

Informovanost matek o péči o novorozence na JIRP a IMP

Martina Brožovičová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Brožovičová**
Osobní číslo: **H14091**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Informovanost matek o péči o novorozence na JIRP a IMP**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury týkající se tématu bakalářské práce.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti péče o novorozence na odděleních JIRP a IMP.
Stanovení a formulace cíle práce.
Realizace průzkumu na oddělení novorozenecké JIRP a IMP Krajské nemocnice Tomáše Bati, a.s.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BOREK, Ivo. Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče. Vyd. 2. dopl. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-338-4.

DOKOUPILOVÁ, Milena, FIŠÁRKOVÁ, Barbora a NOVOTNÁ, Lenka. Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3.

DORT, Jiří. Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0790-5.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a BOREK, Ivo. Intenzivní péče o novorozence. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-447-4.

FOX, Grenville, HOQUE, Nicholas a Timothy WATTS. Oxford handbook of neonatology. New York: Oxford University Press, 2010. ISBN 0199228841.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martina Králíková
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


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




Mgr. Zlatica Dorková, 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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit 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 22.11.2023

Jiří Štěpánek

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 Zveřejnění obhajobných prací

²⁾ Písemná díla využitelná zejména v oblasti vědy, umění, literatury, bakalářské a výzkumné práce, a jejich použití obhajoby, včetně poskytnutí opovědi a výsledků obhajoby prostřednictvím dostupných školních prací, které jsou opovědi. Způsob využití práce včetně přístupu včetně díla.

ABSTRAKT

Teoretická část bakalářské práce osvětluje problematiku péče o předčasně narozené děti, popisuje fyziologického novorozence a nezralé novorozence. Problematika předčasně narozených novorozenců, základní projevy nezralosti novorozenců, možné problémy předčasně narozených dětí. Dále popisuje chod novorozeneckých oddělení JIRP a IMP, možnosti zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu v péči o předčasně narozené novorozence.

V praktické části se zabývá výzkumem pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky byly určeny pro matky předčasně narozených dětí které prošly oddělením JIRP a IMP v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a. s. Dotazníky byly sestaveny, aby bylo zjištěno, jak moc jsou matky informovány o péči předčasně narozených dětí, dále aby bylo zjištěno, zda jsou informace rodičům podávány ve správný čas a v dostatečném množství. Zjištění rozdílu informovanosti na JIRP a IMP.

Klíčová slova: fyziologický novorozenec, oddělení JIRP a IMP, informovanost matek, předčasně narozené dítě

ABSTRACT

The theoretical part of the bachelor thesis illuminates the issue of care for preterm infants, describes the physiological newborn and the immature newborn. Problems of premature newborns, basic manifestations of neonatal infarction, possible problems of preterm births. It also describes the operation of the neonatal departments of JIRP and IMP, the possibilities of involving parents in the nursing process in the care of preterm newborn.

The practical part deals with research using a questionnaire survey. Questionnaires were designed for mothers of preterm infants who underwent JIRP and IMP departments at the Tomas Bata Regional Hospital, as Questionnaires were prepared to determine how much mothers were informed about the care of premature babies and to find out whether the information To parents at the right time and in sufficient quantity. Determining the difference in the information on JIRP and IMP.

Keywords: physiological newborn, department JIRP a IMP, awareness of mothers, premature baby

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Martině Králíkové za její odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi poskytla. Dále bych ráda poděkovala své rodině za podporu a důvěru.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ	12
1.1 FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEC	12
1.2 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC	13
1.2.1 Poruchy poporodní adaptace	13
1.2.3 Ošetřování nezralého novorozence	14
1.2.4 Poporodní péče	14
1.2.5 Ošetrovatelské cíle péče o nezralé a nedonošené novorozence	15
1.2.6 Výživa nedonošených dětí.....	15
1.3 HYPOTROFICKÝ NOVOROZENEC	16
1.3.1 Příčiny vedoucí k hypotrofii.....	17
1.3.1.1 Snížený růstový potenciál dítěte	17
1.3.1.2 Oslabené zdroje pro růst	17
1.3.2 Ošetření a následná péče	17
1.3.3 Možné problémy související s hypotrofií.....	18
1.4 RIZIKOVÝ NOVOROZENEC	18
1.5 PATOLOGICKÝ NOVOROZENEC	18
2 VÝŽIVA	19
2.1 MATEŘSKÉ MLÉKO	19
2.2 VÝŽIVA NEDONOŠENÝCH DĚTÍ	20
2.3 ZPŮSOBY KRMENÍ.....	20
2.3.1 Krmení sondou	20
2.3.2 Krmení stříkačkou	20
2.3.3 Kojení.....	21
2.3.3.1 Polohy při kojení.....	21
2.3.3.2 Poloha vleže	21
2.3.3.3 Poloha vsedě	21
2.3.3.4 Fotbalové, boční či zadní držení	21
2.3.3.5 Poloha tanečníka	22
2.3.3.6 Kojení dvojčat.....	22
2.3.3.7 Kojení trojčat	22
3 SPECIFIKA PÉČE O NEZRALÉHO NOVOROZENCE	23
3.1 INKUBÁTOR	23
3.2 SLEDOVÁNÍ VITÁLNÍCH FUNKCÍ.....	23
3.3 KANYLACE PUPEČNÍKOVÉ CÉVY	23
3.4 PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ	24
3.5 PÉČE O KŮŽI A SLIZNICE	24
3.5.1 Kůže	24
3.5.2 Sliznice.....	25
3.6 KLIDOVÝ REŽIM DÍTĚTE	25
4 MATKA (RODIČE) PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ	26

4.1	PSYCHICKÝ STAV MATKY (RODIČŮ) PO PŘEDČASNÉM PORODU.....	26
4.2	SPECIFICKÉ PROBLÉMY RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO DÍTĚTE	27
4.3	PODPORA RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO DÍTĚTE	27
4.4	METODY A TECHNIKY PODPORUJÍCÍ ROZVOJ VZTAHU MEZI MATKOU A DÍTĚTEM	29
4.4.1	Klokánkování (Kangaroo Care)	29
4.4.2	Motýlí masáže	30
4.4.3	Konejšivý dotek (Containment holding).....	30
4.4.4	Metoda pevného objetí	30
4.4.5	Bazální stimulace	30
4.4.6	Pelíškování	30
5	PÉČE O NOVOROZENCE	32
5.1	JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE - JIP	32
5.2	INTERMEDIÁLNÍ PÉČE	33
5.3	ROOMING-IN.....	33
II	PRAKTICKÁ ČÁST	34
6	CÍLE PRÁCE	35
6.1	CÍLE PRÁCE	35
7	SHRnutí INFORMOVANOSTI NA JIRP	36
7.1	DATA VÝZKUMNÉHO VZORKU JIRP	36
7.2	ZHODNOCENÍ ODPOVĚDÍ ŽEN ODDĚLENÍ JIRP	46
8	SHRnutí INFORMOVANOSTI NA IMP	48
8.1	DATA VÝZKUMNÉHO VZORKU IMP	48
8.2	ZHODNOCENÍ ODPOVĚDÍ ŽEN NA IMP	57
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	60
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	63
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

V dnešní době se předčasně narozené děti rodí čím dál častěji. V dnešní době dělíme péči o novorozence na tři typy. Prvním je JIP- jednotka intenzivní péče, dalším je IMP- intermediaální péče a posledním a nejčastějším typem je oddělení roaming- in – fyziologičtí novorozenci.

Práci jsem si vybrala, protože mě problematika neonatologie zajímá a chtěla jsem proniknout do větší hloubky problematiky. Také si myslím, že když si moji práci přečte jenom pár lidí alespoň trošku to zvýší povědomí o problematice předčasně narozených dětí. Ženy, které zahrnu do výzkumu, budou mít též větší povědomí o této problematice, protože si snad budou chtít přečíst více literatury k tématu.

V dnešní době je velké množství předčasných porodů a právě díky perinatologickým centřům v České republice mnoho dětí dostává šanci na život. Velké procento dětí, které projde oddělením JIP nebo IMP žijí svůj život bez postižení.

Teoretická část se zaměřuje na klasifikaci novorozenců, výživy předčasně narozených dětí. Dále popisuje specifiku péče o děti na specializovaných odděleních, péče o děti v inkubátorech, žilní vstupy a celkovou péči o ně. Dále se práce zabývá psychickým stavem rodičů předčasně narozených dětí, jak zvládají situaci, jak lze rodiče podpořit. Důležitým faktorem je prohloubení a ukotvení vztahu dítěte a rodičů, právě kvůli tomuto existují v dnešní době metody, které tomu velmi jednoduše dopomáhají, týká se to možnosti klokanování, motýlí masáže, metoda pevného objetí, bazální stimulace nebo pelíškování. V KNTB ve Zlíně jsou všechny tyto metody prakticky na denním pořádku.

V praktické části se zabývám pocity matek předčasně narozených dětí a jejich informovanost na odděleních JIP a IMP, za každým oddělením je celkové zhodnocení.

Věřím, že závěr ke kterému jsem došla, může pomoci lepšímu průběhu péče matek o jejich děti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ

Každý novorozenec je charakterizován dle gestačního věku, porodní hmotnosti a podle vztahu gestačního věku a porodní hmotnosti.

