazuistiky dokazují, že je potřeba do budoucna longitudinalních studií srovnávajících nedonošené a donošené děti se standardním porodem, aby mohlo dojít k zpřesnění doporučení léčby, organizace péče a alokace finančních zdrojů ve zdravotnictví k řešení tohoto problému. Bc. Vondráčková zkoumala děti do 6 let věku, naše bakalářská práce zkoumala děti do věku, jakého dosahují nyní. Z kazuistik Bc. Vondráčkové vyplývá, že jedno ze zkoumaných dětí se ne moc dobře

adaptovalo na změnu prostředí z nemocničního na domácí. Dítě bylo neklidné, mělo problém s usínáním, to přetrvávalo do 5 let. Byla nutná i návštěva psychologa. U dětí, které jsme zkoumali v této bakalářské práci k žádným podobným problémům nedocházelo.

7.1 Doporučení pro praxi

Jako doporučení pro praxi jsme se rozhodli vytvořit brožurku určenou pro matky, které mají své děti na JIP nebo IMP v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně s názvem „Jak o mě pečovat?“. Doufáme, že by brožurka mohla matkám usnadnit utřebenění množství informací, které v této nelehké situaci dostávají od personálu.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zjištění adaptace jak fyzické, psychické, tak i sociální předčasně narozených dětí do jejich životů. Výzkumné šetření bylo realizováno kvůli epidemiologické situaci v České republice a nemožnost osobního setkání s participantkami v průběhu tohoto šetření formou polostrukturovaného rozhovoru prostřednictvím online rozhovoru přes email, nebo přes sociální síť facebook.com. Jeden rozhovor byl uskutečněn osobně v domácím prostředí participantky.

Bakalářská práce je rozčleněna do dvou částí, a to na část teoretickou a část praktickou. V praktické části jsme popsali předčasný porod, jeho příčiny, stádia, prevenci, diagnostiku, terapii a vedení předčasného porodu.

Poté jsme se zaměřili na patologické novorozence, na mortalitu a morbiditu novorozenců. Rozdělili jsme předčasně narozené novorozence dle týdne těhotenství a dle porodní hmotnosti. Dále jsme popsali morfologické znaky nedonošených dětí a popsali rozdíly mezi předčasně narozenými dětmi a dětmi narozenými v termínu. Zaměřili jsme se na patologické znaky nedonošených dětí a na komplikace nedonošených dětí jako jsou infekce, žloutenka, syndrom respirační tísně, či sepse. U každé z komplikací jsme se snažili popsat terapii a prognózu.

Dále je zde popsána výživa a její doplňky, krmení, včetně krmení žaludeční sondou a celkovou parenterální výživu.

Teoretická část je zakončena kapitolou zaměřující neurologická onemocnění, problémy s chováním a vzdělávání.

V praktické části používáme kvalitativní metodologii, techniku polostrukturovaného rozhovoru. Podmínkou pro výběr participantek bylo pouze mít předčasný porod v anamnéze a ochota spolupracovat na výzkumu. Jednalo se o pět žen, které porodily dítě předčasně.

Prvním cílem bakalářské práce bylo vyhledání informací o předčasně narozených dětech a zjistit, jaký vliv měl předčasný porod na jejich život. Cíl byl splněn.

Druhým cílem bakalářské práce bylo vytvoření edukačního materiálu pro podporu matek pečujících o své děti na jednotce intenzivní péče, nebo jednotce intermediální péče v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Cíl byl splněn. Edukační materiál je přílohou bakalářské práce.