Dle gestačního věku dělíme novorozence na nedonošené, donošené a přenášené. Nedonošený novorozenec je novorozenec s gestačním věkem do 36+6. Donošený novorozenec je novorozenec s gestačním věkem od 37+0 do 41+6. Přenášený novorozenec je novorozenec s gestačním věkem od 42+0 a více (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 15).

Dle porodní hmotnosti dělíme novorozence na makrozomní, s normální hmotností, s nízkou porodní hmotností, s velmi nízkou porodní hmotností a s extrémně nízkou porodní hmotností (Fox, Hoque, Watts, 2010, s.33).

Porodní hmotnost makrozomního novorozence je 4500 g a vyšší. Porodní hmotnost novorozence s normální porodní hmotností je 2500 g – 4499 g. Porodní hmotnost novorozence s nízkou porodní hmotností je méně než 2500 g. Porodní hmotnost novorozence s velmi nízkou porodní hmotností je méně než 1500 g. Porodní hmotnost novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností je méně než 1000 g. (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 15)

Dle porodní hmotnosti ke gestačnímu věku rozeznáváme novorozence na eutrofické, hypertrofické a hypotrofické.

Eutrofický novorozenec má porodní hmotnost mezi 5. – 95. percentilem gestačního věku. Hypertrofický novorozenec má porodní hmotnost nad 95 percentil gestačního věku. Hypotrofický novorozenec má porodní hmotnost pod 5 percentil gestačního věku. (Hájek a kol., 2014, s. 215).

1.1 Fyziologický novorozenec

Fyziologickým novorozencem rozumíme novorozence, který se narodí v termínu (38. – 42. týden gestace), hmotnost je mezi 2 500 – 4 500 g, v průměru 3 500g, délka je 48 – 55 cm v průměru 50 cm (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 28).

Donošený fyziologický novorozenec má dobře vyvinutý tukový polštář, kůže je růžová a je kryta mázkem (vernix caseosa) což je bílý sekret mazových žláz z tuku, mastných kyselin a oloupaných buněk epidermis. Na nose jsou patrné žlutobělavé tečky (milia) na kořeni

nosu, víčkách a v záhlaví jsou teleangiektázie. Na zádech může být jemné plodové chmýří (lanuga), které je typické pro nedonošeného novorozence. Vlasy jsou jemné a nehty přesahují konce špiček prstů, dobře vyvinuté prsní areoly, rýhování plosek nohou je patrné po celé jejich ploše. Ušní boltce mají velmi dobře vyvinutou chrupavku. Genitál je zralý – u chlapců jsou sestouplá varlata, u dívek labia majora kryjí labia minora (Hájek a kol., 2014, s. 215).

1.2 Nedonošený novorozenec

Nedonošeným novorozencem rozumíme novorozence, který je porozen před dosažením hranice donošenosti která je 37+0. Nedonošený novorozenec je nezralý a proto pojem nezralost a nedonošenost vyjadřuje prakticky totéž a možno je zaměňovat. Pouze ve výjimečných situacích může být novorozenec méně vyzrálý než nedonošený (např. diabetická fetopatie) nebo naopak více vyzrálý než nedonošený (např. chronický intrauterinní stres) (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s.40).

Kůže nedonošeného novorozence je jasně červená, tenká, pokrytá jemným chmýřím (tzv. lanugem), chybí mázek, typické jsou edémy, redukce podkožního tuku, chrupavky ušních boltců jsou velmi měkké, prsní areoly jsou malé, břišní stěna je chabá s diastázou břišních svalů, genitál je nezralý – u chlapců nesestouplá varlata a u dívek labia majora nepřekrývají labia minora. Rýhování plosek nohou chybí nebo je jen částečné a lebeční kosti jsou pružné a málo osifikované (Hájek a kol., 2014, s. 215).

1.2.1 Poruchy poporodní adaptace

Respirační tíseň- vzniká na základě nezralé plicní tkáně a chybění surfaktantu. Tento stav může vést v nízkému okysličování tkání a tím k poškození mozku. Hypokalcémie a hypoglykémie- nedonošení a nezralí novorozenci mají malé zásoby kalcia a glukózy, které jsou přenášeny placentou nejvíce ve třetím trimestru, proto mohou být v hypokalcémii a hypoglykémii. Opět hrozí poškození mozku. Hypotermie- pro nedostatečnou termogenezi, termoregulaci a téměř nebo plně chybějící ochrannou vrstvou podkožního tuku, který slouží jako tepelná izolace novorozence. Problémy s hydratací a výživou- pro slabé sání nebo špatnou koordinaci polykání a sání, sníženou motilitu střev a nízkou produkci trávicích šťáv. Svěrače na obou koncích žaludku jsou nezralé, tudíž neumí zabránit regurgitaci a zvracení dítěte, zvláště při překrmení. Hypotenze- může se objevit po velké krevní ztrátě při porodu nebo při infekci, ale častěji

při nezralosti adrenální hormonální odpovědi na stresovou situaci, které je nezralý a nedonošený novorozenec vystaven, tj. poruchou kapilárního průsvitu. Anémie- z důvodu rychlého rozpadu erytrocytů v kombinaci se sníženou krvetvorbou. Hyperbilirubinémie- zvýšený rozpad červených krvinek a nezralost jaterních funkcí. Apnoické pauzy provázené cyanózou a bradykardií- pro nezralost nervového systému. Seps- generalizovaná infekce celého krevního systému- pro neschopnost nezralého organismu produkovat dostatečné množství protilátek, nedostatečné zásoby živin, železa, vitamínů, železa a nedostatek protilátek od matky. Nebezpečí seps u předčasně narozeného dítěte stoupá, pokud má matka infekci nebo jsou během porodu komplikace. Zvýšená náchylnost ke krvácení- pro nedostatek vitamínu K a protrombinu, který se tvoří v tlustém střevě a má vliv na dozrávání koagulačních faktorů v játrech. Netolerance aktivity a zvýšená únava dítěte pro selhávání jeho vitálních funkcí. Vysoké riziko poškození kůže- pro její křehkost a nezralost (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 29-30).

1. 2. 3 Ošetřování nezralého novorozence

Porod nezralého novorozence by měl být odveden na pracovišti, kde se nachází jednotka novorozenecké intenzivní péče (JIP). Porod dětí s porodní hmotností méně než 1500 g by měl být veden výhradně v perinatologickém centru. Úkolem všech porodnických pracovišť je dodržovat určitý systém diferencované péče a provádět důsledně transport „in utero“ v indikovaných případech. Na začátku předčasného porodu se zahajuje tokolýza, aby se získal čas na provedení maturace plic vodou podáním kortikoidů matce, antibiotická léčba matky je ordinována v případě zjištění infekce, která je ohrožujícím faktorem plodu intrauterinně a za porodu. Nutné je šetrné vedení porodu, při spontánním porodu se doporučuje medikamentózně tlumit nadměrnou intenzitu kontrakcí (Dort, Dortová a Jehlička, 2013, s. 40).

1. 2. 4 Poporodní péče

Pečujeme o udržení tělesné teploty- prevence tepelných ztrát, zajištění termoneutrálního prostředí v inkubátoru nebo vyhřívaném lůžku. Monitorování poporodní adaptace a dalšího vývoje s cílem odhalit první projevy onemocnění a možnost na ně zareagovat. Důležité je šetrné ošetřování, zacházení, polohování (soft care) a další. Přísně dávkovaná oxygenote-

rapie (pozor na toxicitu kyslíku!) a adekvátní ventilační podporu v případě rozvíjejícího se nebo rozvinutého syndromu dechové tísně, aplikace exogenního surfaktantu. Poporodní péče se dále zabývá podporou krevního systému, parenterální výživu a postupné zavádění enterální výživy dle stavu dítěte a tolerance stravy (Dort, Dortová a Jehlička, 2013, s. 40-41).

1. 2. 5 Ošetrovatelské cíle péče o nezralé a nedonošené novorozence

- Podpora dýchání
- Udržení tělesného tepla
- Šetření energie novorozence
- Prevence infekce
- Vhodný hydratace a výživa novorozence
- Správná péče o kůži novorozence
- Pečlivé sledování novorozence a vedení dokumentace
- Podpora rodičů (Fendrychová, Borek, 2007, s. 30).

1. 2. 6 Výživa nedonošených dětí

V prvních dnech života se podává výhradně parenterální výživa, tj. infuze do žíly. Příčinou je špatná intolerance perorální stravy. Čím je dítě nezralejší, tím déle trvá parenterální výživa.

Základem je 10% glukóza, od druhého dne se přidávají aminokyseliny, někdy i tuky. Dále jsou do infuzí přidávány ionty (roztoky NaCl, KCl, magnesium, sulphuricum, kalcium gluconicum, kalium dihydrogenphosporicum, dále vitamíny rozpustné ve vodě (A, D, E, K) a stopové prvky.

Malé dávky stravy podávané v prvních dnech života mají význam pro stimulaci zažívacího ústrojí. Při špatné toleranci stravy pomáháme dětem podáváním léků jako jsou Degan, Cerukal, Paspertin.

Perorální stravu podáváme sondou přímo do žaludku. Jakmile se objeví sací reflex, dítě je bez dechových potíží a lze předpokládat dobrou souhru mezi sáním, dýcháním a polykáním zkoušíme krmení ze stříkačky a později z lahve. Z počátku krmíme několikrát denně a postupně přidáváme na četnosti (Borek a kol., 2001, s. 49).

1.3 Hypotrofický novorozenec

Hypotrofický novorozenec, je novorozenec, jehož porodní hmotnost a obvykle i další parametry růstu (obvod hlavy a délka), jsou pod dolní hranicí normálních hodnot růstu pro daný týden gestace, ve kterém nastal porod. Spodní hranicí normálního růstu je pátý percentil. Fetální růstovou retardaci můžeme rozdělit na symetrickou, která je charakterizována sníženým růstovým potenciálem již v první polovině těhotenství. Je to dáno genetickými abnormitami, vlivem toxických látek, infekcemi, ale též etnickou příslušností. Dále fetální růstovou retardaci dělíme na asymetrickou, která vzniká omezením transplacentárního transportu kyslíku a živin ve druhé polovině těhotenství. Příčinami může být špatný zdravotní stav těhotné ženy, zmenšení aktivní plochy placenty a redukce krevního zásobení dělohy (Fendrychová, Borek, 2007, s. 31).

V anglosaské literatuře je pro ně využívána zkratka SAG (small-for-gestational age infant). Je to skupina dětí, které se projevují typickými znaky, jako jsou:

- chudé podkoží,
- větší hlavička s malou obličejovou částí,
- svraštělý výraz v obličejí,
- krátký obvod stehna,
- užší hrudník,
- rozšířené sutury na hlavě,
- kratší noha (Borek a kol., 2001, s. 39).

Problematické jsou děti s klinickými komplikacemi a symptomy, mezi ně patří:

- hypoglykémie,
- respirační distress,
- hypotermie,
- infekce,
- iontová dysbalance (Borek a kol., 2001, s. 39).

1.3.1 Příčiny vedoucí k hypotrofii

Příčiny vedoucí k hypotrofii jsou různorodé a mnohočetné. Dělí se do dvou skupin.

1.3.1.1 *Snížený růstový potenciál dítěte*

Patří sem příčiny ovlivňující růst hlavně v I. trimestru těhotenství, kde dochází k proliferaci a diferenciaci buněk a jejich růstu. Jsou to vrozené dispozice dané etnickými a rasovými rozdíly. Z patologických příčin sem řadíme: chromozomální syndromy, vrozené poruchy metabolismu, geneticky determinované trpaslictví, hormonální poruchy, infekce v ranném těhotenství aj. (Borek a kol., 2001, s. 40).

1.3.1.2 *Oslabené zdroje pro růst*

Patří sem příčiny, které ovlivňují 2. polovinu těhotenství a tedy ukládání tukových zásob a dotváření jednotlivých orgánů.

Mezi mateřské faktory patří: nižší postava, nízký nebo vysoký věk, nízká váha matky před početím, špatné socioekonomické podmínky, malnutrice, chronická intoxikace léky, drogami, olovem, kadmíem, interní onemocnění srdce, cév, ledvin, pozdní gestózy, infekční onemocnění matky, kouření.

Mezi placentární příčiny patří: infarkt, hemangiomy, aberantní inzerce pupečníku, 1 arterie pupečníku, avaskulární nebo odloučené lůžko, trombózy, fibrinóza.

Předpokladem je, že matka, která měla hypotrofické dítě, může mít při dalším těhotenství hypotrofické dítě. Stejný předpoklad platí u matky, která se sama narodila jako hypotrofická (Borek a kol., 2001, s. 40).

1.3.2 Ošetření a následná péče

Parenterální přívod živin a minerálů, termoneutrální prostředí, časná enterální výživa a korekce odchylek vnitřního prostředí.

Dlouhodobá vývojová prognóza může být zatížena poškozením mozku chronickou hypoxií. Po propustění do domácí péče z nemocnice je proto nutné dlouhodobé sledování vývoje a růstu dítěte. Někteří hypotrofičtí novorozenci po narození rychleji rostou a dohánějí růstový deficit (nazýván catch-up růst), určité procento dětí si však zachová zpomalený růst. Zda přetrvává odchylka růstu pod 3. percentilem růstového grafu ve stáří 2 let, tudíž je indikováno endokrinologické vyšetření a eventuelně podávání růstového hormonu

(somatotropinu). Při opoždění psychomotorického vývoje je nutná příslušná forma vývojové intervence (Dort, Dortová a Jehlička, 2007, s. 41- 42).

1.3.3 Možné problémy související s hypotrofií

- Hypoglykémie- důvodem je nedostatečné energetické zásobení
- Dechová tíseň- z důvodu aspirace plodové vody
- Vrozené vývojové vady, malformace a infekce (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 31).

1.4 Rizikový novorozenec

Rizikový novorozenec je novorozenec, který se rodí matce z rizikového těhotenství nebo se v průběhu porodu nebo těsně před porodem dostane do rizikové situace, tj. rizikový porod, poporodní hypoxie, atd. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 32).

1.5 Patologický novorozenec

Patologický novorozenec je novorozenec, který má méně než 1 500 gramů a každý který je ohrožen na zdraví nebo na životě. Nejčastější příčinou je vrozená vývojová vada, hypoxie nebo infekce (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 33).

2 VÝŽIVA

Nenahraditelnou a přirozenou výživou pro novorozence je mateřské mléko. Více než 95% matek je schopno dítě kojit, mělo by být kojeno výlučně do 6 měsíců života. Většina žen se rozhoduje o způsobu výživy svého dítěte už v době těhotenství. Je třeba, aby rozhodnutí matky bylo informované, tj. aby si byla matka jista rizik umělé výživy a výhod mateřského mléka (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 220).

Správná výživa dítěte je jednou z hlavních podmínek zdravého vývoje organismu. Musí zajistit všechny základní složky potravy a energetickou potřebu, nesmí však trávicí trakt dítěte přetěžovat. Nesmí obsahovat žádné škodlivé látky a patogenní mikroorganismy (Fendrychová a kol., 2009, s. 74).

2.1 Mateřské mléko

Mateřské mléko je jedinečnou biologickou tekutinou, která svým složením odpovídá fyziologickým potřebám novorozence a kojence. Díky složení a biologickým vlastnostem je pro novorozence a kojence nenahraditelné. Jednotlivé složky mateřského mléka se podílejí na vývoji a růstu dítěte a hrají významnou roli v regulaci postnatálního zrání a vývoje tkání a orgánových systémů (Mitrová, Bronský, 2014, s. 40).

Mateřské mléko je sterilní, má vždy optimální teplotu, je k dispozici v jakýkoliv okamžik, bez přípravy a je ekonomicky nenáročné. Má velký význam při ochraně proti infekcím. Mateřské mléko obsahuje řadu látek s baktericidním, bakteriostatickým a protizánětlivým účinkem, např. leukocyty, lysozym a laktoferin. Dále se podílí na produkci imunoglobulinu IgA, který chrání novorozence před infekcemi. Snižuje hlavně počet infekcí trávicího traktu, zánětů středního ucha a dýchacích cest. Živiny, jako např. zinek, který pomáhá při vývoji imunitních reakcí (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 137).

Pokud dítě dostává pouze mateřské mléko, je více chráněno před respiračními a kožními alergiemi a před potravinovými alergiemi. Velký význam má i při prevenci anémie. Mateřské mléko obsahuje méně bílkovin ve srovnání s kravským mlékem, což je výhodné pro ledviny. Do určité míry brání mateřské mléko rozvoji obezity, protože kojené dítě si určuje dávku mléka samo a tím se vylučuje překrmění. Tento fakt též přispívá k prevenci aterosklerózy. U kojených dětí je méně častý výskyt syndromu náhlého úmrtí dítěte (Fendrychová a kol., 2009, s. 74-75).

2.2 Výživa nedonošených dětí

V prvních dnech života je výživa převážně parenterální, tj. žilní infuze, protože nedonošené děti špatně tolerují perorální výživu. Čím dříve je dítě narozené, tím déle je závislé na parenterální výživě. Parenterální výživa se skládá z roztoku kalcia a glukózy, od druhého dne se přidávají další vitamíny, minerály, tuky a bílkoviny. S enterální výživou se začíná s OMM- odstříkaným mateřským mlékem a to zejména pro stimulaci zažívacího ústrojí. Perorální strava OMM se podává nazogastrickou sondou postupnými dávkami do žaludku. Počet dávek a množství stravy se určuje dle tolerance dítěte. Pokud dítě toleruje stravu, dávky se podávají po třech hodinách. Preferuje se mateřské mléko od matky. Pokud je matka v pořádku, již 8 hodin po porodu může stimulovat bradavky a začít s odstříkáváním. Čerstvou dávkou mleziva potom maminka nosí na oddělení JIP svému miminku (Borek, 2011).

2.3 Způsoby krmení

Existuje mnoho způsobů krmení dítěte. Začínáme s nimi co nejdříve po porodu.