K dosažení cíle bakalářské práce bylo stanoveno pět výzkumných otázek – Jak probíhalo těhotenství? Jak probíhal porod? Jak probíhala poporodní adaptace a pobyt v nemocnici? Jak probíhala sociální adaptace v pozdějších letech? Jaký je jejich nynější život? Výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Z výzkumného šetření jsme zjistili, že všechna těhotenství ze zkoumaného souboru začala nekomplikovaně, komplikace nastaly až v průběhu těhotenství, nejčastěji v jeho závěru. Všechny děti byly po porodu přeloženy na jednotku intenzivní péče. Žádné z dětí nebylo kojené. Předčasně narozené děti často trpí potížemi se zrakem a na alergie. V současné době je nijak výrazně neomezují jejich komplikace po předčasném porodu. Žádné z dětí nenavštěvuje nebo nenavštěvovalo zvláštní školky, nebo školy. Dvě děti, které jsou již v dospělém věku, jsou spokojené a úspěšné v osobním životě, ostatním dětem se také daří velmi dobře.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BINDER, Tomáš. *Porodnictví* [online]. Karolinum, 2015 [cit. 2020-05-20]. ISBN 8024619075. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=xM4wDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>
- CURTIS, Mario De a Jacques RIGO. *The nutrition of preterm infants*. Early Human Development, 2012. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2011.12.020.
- DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2253-8
- DUDÁŠOVÁ, J., P. ŠIMJÁK, M. KOUCKÝ a A. PAŘÍZEK. *Současné možnosti predikce předčasného porodu*. *Čes. Gynek.* 2019, 84, č. 5 [online]. 2019, 355-360 [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-5-8/soucasne-moznosti-predikce-predcasneho-porodu-118522/download?hl=cs>
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2. Brno: *Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů*, 2012. ISBN 978-807013-547-1.
- HÁJEK, Zdeněk a spol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Grada, 2004, 440 s. ISBN 8024704188
- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL a spol. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované vydání. Grada Publishing, a.s., 2014, 580 s. ISBN 8024745291
- CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, M., *Kojení je hledání cesty k sobě navzájem*. Brožura. OS Nedoklubko, 2009. 28 s
- KLINGENBERG, Claus a kol., A. MYDLILOVÁ. *Enteral feeding practices in very preterm infants: an international survey*. *Neonatologické listy*. 2013. ISSN 1211-1600.
- LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Grada Publishing, 2004, 952 s. ISBN 8024706687.
- LISSAUER, Tom a Avroy FANAROFF. *Neonatology at a Glance*. Second edition. Wiley-blackwell, 2011, 200 s. ISBN 978-1-4051-9951-3.
- MAREŠOVÁ, Pavlína, *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*, 2014, 368 s. ISBN: 978-80-204-3153-0

MARKOVÁ, Daniela, Magdalena WEBEROVÁ-CHVÍLOVÁ a Petr KLEMENT, *Péče o děti s perinatální zátěží v Centru komplexní péče KDDL*. Neonatologické listy. 2013. ISSN 1211-1600

PAŘÍZEK, Antonín a spol. *Kritické stavy v porodnictví*. Galén, 2012, 286 s. ISBN 978-80-7262-949-7.

PLAVKA, Richard. *Česká neonatologie "na špičce". A co dál? Malý průvodce vývojem některých ukazatelů kvality péče o novorozence v uplynulých 15 letech v České republice*. Neonatologické listy. 2008. ISSN 1211-1600

PROCHÁZKA, Martin a Radoval PILKA. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. UP Olomouc, 2018, 255 s. ISBN 80-244-5322-3.

ROZTOČIL, Aleš a spol. *Moderní porodnictví*. Grada Publishing, 2008, 405 s. ISBN 802471941X.

STRAŇÁK, Zbyněk, Jana CHRÁSKOVÁ a Ludmila LAMPLOTOVÁ. *Základy neonatologie pro porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, 2014, 132 s. ISBN 978-80-7414-727-2.

STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA. *Neonatologie*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 9788020438614.

ZOBAN, P. Nedonošený novorozenec. *Československá pediatrie*. 2012, 67(3), 203212.