2.3.1 Krmení sondou

Sonda je zavedena pusinkou nebo nosánkem přímo do žaludku. Předchází se tak problému koordinace sání, dýchání a polykání. Na hadičku je každé tři hodiny připojena stříkačka s mlékem, pomocí níž se dítěti podává potřebná dávka mateřského mléka. Mléko se do sondy může vstříkovat, častější je však vytažení pístu stříkačky, kdy se stříkačka zavěsí nad miminko. Mléko miminku samospádem steče do žaludku (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, s. 78).

2.3.2 Krmení stříkačkou

Krmení stříkačkou je přechodným krokem mezi sondováním a kojením miminka. Tento způsob zvládají jen stabilní miminka, bez dechových potíží, většinou to bývají děti, které dosáhly 30. týdne od početí. Výhodou je, že trávící pochod může začít už v ústech, a ne až v žaludku. Mléko se velmi pomalu vstříkuje miminku do úst, aby jej stíhalo polykat. Je zde možnost použít i jiné přechodné způsoby krmení lžičkou nebo sondou přilepenou na prstu. Pro každé miminko musíme najít způsob, který bude nejlépe vyhovovat stáří a zdravotním stavu.

Krmení stříkačkou provádíme zasunutím prstu do pusinky dítěte a stimulovat sací reflex. Miminko držíme ve svislé poloze proti sobě, ukazovák nebo malíček mu vsuneme do úst po polovinu druhého článku prstu nehtovou stranou k jazyku. Při podráždění sacího reflexu začne dítě pohybovat jazykem. K prstu přiložíme konus stříkačky a pomalu vstříkujeme mléko do úst dítěte (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, s. 79).

2.3.3 Kojení

Kojení je nenahraditelný způsob, jak poskytovat miminku potravu, která je ideální pro vývoj a růst. Taktéž má důležitý vliv na somatické a psychické zdraví dítěte a matky (Roztočil, 2008, s. 134).

2.3.3.1 Polohy při kojení

Matka si může vybrat polohu ke kojení, která musí být především pohodlná jí i miminku. Při kojení by si matka měla zajistit maximální klid a řídit se radou, že dítě se přikládá k prsu nikoliv prs k dítěti. Ucho, rameno a kyčel dítěte musí vždy tvořit jednu linii. Nejčastější poloha ke kojení po porodu je poloha vleže na boku a to tak, že dítě leží vedle matky a jeho břicho směřuje k břichu matky (Paulová, 2000, s. 17-18).

2.3.3.2 Poloha vleže

Tuto polohu matky většinou považují za nejpohodlnější. Matka leží s lehce pokrčenými koleny na boku, kdy zezadu je dobře podepřena. Hlavu má žena dostatečně podloženou např. polštáři a dítě si položí obličejem směrem k sobě (Weigert, 2006, s. 41).

2.3.3.3 Poloha vsedě

Hlava miminka leží v ohbí paže matky, matka druhou rukou přidržuje dítěti prs (Roztočil a kol, 2008, s. 136).

2.3.3.4 Fotbalové, boční či zadní držení

Boční polohu využívají hlavně ženy po císařském řezu, plochými bradavkami nebo ženy s velkými prsy. U této polohy má matka po straně svého těla umístěny polštáře, aby dítě leželo ve výši prsu. Tělo dítěte je pod matčinou paží z boku podél matčina těla. Matka předloktím podpírá dítěti záda a svými prsty zároveň drží hlavičku dítěte. Druhou rukou může občas podpírat prs. Nožky dítěte směřují dozadu a jeho břicho je přitisknuté k matčinu boku (Schneidrová, 2006, s. 18).

2.3.3.5 Poloha tanečnicka

Miminko leží na předloktí matky, které je podepřeno polštářem, ruka přidržuje prs na téže straně. Matka může měnit při kojení prs, aniž by musela měnit držení dítěte. Toto je jedna z nejvhodnějších poloh kojení předčasně narozených dětí (Roztočil a kol, 2008, s. 136).

2.3.3.6 Kojení dvojčat

Ideální je kojit obě děti současně, každé z jednoho prsu a to z důvodu, že dochází k lepší sekreci prolaktinu a tvorby mateřského mléka pro další kojení (Zamarská, 2006, s. 52).

2.3.3.7 Kojení trojčat

Dvě miminka jsou kojeny v boční fotbalové poloze. Třetí miminko leží v matčině klíně a později je kojeno samostatně. Při kojení lze využít i jiných poloh (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, s. 82).

3 SPECIFIKA PÉČE O NEZRALÉHO NOVOROZENCE

3.1 Inkubátor

Po prvním ošetření uložíme dítě do předem vyhřátého a zvlhčeného inkubátoru. Inkubátor zajišťuje termoneutralitu cirkulací zvlhčeného a zahřátého vzduchu v uzavřeném prostředí. Cílem je omezit tepelné ztráty novorozence a redukovat metabolickou produkci tepla na minimum. Inkubátor neohřívá přímo dítě, ale vzduch, ve kterém dítě spí. Teplota v inkubátoru je udržována termostatem a nastavuje se dle teploty, kterou má dítě. Teplota se liší dle stavu a porodní hmotnosti dítěte a pohybuje se od 32 °C do 37,3 °C. Děti s nižší porodní hmotností vyžadují vyšší teplotu na delší dobu. Vlhkost vzduchu v inkubátoru je 60 – 80 % pro nedonošené a pro donošené novorozence 40 – 60 %. S postupným dozráváním novorozence je vlhkost vzduchu snižována. Kyslík, přiváděný do inkubátoru musí být ohřátý a zvlhčený. Nevýhodou inkubátoru je obtížný přístup k dítěti při nutnosti některých výkonů zdravotnického personálu a přístupu rodičů. Při otevření předního panelu je z inkubátoru vyvětrán kyslík a tím se sníží vnitřní teplota i vlhkost (Borek, 2001, str. 264 - 265; Hanuščáková, 2008, str. 52 – 53; Fendrychová, 2007, str. 99 - 101).

3.2 Sledování vitálních funkcí

Dítě uložíme do polohy na zádech s mírným vypodložením ramen. Sledují se vitální funkce, tj. dýchání, srdeční akce, saturace hemoglobinu kyslíkem, barva kůže a sliznic, tělesná teplota, fyziologické i patologické projevy, tj. křeče nebo třesy. Pokud má dítě dechové potíže zahájíme dechovou podporu systémem nCPAP. Pokud nedochází ke zlepšení stavu, zahájíme UPV- umělou plicní ventilaci. Častým problémem nedonošených dětí je syndrom dechové nedostatečnosti neboli RDS, což je akutní plicní onemocnění, způsobené nezralostí plicní tkáně. Po posouzení RTG snímku plic a aktuálního stavu dítěte, můžeme podat dávku surfaktantu. Po aplikaci neodsáváme dýchací cesty nejméně 6 hodin. Čištění dýchacích cest se dále provádí dle potřeby každé 3 hodiny (Bařová, 2007, str. 54 - 55).

3.3 Kanylace pupečnickové cévy

Kanylace pupečnickových cév se provádí u stabilizovaných dětí s hmotností nižší než 1500 g. Na zavedené arteriální kanyle se provádí invazivní měření tlaku. Usnadněny jsou také odběry krve, kdy nejsou potřebné opakované vpichy do dítěte. Indikací kanylace pupečnickové cévy je podání infuzních roztoků, léků, nebo transfúze. U dětí s porodní hmotností

nad 1500 g zajišťujeme periferní žílu pro podání parenterální výživy, léků atd. (Fendrychová, 2012, str. 406).

3.4 Péče o vyprazdňování

U nezralých novorozenců je nutné měřit přesnou bilanci tekutin k zajištění vodní bilance. Používají se jednorázové plenky, které se váží před a po vyprázdnění novorozence. Většina novorozenců se do 24 hodin po porodu vymočí, nejpozději však do 48 hodin. Některé závažné stavy se projeví sníženou tvorbou moči, nebo tím, že novorozenec přestane močit úplně. První moč bývá světlá, vodová, bez zápachu, při výskytu novorozenecké žloutenky bývá moč tmavší. Moč barvící plenu cihlově, je projevem zvýšeného vylučování urátů a je to fyziologický jev (Borek, 2001, str. 259 – 260).

Mekonium, smolka = první stolice je homogenní černozeleň až tmavě černá, hustá hmota vazké konzistence. Další stolice už bývá řidší, 2. – 3. den po porodu je ještě řidší a světlejší. Typická mléčná stolice se objevuje až 4. – 5. den po porodu, někdy i později. První stolice by měla odejít do 24 hodin po porodu, nejpozději však 48 hodin po porodu. Vyjimka je u nezralých dětí, a to do 5 dnů od porodu. U nezralých novorozenců je nutné sledovat otoky. U nezralých novorozenců se otoky objevují nejčastěji na hřbetu rukou a nohou, na bérkách, v podbřišku, a okolí genitálu. Můžou se objevit také při začínající sepsi. U dětí s nízkou porodní váhou se objevují celkové otoky jako projev nezralosti (Bařová, 2007, str. 54 - 55).

3.5 Péče o kůži a sliznice

3.5.1 Kůže

Kůže nedonošeného miminka je velmi jemná a citlivá, zvláště na dezinfekční přípravky. Po narození se dítě koupe až je stabilizované a zahřáté. Novorozenci v inkubátoru jsou omýváni pomocí sterilních vatových tampónků namočených v teplé vodě s olejíčkem, který obsahuje byliny. V prvních dnech po porodu není vhodné používat parfémovaná mýdla, kůži nedonošeného dítěte může dráždit. Okolí rekta se ošetřuje mastmi jako např. Calcium pantothenicum, Sudocremem, Bepanthen. Dítě nenatíráme olejem, ale vazelínou, pleťovým mlékem nebo ordinovanou mastí, vyčistíme uši, nos, prokápneme oči a vytřeme dutinu ústní. Dítěti učešeme vlásy, zkontrolujeme ušní boltce a uložíme jej do pohodlné polohy.. Všechny úkony provádíme malými okénky inkubátoru, aby se novorozenec nepodchladil a

nesnižovala se teplota v inkubátoru a hladina kyslíku (Baťová, 2008, str. 52 – 53; Borek, 2001, str. 268 - 269).

3.5.2 Sliznice

V dutině ústní se hromadí sliny a sekret, které se musí odsávat. Sekrety se hromadí i v nose a nosohltanu. Péče o sliznice dutiny ústní je prováděna několikrát denně. Předcházení vysychání sliznice, je dutina ústní pravidelně vytírána borax glycerinem (Baťová, 2007, str. 54 - 55).

3.6 Klidový režim dítěte

Dle stavu je dítě v inkubátoru polohováno. Děti jsou střídavě polohovány na bříškoy záda a na boky, aby bylo odlehčeno místům, kde mohou vzniknout dekubity a také napomáhá k lepšímu provzdušnění plic. Využívají se antidekubitní podložky, kožíšky a další pomůcky k polohování. Dítě má čepičku, ponožky a bývá přikryto fleecovou dekou. Ošetřovatelské aktivity jsou plánovány na určitý čas podle potřeb dítěte. Organizace práce musí být taková, aby dítě nebylo rušeno a mělo vždy dost hodin odpočinku. Dítě musí být chráněno před stálým osvětlením, inkubátory bývají většinou překryty barevnou rouškou (Baťová, 2007, str. 54 - 55).

4 MATKA (RODIČE) PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

„Čekání na narození miminka je jedním z nejkrásnějších období v životě každé ženy a současně celé rodiny. Devět měsíců se nevěnuje větší pozornost ničemu jinému, než stále kulatějšímu a kulatějšímu bříšku. Vybírají se jména, kočárek, oblečky, počítají se jednotlivé týdny, gramy a centimetry. Již v průběhu těhotenství se snaží většina nastávajících maminek pro své miminko udělat maximum. Ale i přes důslednou péči může během těhotenství dojít k různým komplikacím, které mohou způsobit, že se představy a sny rozplynou jak pára nad hrncem. Miminko se dostane na svět dřív, než mělo, a jeho první cesta směřuje úplně jinam než na pokoj do postýlky vedle matčiny postele“ (Dokoupilová et. al., 2009, s. 26).

4.1 Psychický stav matky (rodičů) po předčasném porodu

Porod a období po porodu lze označit jako jednu z nejcitlivějších částí lidského života. Je to období zásadních změn. Již během těhotenství se rodiče připravují na zcela novou životní roli rodiče a dochází u nich k celé řadě psychologických změn.

Náročnou životní situací nejen pro dítě, ale i pro jeho rodiče, je předčasný porod. Rodiče příchod dítěte očekávali mnohem později, a tudíž na něj nejsou zcela připraveni. Prožívají strach o dítě, pocity bezmoci, protože nemohou dítěti pomoci, v mnoha případech si matky kladou za vinu, že dítě nedonosily. Mají obavy z reakce partnera, rodiny, příbuzných i širokého okolí, že nebudou dobrou matkou. Všechny tyto emoce obou rodičů ještě více prohlubuje, že jsou rodiče od dítěte odloučeni a nemohou se tak o své dítě starat, chránit ho před bolestí a ohrožením. V nemocnici je pak přepadá pocit bezmoci, úzkosti, strachu a izolace.

Pokud separace matky a dítěte trvá příliš dlouho, dochází někdy u matky k pocitu nereálnosti dítěte, jako by ve skutečnosti neexistovalo nebo to nebylo jejich vlastní dítě. Tyto pocity vymizí v momentě, kdy mají své dítě v náručí. Pokud je však separace od dítěte a hospitalizace v nemocnici příliš dlouhodobá, můžou být narušeny i přirozené schopnosti intuitivního rodičovství (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 51).

V poporodním období se může u matky přechodně vyskytnout takzvaná lehká, krátkodobá a benigní deprese. Lze ji očekávat zpravidla mezi třetím až pátým poporodním dnem. Projevuje se plačtivostí, úzkostí, nespavostí, špatnou koncentrací, bolestmi hlavy, únavou. Matka je v tomto období velmi zranitelná, mimořádně citlivá, mohou se objevit psychické

výkyvy a změny nálad. Objevuje se strach, že ve své roli matky neobstojí, a to v ní může vyvolávat až paniku (Geisel, 2004, s. 42).

V případě, že tento stav krátkodobé benigní deprese přetrvává dva a více týdnů a projevy deprese ženu omezují, označujeme tento stav jako poporodní neurotickou depresi. Ženy zpravidla trpí poruchou spánku, velkou únavou, nechutenstvím, plačtivostí, provází je pocity viny, emoční labilita, strach ze špatné psychické i fyzické vazby k dítěti. Neurotickými depresemi trpí především ženy, které nepocitují dostatečnou podporu a lásku partnera a svého okolí (Jahnová, 1997, s. 32).

4.2 Specifické problémy rodičů předčasně narozeného dítěte

- Pro rodiče je obtížné skloubit představy, které měli o zdravém dítěti, se svým předčasně narozeným dítětem umístěným v inkubátoru.
- Fyziologický proces změn, které probíhají v těhotenství, není u ženy po předčasném porodu přirozeně skončen a matka je doslova katapultována do role, na kterou není připravena.
- Velmi často mají matky pocit viny a cítí odpovědnost za to, že nebyly schopny dítě donosit.
- Matka se na delší dobu přesouvá do nemocnice za svým dítětem, kde prožívá pocity izolace, bezmoci a úzkosti.
- Role otců je též náročná. Očekává se od nich podpora, ale možnost vyjádřit své pocity, strach a obavy často nemívají. Navíc jsou zatíženi prací, péčí o další děti a své nedonošené dítě vidí jen občas a na krátkou dobu (Sobotková, Jungwirthová a Gabrielová, 2002, s. 31).

4.3 Podpora rodičů předčasně narozeného dítěte

Jak již bylo zmíněno, předčasné narození dítěte je zpravidla doprovázeno celou řadou zdravotních problémů novorozence i matky, ale také psychickými problémy rodiny. Dítě je od matky odloučeno a umístěno v inkubátoru na neonatologické jednotce intenzivní péče. Proto je velmi důležitý přístup a podpora celého zdravotnického personálu, který by měl být pro rodiče oporou a ujistit je, že jejich emoce jsou zcela normální v dané situaci. Zároveň by měl rodičům umožňovat kontakt s dítětem, srozumitelně a citlivě vysvětlovat zdravotní stav dítěte, aby se mohli lépe zapojovat do péče o své dítě (Sobotková, Janíková, Lucká a kol., 1999).

Je třeba mít na paměti, že čas, kdy je novorozenec v inkubátoru, vnímají rodiče, především matka, jako velmi dlouhý, bolestivý a nekonečný. Když žena vidí miminko v tomto zvláštním přístroji, může mít někdy potíže s emocionálním přijetím faktu, že jde vážně o její dítě. Pokud to podmínky dovolují, tuto potíž je možno potlačit tím, že maminka tráví s dítětem co nejvíce času. Jestliže je dítě ve stejné nemocnici jako matka, může ho žena vidět velmi často, a pokud to zdravotní stav dítěte i matky dovolí, může si ho na několik minut pochovat a polaskat ho. Pro vztah matka a dítě, z něhož se na nějaký čas vytratil fyzický kontakt, jsou takové okamžiky nesmírně důležité (Sarti a Sparnacci, 2007, s. 110).

Během hospitalizace v nemocnici je podstatné umožnit rodičům navázat s dítětem co nej-přirozenější vztah a tím rozvinuli své přirozené rodičovské chování a nevnímali jenom zdravotní problémy svého dítěte, ale i jeho pozitivní stránky. Je proto velmi důležité rodiče pochválit ještě před sdělením diagnózy, hovořit s nimi o dítěti i jeho zdravotních problémech a vše jim trpělivě vysvětlit, dát jim prostor k vyjádření jejich emocí a pocitů, zajistit kontakt s dítětem a maximálně podporovat kojení (Jungwirthová, Hradilková, 2002, s. 124).