Akademická práce sloužící ke komparaci výsledků výzkumu

VONDRÁČKOVÁ, Veronika, 2013. *Vliv předčasného porodu na zdravotní stav dítěte a možnost komplexní péče*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO anesteziologicko-resuscitační oddělení

EQ emoční kvocient

g gram

HIV Human Immunodeficiency Virus

IgA imunoglobulin A

IMP jednotka intermediální péče

IQ inteligenční kvocient

JIP jednotka intenzivní péče

kcal kilokalorie

kg kilogram

mmol milimol

str. strana

SpO₂ saturace krve kyslíkem

TTS transfuzní syndrom u dvojčat

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Dělení novorozence dle týdne těhotenství.....	18
Tabulka 2 Dělení dle porodní hmotnosti	18
Tabulka 3 Rozdíly předčasně narozených dětí a dětí narozených v termínu.....	21
Tabulka 4 Příjem tekutin dle dne po porodu.....	32

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Brožura „Jak o mě pečovat?“ – 1. strana

Příloha II: Brožura „Jak o mě pečovat?“ – 2. strana

Příloha III: Schéma rozhovoru

PŘÍLOHA I: BROŽURA „JAK O MĚ PEČOVAT?“ – 1. STRANA

Péče o dítětko

Vždy, když přijdete za miminkem, Vaše cesta směřuje k umyvadlu, umyjete si ruce mýdlem, osušíte, vydezinfikujete a teprve poté přicházíte k inkubátoru.

Po odchodu od inkubátoru si ruce zase dezinfikujete.

Pokud přicházíte v uvedených hodinách, měřte dítětku teplotu, přebalujete, krmíte, polohuje a tak dále.

Sestřička Vám vždy všechno vysvětlí a předvede, vždy ji máte k dispozici – pomůže Vám a poradí!

Rodinné návštěvy

Děťátko mohou navštívit i prarodiče a sourozenci. Vždy je ale nutné, aby byli všichni zdraví. Nesmí mít ani kašel, rýmu či virózu - jde o zdraví jak Vašeho dítětko, tak ostatních dětí, které nemají plně vyvinutý imunitní systém.

Vstup sourozenců je povolen od 3 let.

Jak o mě pečovat?



Zdroj: <https://zlin.cz>



Univerzita Tomáše Bati
Fakulta humanitních studií

Tato brožura vznikla za účelem bakalářské práce z názvem Adaptační předčasně narozených dětí do pozdějšího života za vedení Mgr. Kateřiny Zárské.

Autor: Vendula Vaculová

Zdroj informací: nov.jlp.KNTB.Zlín

PŘÍLOHA II: BROŽURA „JAK O MĚ PEČOVAT?“ – 2. STRANA

Zdroj: <https://www.babywala.cz>



Pravidelné návštěvy

Návštěvy jsou pro rodiče miminka neomezené, může se ovšem stát, že Vás personál poprosí, zda byste nepřišli později, mají k tomu důvod - prosíme, abyste je respektovali.

Na přebalování, krmení dětí chodí maminky v **7h, 10h, 13h, 16h, 19h, 22h**. V 10h a 22h vždy probíhá viziťa, které se můžete účastnit.

První dny po porodu není nutné, abyste chodila každé - je důležité, abyste se zotavila, odpočívala si a poté se mohla miminku plně věnovat.

Podle stavu miminka a maminky se začíná co nejdříve s klokánkováním, to může trvat klidně 1-3h, vícekrát denně.

Co nejdříve to půjde, tak se zapojíte do péče o dítětko (dle zdravotního stavu jak Vás, tak miminka). Samozřejmě je zapojení i tatínka.

První návštěva miminka

Zazvoníte na zvonek u dveří k JIP / IMP - sestřička Vás vyzvedne, vše Vám vysvětlí a ukáže. Hned u dveří si dezinfikujte ruce.

Při příchodu na box, kde leží Vaše dítětko si u umyvadla umyjte ruce mýdlem, usušte ruce papírovým ručníkem a následně opět dezinfikujte.

Nyní se už ničeho nedotýkáte a sestřička Vás zavede k Vašemu dítětku.

Ukáže Vám, jak se otevírá inkubátor, a Vy si můžete užít první doteky a chvíle s miminkem. Sestřička Vám zodpoví všechny Vaše dotazy.

Doporučujeme, aby maminka nosila na hrudi šátek, ten pak vložíme k miminku do inkubátoru a dítětko maminku pořád cítí. Můžete taky přinést hračku do inkubátoru.