Pro matku je většinou podporou už jen dobrá komunikace mezi ní a personálem. Rodiče mají právo být v blízkosti svého dítěte v kritických chvílích jeho života a personál pracující na novorozeneckých JIP by jim měl pokud možno vycházet vstříc. V průběhu hospitalizace dítěte na jednotce intenzivní péče by měl rodičům podávat informace pouze jeden lékař, pokud je to tedy možné. Je nutné si uvědomit, že i dobře připravení a informovaní rodiče, kteří se dívají na své dítě ležící v inkubátoru a obklopené spoustou „hadiček“, cítí nespočet negativních emocí, šok, zármutek, strach, úzkost, beznaděj, vinu, stud, popření, strach o život svého dítěte, strach z toho, co bude po propuštění domů, co je a jejich dítě ještě čeká. Základem pro podporu rodičů je, aby je zdravotničtí profesionálové v nemocnici brali jako rovnocenné partnery v péči o dítě. Správná komunikace je pro dobrou spolupráci mezi rodiči a zdravotnickým personálem nezbytně nutná. Je potřebné, aby zdravotníci používali v terminologii slova, kterým rodiče rozumí, aby se přesvědčili, zda poskytované informace chápou a s pochopením je kdykoli zopakovali. Aby rodiče povzbuzovali k dalším otázkám, edukovali je, ale zároveň je nepoučovali (Fendrychová, Borek, 2007, s. 101).

V současné době se většina neonatologických pracovišť vyznačuje otevřeným přístupem k rodičům ale také k návštěvám. Nejčastěji jsou v přímém kontaktu s rodiči sestry, je velmi důležité, aby využívaly svých schopností a zkušeností v oblasti edukace rodičů, protože jedině díky informacím o dítěti mu mohou rodiče lépe a dříve porozumět, najít tu správnou

cestu v péči o ně a navodit harmonický, láskyplný a rodičovský vztah, který je nenahraditelný. Je důležité, aby zdravotnický personál přistupoval ke každé matce individuálně (Borek, 2001, s. 102; Fendrychová, 2005, s. 40).

Mimo tuto podporu vzniklo v roce 2002 pro rodiče předčasně narozených dětí občanské sdružení Nedoklubko. Cílem tohoto sdružení je podporovat rodiče, zprostředkovávat jim kontakty na organizace zabývající se konkrétními problémy vzniklými v důsledku nezralosti dítěte. Snahou tohoto sdružení je vytvořit prostor ke sdílení zkušeností s rodiči, kteří touto nelehkou situací prošli, formou setkávání. Sdružení se snaží spolupracovat s odborníky, jako jsou neonatologové, psychologové, pediatři, dětské neurologové a další a sdílet s nimi teoretické a praktické zkušenosti (Nedoklubko, 2011, on-line).

Rodiče předčasně narozených dětí mohou najít podporu také u občanského sdružení Zrnko, které je zakladatelem projektu BabyKlokánci, jehož cílem je podpora nedonošených, nemocných novorozenců a jejich rodin. O fungování tohoto projektu se zasluhují maminky nedonošených dětí, příbuzní, ale i lidé, kteří dobrovolně nabízejí pomoc. Projekt podpořil vydání brožury „Nečekaná pout“. Také organizuje setkání rodičů nedonošených dětí a zdravotníků, které funguje ve Zlíně, Českých Budějovicích a Mostě (Moje rodina, 2010, on-line).

Pokud mají matky potíže s kojením, existují poradny zabývající se kojením a výživou novorozenců a kojenců. Jednou z nich je Laktační liga, která je zaměřena na poradenskou činnost nejen pro kojící matky, ale i zdravotníky. Organizuje školení laktačních poradců, vydává letáky a brožury, ve spolupráci s UNICEF16 podporuje Baby Friendly Hospital Initiative v ČR, vydává časopis MAMITA a zapůjčuje kojící pomůcky. Propaguje světový Den kojení, který se slaví každý rok 30. září, a to ve více než 120 zemích světa (Dokoupilová, Fišárková, Novotná et.al., 2009, s. 150).

4.4 Metody a techniky podporující rozvoj vztahu mezi matkou a dítětem

4.4.1 Klokánkování (Kangaroo Care)

Klokánkování pochází z anglického Kangaroo Care, což znamená kontakt „tělo na tělo“. Je to metoda, která přibližuje matku a otce k jejich nedonošenému dítěti, a to doslova - kůži na kůži. Dostatečný tělesný kontakt přináší pozitivní psychologické a fyzické výhody jak pro dítě, tak pro jeho rodiče. Pomáhá předčasně narozeným dětem rychleji růst, rychleji se

jim vyvíjí mozek a přibývají na váze. Při klokánkování mají stabilnější srdeční rytmus, dýchání, tělesnou teplotu atd., zároveň se podporuje psychický stav rodičů a upevňuje vztah k dítěti (Dokoupilová et. al. , 2009, s. 70).

4.4.2 Motýlí masáže

Motýlí masáže jsou velmi jemné a lehké dotyky, které pomáhají uvolňovat napětí. Jsou vhodné pro novorozence narozené v termínu a také pro předčasně narozené děti. Masáž jim neublíží, ale naopak, jemné doteky je uklidní a postupně uvolní (Dokoupilová et. al., 2009, s. 230).

4.4.3 Konejšivý dotek (Containment holding)

Konejšivý dotek je volný překlad anglického výrazu „containment holding“ a znamená „stále v doteku“. Je to pozitivní dotek, kdy rodič přikládá dlaň na tělíčko dítěte, může spolu s hlasem a vůní rodičů pomoci snížit hladinu stresu a poskytovat dítěti energii a pocit bezpečí. Tato metoda podporuje pocit klidu dítěte i rodičů (Řihánková, 2009, s. 98).

4.4.4 Metoda pevného objetí

Metoda pevného objetí je možností, jak mezi dvěma spjatými jedinci překonat slovně nezvládnutelný vztahový konflikt a usmířit se za pevného objetí. Tato metoda je vhodná k obnovení lásky, narušené vazby mezi matkou a předčasně narozeným dítětem, nebo k nápravě nepříjemných, traumatických zkušeností z porodu (Prekopová, 2009, s. 68).

4.4.5 Bazální stimulace

„Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb“ (Friedlová, 2007, s. 19).

Bazální stimulace má významnou roli nejen u dětí a dospělých s vrozeným postižením, ale i v neontologické intenzivní péči o předčasně narozené děti. Cílem bazální stimulace je podpora jedince, aby u něj docházelo ke stimulaci vnímání jeho vlastního těla, okolního světa, zvládnutí orientace v čase a prostoru, k navázání komunikace a zlepšení funkcí organismu (Friedlová, 2007, s. 40).

4.4.6 Pelíškování

Předčasně narozené děti potřebují simulovat intrauterinní prostředí, aby byl zajištěn jejich správný psychomotorický vývoj, uvědomování si prostoru a svého těla v něm. V inkubá-

torech se o to snažíme polohováním dětí do speciálních pelíšků, které napodobují tlak děložní stěny na kůži nedonošeného dítěte. Novorozenec je pomocí polohovacích pomůcek zajištěn v poloze, která je typická pro polohu v děloze, tj. poloha v klubíčku, s pokrčenými končetinami. Dále se děti polohují na břicho a na bok. Speciální lůžka neboli pelíšky, mají tvar dělohy a jsou vyrobeny z velmi příjemného a měkkého materiálu, kterého se děti rády dotýkají. Součástí pelíšků jsou pomůcky jako pásy, ruce, měkké či kuličkové podložky, fleecové dečky, zavinovačky, polštářky nebo měkké podložky ve tvaru kosti. Pelíškování je vhodné pro všechny nedonošené děti, zvláště pro ty, jejichž zdravotní stav nedovoluje klokánkování, tedy kontakt s rodiči je zde možný pouze dotykem v inkubátoru (Sodomková, 2013, str. 25 – 26; Novotná, 2010, str. 64 - 65).

5 PÉČE O NOVOROZENCE

V České republice existuje třístupňová péče o novorozence:

1. stupeň - novorozenecká oddělení, kde se starají o zdravé donošené novorozence
2. stupeň - centra intermediální péče (IMP), zde pečují o děti narozené nad 32. týden těhotenství, někdy i v nižším týdnu, pokud jsou v dobrém poporodním stavu,
3. stupeň - perinatologická centra vybavena jednotkami intenzivní péče (JIP), které umožňují pečovat o děti se všemi stupni nezralosti a poskytnout jim maximální intenzivní péči (Dokoupilová et al., 2009, s. 57).

5.1 Jednotka intenzivní péče - JIP

Na jednotce intenzivní péče – JIP, může miminko strávit několik hodin, ale častěji to bývá i několik týdnů a měsíců. Vše se řídí jedině a pouze potřebami miminka. Přestože si každá maminka přeje být svému dítěti stále na blízku, na tomto oddělení to není zcela možné. Na oddělení JIP panuje určitý řád a pořádek. Je zde třeba dát miminku potřebný dostatek času a klidu, aby mohlo nerušeně dorůstat tak, jako by se to dělo v bříšku maminky. Miminku vadí přímé ostré světlo a tak se inkubátory zakrývají, aby vzniklo šero. Miminko spí v měkkém pelíšku, aby jej nic netlačilo, a svaly se mohly rozvíjet co nejpřirozeněji. Inkubátor pelíšek vyhřívá, miminku je v něm tedy dobře.

I v nejnižším věku jsou zřetelné grimasy jako úsměv, spokojenost ale bohužel i bolest a nepohoda. Je velké umění rozeznat, co miminko cítí a potřebuje.

Zdravotní sestřičky miminko přebalují a mění mu polohu každé tři hodiny. Tento tříhodinový rytmus vychází z potřeb novorozenců, kteří se často pravidelně sami budí, aby se hlásili o mléko. Během těchto tří hodin se žaludek vyprázdí a dítě začne mít hlad. Dávky mléka se zvyšují po mililitrech, mnohdy se začíná pouze s jedním mililitrem. Pokud se žaludek do dalšího krmení vyprázdí, podává se další dávka vyšší. Rolí sestry na oddělení JIP je také podpora kojení.

Maličké miminko potřebuje velkou pozornost. Sestřička ho úplně rozbaluje, aby ho viděla celé. Kontroluje, jak dítě dýchá, jakou má barvu, zda čůralo nebo kakalo, zda je dostatečně prokrvené, jestli nemá nafouklé břicho a také jestli má v pořádku kůži, která je velmi křehká a zranitelná. Mezi další úkoly sester patří měření teploty, vážení miminka a další úkony.

I v tomto je každé dítě individuální. Zdravotní stav nezralého miminka se může velmi rychle měnit (Janáčková, Kantor, 2015, s. 103)

5.2 Intermediální péče

Na oddělení intermediální péče dále pokračuje nepřetržitý dohled personálu a odpovídající monitorování miminka pomocí přístrojů. Přímo na tomto oddělení jsou v případě potřeby prováděna konziliární vyšetření a sonografické kontroly. I zde se mohou rodiče starat o své miminko a ve spolupráci s personálem se více seznamovat s tím jak se o miminko nejlépe a samostatně pečovat.

Na oddělení pravidelně dochází fyzioterapeut, který zacvičuje rodiče v šetrné manipulaci s dítětem a reflexní rehabilitaci.

Je pravděpodobné, že rodiče budou rehabilitovat s dítětem i doma. Na tomto oddělení se rodiče naučí základy, aby doma měli větší jistotu při cvičení. Cvičení je více druhů. Oblíbená a velmi účinná je metoda pojmenovaná podle známého profesora Vojty- Vojtova metoda, která je uznávaná na celém světě.

Rodiče zde mohou své děti navštěvovat po domluvě s personálem kdykoliv a na oddělení se snaží o následné časné přijímání maminek na pokoj společně s miminkem. Až všichni společně odcházejí domů, jdou většinou bez strachu a s jistotou v péči o své dítě (Janáčková, Kantor, 2015s. 174).

5.3 Rooming-in

Donošené, v termínu porozené miminka po spontánním porodu jsou hospitalizované v průměru 3 dny. Pokud jsou děti porozeny císařským řezem, pak je průměrná délka hospitalizace 5 dnů.

Základním úkolem personálu je především práce s rodičkami při zahájení laktace. Na oddělení pracují laktační poradkyně, které mají specializaci v problematice kojení.

Před propuštěním do domácí péče na oddělení fyziologických novorozenců probíhá povinný odběr krve z patičky pro vyšetření některých vrozených vad, dítěti jsou ortopedem vyšetřeny kyčelní klouby a je prováděno ultrazvukové vyšetření ledvin a mozku, v indikovaných případech i ultrazvukové vyšetření mozku. Další vyšetření je provedeno k vyloučení vrozeného zákalu očních čoček- oftalmoskopie a vyšetření tzv. otoakustických emisí k vyloučení převodních poruch sluchu. (*Krajská nemocnice T. Bati, a. s.. © 2012*)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE PRÁCE

6.1 Cíle práce

Pro praktickou část bakalářské práce byly stanoveny tři cíle:

1.Cíl

Zjistit a porovnat pocity matek předčasně narozených dětí

2.Cíl

Zjistit zda je podáváno dostatečné množství informací matkám předčasně narozených dětí

3.Cíl

Zjistit zda jsou informace podávány matkám předčasně narozených dětí ve správný čas

7 SHRUTÍ INFORMOVANOSTI NA JIRP

7.1 Data výzkumného vzorku JIRP

Rozdala jsem dotazníky s otázkami jako při rozhovoru. Dotazník se skládal z 20ti otázek, kde většina z nich byla otevřená a jen málo z nich uzavřená. Ženy mi vracely dotazníky s úsměvem a spoustou otázek. Otázek jako např. jaké % dětí dokážou v nemocnici zachránit, kolik % z dětí budou mít do budoucna trvalé následky a spoustu podobných otázek, na které se velmi náročně odpovídá, pokud to vůbec lze přesně říci.

Každé z respondentek, které vyplňovaly dotazník, jsem náhodně přiřadila jméno, aby byly odpovědi přehlednější a lépe dohledatelné. Doslovné odpovědi jsem sem roztřídila přesně podle výpovědí dotazníků.

<i>Věk:</i>	<i>Gravidita/parita:</i>
Aneta: 32	I. / I.
Nikola: 25	I. / I.
Julie: 31	I. / I.
Hana: 28	I. / I.
Tereza: 26	II. / I.
Erika: 23	III. / II.
Anežka: 30	II. / I.
Pavčina: 21	II. / II.
Petra: 27	I. / I.
Jana: 32	I. / I.

Ženy, které mi vyplňovaly dotazník byly ve věkovém rozmezí 21 až 32 let, většina z žen byly primipary, jen výjimečně multipary. Pro všechny ženy byl pobyt jejich dítěte na oddělení JIRP velmi stresující a nejraději by ho vymazaly ze svého života.

Jaké byly pocity prvních pár dnů po předčasném porodu?

Aneta: Strach a bezmoc

Nikola: Nervozita

Julie: Úzkost, bezmoc, strach, dny velmi uplakané

Hana: Strach, výčitky, zmatek

Tereza: Pocity jsou obtížně popsitelné

Erika: Strach a šok když jsem viděla své dítě, bylo tak malinké

Anežka: Strach a úzkost

Pavčina: Obavy

Petra: Velkou bezmoc

Jana: Pocity viny, strach, úzkost

Každá žena pociťuje strach o své dítě, ale co teprve, pokud je děťátko předčasně narozené a váží i pouhých 0,5 kg. Pocity žen se prolínají, a myslím, že ve finálním shrnutí by se dalo říct, že každá žena pociťuje vesměs tytéž pocity. Mezi tyto nejčastější pocity patří strach, strach o své dítě, zda přežije, a když ano zda bude moci žít normální plnohodnotný život nebo zda bude doživotně postiženo. Dalším pocitem často bývá zmatek, zmatek v tom, že se ještě nesmířili s tím, že jejich děťátko už je na světě když tohle všechno měli v plánu třeba až za tři měsíce. Některé ženy mají pocit viny, pocit viny z toho, že nedokázaly děťátko donosit celých 9 měsíců, ať už z jakéhokoliv důvodu.

Slyšela jste někdy něco na téma „Předčasně narozené děti“?

Aneta: NE

Nikola: NE

Julie: ANO, ale netušila jsem, že se mohou narodit tak malinké (cca. 0,5 kg)

Hana: ANO, články v novinách a na internetu

Tereza: NE

Erika: NE

Anežka: NE

Pavčina: NE

Petra: ANO, na internetových diskuzích

Jana: ANO, od kamarádky

Převažuje odpověď, že ne. Myslím si, že v dnešní době je na téma předčasně narozených dětí málo informovanosti pro veřejnost, a přitom je to tak důležité téma, se kterým se může setkat naprosto kdokoliv.

Kdo vám podával prvotní informace o vašem miminku?

Aneta: Manžel

Nikola: Lékař

Julie: Lékař

Hana: Přítel

Tereza: První informace byly podány přítelovi ošetřujícím lékařem

Erika: Lékař

Anežka: Lékař

Pavčina: Manžel

Petra: Přítel

Jana: Lékař

První informace by měly být předávány ošetřujícím lékařem, a to si myslím, že se na oddělení JIRP daří.

Kdy vám byly podávány první informace o vašem miminku?

Aneta: Ihned v den porodu

Nikola: Byly mi podány ihned po probuzení z narkózy

Julie: Myslím, že druhý den po porodu, manželovi v den porodu

Hana: Při první návštěvě přítele na JIP

Tereza: První den po porodu

Erika: Ihned po porodu

Anežka: Ještě na porodním sále

Pavčina: Po císařském řezu, po probuzení na porodním sále

Petra: Ihned po porodu

Jana: V den kdy jsem poprvé viděla své dítě

Většinou byly odpovědi hned po porodu, myslím si, že po narkóze po císařském řezu jsou maminky unavené a ne úplně probrané z narkózy, takže informace jsou podávány vícekrát, prvotní informace jsou podány ihned po porodu a další informace na oddělení šestinedělí nebo na oddělení novorozenecké JIP při první návštěvě děťátka.

Byla jste seznámena s chodem oddělení JIP? Pokud ano, kdo poučení provedl?