Péče na JIP a IMP

Milá maminko,

o Vaše dítětko můžete pečovat, i když ještě potřebuje odpočívat v inkubátoru.

Sestřičky a lékaři pečující o Vaše miminko Vám vše vysvětlí.

Je naprosto normální, že máte obavy a že si všechny informace nezapamatujete, proto se nemusíte ostýchat zeptat se na cokoliv znovu, sestřičky i lékaři Vám rádi vše zopakují, či vysvětlí.

Zde máte stručný přehled toho, co Vás čeká.

JIP - jednotka intenzivní péče

Zde leží všechny nezralé děti, děti s výraznou poruchou poptoční adaptace a rizikem nedostatečného oxygicení životně důležitých orgánů.

IMP - jednotka intermedialní péče

Zde jsou děti lehce nezralé bez výrazné poruchy poptoční adaptace, přeložené z JIP po stabilizaci jejich stavu, či přeložené z novorozeneckého oddělení po zhoření jejich stavu.

KLOKÁNKOVÁNÍ - metoda, při které tráví miminko co nejvíce času na hrudníku maminky, tatínka, ... Pokud možno v přímém kontaktu kůže na kůži.

INICIALNÍ DOTEK - dáváme miminku nejavo svou přítomnost, provádí se na nožku či ruku - zde cítí v obložce intenzivní tok na obložní stěnu. Takto se dítětko může dožít při příchodu a odchodu celou plochou dlaně s milným tlakem.



PŘÍLOHA III: SCHÉMA ROZHOVORU

Tímto souhlasím s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následné využití pro účely bakalářské práce „Adaptace předčasně narozených dětí do pozdějšího života“. Byl/a jsem obeznámena s anonymitou, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje.

1. V jakém týdnu těhotenství se narodilo Vaše dítě?
2. Kolik Vám bylo let v době porodu?
3. Má Vaše dítě sourozence?
 - a. Narodili se v termínu?
4. Jaký byl důvod předčasného porodu?
5. Měla jste v těhotenství nějaké komplikace?
6. Porodila jste spontánně nebo císařským řezem?
 - a. Jak probíhala hospitalizace, porod?
7. Jaká byly míry Vašeho dítěte? Pohlaví dítěte?
8. Mělo Vaše dítě po porodu nějaké komplikace?
9. Na jakém oddělení leželo Vaše dítě? (Jednotka intenzivní péče (JIP), jednotka intermediální péče (IMP), na novorozeneckém oddělení)
 - a. Bylo Vám umožněno vaše dítě navštěvovat na JIP nebo IMP?
 - b. Byla jste zahrnuta do péče o své dítě na JIP nebo IMP?
 - c. Jak tato péče probíhala?
 - d. Byly umožněny návštěvy dítěte i Vaší rodině na JIP nebo IMP?
10. Jak dlouho bylo Vaše dítě v nemocnici?
11. Jak reagovalo na tuto situaci Vaše okolí? – Rodina, přátelé Navštěvovali jste po návratu domů nějaké odborníky? - Lékaři, Fyzioterapeuti, ...
 - a. Jak dlouho?
12. Má nebo mělo Vaše dítě nějaké zdravotní komplikace související s předčasným porodem?
 - a. Jaké?
 - b. Jak probíhala léčba?
 - c. Trvají tyto komplikace? Omezuje ho to?
13. Bylo Vaše dítě kojené?
 - a. Jak dlouho?
14. Kdy začalo Vaše dítě pást koníčky, sedět, ložit, mluvit, chodit, ...?
15. Jak se Vaše dítě v pozdějších letech chovalo mezi lidmi? (Nemělo problém, bylo stydlivé, zakřiknuté a podobně...)
16. Jaký byl pro Vaše dítě styk s vrstevníky?
 - a. Jaké pro ně bylo seznamování?
 - b. Jakou roli hráli v kolektivu? (byl vůdčí typ, vyčleňovali ho a podobně)
 - c. Jak se chovali v kolektivu?
17. Jak je nyní staré Vaše dítě?
18. Jak se Vašemu dítěti daří?