Aneta: ANO, byla. Poučení provedly sestřičky

Nikola: ANO. Poučil mě lékař

Julie: ANO, poučení ohledně dezinfekce, hygieny, návštěv i chodem JIP. Poučila zdravotní sestra

Hana: ANO, porodní asistentka

Tereza: ANO. Poučení bylo provedeno ošetřující sestrou a prostřednictvím dokumentu

Erika: ANO, byla

Anežka: ANO, poučil nás lékař

Pavčina: ANO, lékař

Petra: ANO, sestřička

Jana: ANO. Poučil mě lékař i sestry

Poučení můžou provádět lékaři i sestry, takže je jedno kdo poučení provede, hlavní je, aby se poučením rodiče řídili a dodržovali všechny pokyny.

Byly informace sdíleny i s vaším partnerem/manželem?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Dítě na oddělení nemá jen maminku, ale ve většině případů i tatínka, takže si myslím, že by informace měly být sdíleny i s partnery, což se tady plní.

Byly vám srozumitelně podány informace o vašem dítěti?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Personál ví, že rodičům musí podávat informace takovým způsobem, aby všemu rozuměli, to znamená žádnou cizí terminologií.

Pokud jste měla vy nebo váš partner/přítel otázky ohledně vašeho dítěte byl personál ochotný vám vše vysvětlit?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Tady jsem tyto odpovědi očekávala, personál v KNTB Zlín je velmi přívětivý a ochotný cokoliv vysvětlit, objasnit, pomoci.

Byly informace podány v dostatečné míře?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Informace na oddělení jsou podávány v dostatečné míře, personál se snaží informace doplňovat ještě knihami, které jsou přímo určeny rodičům předčasně narozených dětí. V cílech mé práce bylo zda jsou informace podávány v dostatečné míře, na oddělení JIRP jsou.

Byly informace podávány postupně nebo najednou? Čemu byste dala přednost?

Aneta: Postupně. Vyhovovalo mi postupně

Nikola: Najednou. Upřednostnila bych postupně.

Julie: Postupně – lepší varianta

Hana: Postupně. Vyhovující

Tereza: Informace jsou podány postupně- dle aktuálního stavu dítěte

Erika: Postupně. Plně vyhovující

Anežka: Postupně. To je lepší volba než kdyby informovali najednou

Pavčina: Najednou. Probírala jsem to později s manželem. Postupně by bylo lepší

Petra: Najednou. Nebylo jich moc, takže vyhovující

Jana: Postupně, srozumitelně

Informace by měli být podávány postupně v míře, jakou dokážou rodiče vstřebat. Jedním z cílů bylo zjistit, zda jsou informace podávány ve správnou dobu a jak, jelikož jsou podávány postupně, tak výsledek je pozitivní.

Byla ze strany personálu aktivní nabídka kontaktu s vaším dítětem?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Zprávy jsou plné zpráv o tom jak je někdy zdravotnický personál nepřívětivý a zodpovídání otázek je spíše obtěžuje (zde zahrnuji všechny možné nemocniční oddělení). Jsem ráda, že zde tomu tak není a personál je vstřícný a nabízí aktivní zapojení se do práce.

Jak byste zhodnotila míru zapojení do péče o dítě?

Aneta: Líbí se mi, že se můžu zapojit. Moc to oceňuji!

Nikola: Hodnotím velmi kladně

Julie: Řekla bych, že dostatečná

Hana: Dostatečná, postupně se matky zapojují

Tereza: Míra zapojení je dostatečná a roste stářím dítěte

Erika: Je dobré se zapojovat, plně dostačující

Anežka: Míra zapojení je dobrá, časem se lepší

Pavčina: Dostatečná

Petra: Míra zapojení je dostatečná. Je to dobré pro matku i dítě

Jana: Dostatečná, byla jsem velmi spokojená

V dnešní době je snaha co nejvíce zapojovat rodiče do péče o dítě, když je ještě v inkubátoru. Zpevňuje to psychickou i fyzickou vazbu mezi dítětem a matkou. Matky péči oceňují a za dětma si můžou přicházet několikrát denně.

Jaká byla nejobtížnější chvíle péče o vaše dítě? Mohl by s tím personál více pomoci?

Aneta: První manipulace

Nikola: Nevím. Asi to byl úplně první dotek dítěte. Dítě bylo hrozně malinké

Julie: Vše co bylo poprvé- dotek, otočení z břicha na zádička, přebalení, koupání

Hana: Zatím nevím

Tereza: Nevím, personál je vždy ochotný pomoci

Erika: Úplně první dotek

Anežka: Asi úplně všechno, byl hrozně maličký

Pavčina: První dotek a krmení

Petra: Polohování, koupání a asi všechna péče

Jana: První dotek, koupání, polohování

Pro většinu matek je nejobtížnější první dotek, bojí se, že by dítěti ublížily. Byla jsem na oddělení kde se maminka ptala jak se může svého dítěte dotknout, dítě je hrozně malé a křehké. Při klokánkování sestřičky dávají miminko mamince na tělo a i to si myslím, že je jedna z nejobtížnějších věcí, kdy ženy na svém těle cítí své malé děťátko, kterému nemůže více pomoci.

Jaké byly nejdůležitější okamžiky v péči o dítě na oddělení?

Aneta: První kontakt

Nikola: To, že byla malá stabilizovaná.

Julie: Všechny okamžiky jsou důležité- starání se o něj, možnost být u něj každé 3 hodiny, klokánkování

Hana: Zatím nevím, postupně se učím

Tereza: Všechny okamžiky jsou velmi důležité

Erika: První kontakt s dítětem

Anežka: Klokánkování

Pavčina: Asi všechny

Petra: Vidět jak roste a zdravotní stav se zlepšuje

Jana: Dostatečný a častý kontakt

Důležité je pro matky všechno, ale nejvíce asi přímý dotek s dítětem, chvíle kdy si můžou své miminko prvně pochovat, na oddělení JIP spíše klokánkovat.

Byla nějaká negativa během kontaktu s dítětem v nemocnici? Pokud ano, jaké?

Aneta: NE

Nikola: NE

Julie: ANO, některé zdravotní sestry nechtěly, aby se matka dítěte dotýkala (první týdny), kontakt je důležitý

Hana: NE

Tereza: NE

Erika: ANO, některé sestry chtěly, abych omezila ze začátku dotek

Anežka: NE

Pavčina: NE

Petra: NE

Jana: NE

Většina odpovědí byla ne, myslím si, že i ty dvě odpovědi ANO nejsou myšleny nějak negativně, matky časem pochopily proč ze začátku byl omezen dotek, k tomu je plno různých faktorů a důvodů proč tohle sestry požadují a rozhodně to nemyslí nijak špatně.

Měla jste prostor pro vyjádření obav a pocitů na oddělení JIP?

Aneta: ANO

Nikola: ANO

Julie: ANO

Hana: ANO

Tereza: ANO

Erika: ANO

Anežka: ANO

Pavčina: ANO

Petra: ANO

Jana: ANO

***Myslíte si, že by bylo přínosné některé úkony u dítěte předem zkoušet na figurínách?
Pokud ano, které úkony by to byly?***

Aneta: Nemyslím si

Nikola: NE

Julie: Možná polohování a koupání, ale lepší vidět přímo u svého dítěte

Hana: Nemyslím si

Tereza: ANO, polohování dítěte

Erika: Asi polohování

Anežka: NE, vše si musíte vyzkoušet na svém dítěti sami

Pavčina: Asi polohování, převracení z bříška na zádička

Petra: Polohování a koupání by možná bylo dobré

Jana: ANO, polohování

Pro maminky které předčasně porodí, by mohl být menší kurz, kde by se ukázalo a vysvětlilo jak zacházet s miminkem než vyrostle. Některé maminky napsaly že ne, nechala bych

to asi dobrovolné, kdo by měl zájem a myslím si, že by nebylo špatné zapojit i partnery/manžele.

Byl personál otevřen k diskuzím v péči o vaše miminko?

Aneta: ANO

Nikola: ANO

Julie: ANO

Hana: ANO

Tereza: ANO

Erika: ANO

Anežka: ANO

Pavčina: ANO

Petra: ANO

Jana: ANO

Personál je určitě otevřen všem diskuzím, na praxi když se rodiče cokoliv ptali, personál byl ochoten všechno vysvětlit, pokud něco rodiče nechápali, vysvětlil to personál jinak, aby byli rodiče poučeni a pochopili všechno tak, jak měli.

Byla vám poskytnuta psychologická pomoc po předčasném porodu?

Aneta: NE, nebylo potřeba

Nikola: ANO

Julie: ANO

Hana: NE

Tereza: NE

Erika: NE

Anežka: NE

Pavčina: ANO

Petra: ANO

Jana: ANO

V KNTB ve Zlíně jsou specialisté, kteří pomáhají matkám po psychologické stránce, samozřejmě se můžou matky obrátit i na jiné pracovníky se kterými mají zkušenosti nebo jim je někdo známý doporučí. Každopádně psychologická pomoc je zde na místě dle mého názoru.

Jaké je vaše celkové shrnutí průběhu péče o vaše dítě na oddělení JIP?

Aneta: Velká spokojenost.

Nikola: Velmi kladná

Julie: Kladná

Hana: Jsou to profesionálové, ochotní, jsem 100% spokojena s jejich péčí

Tereza: S péčí o dítě na oddělení JIP jsem spokojená

Erika: Spokojenost, personál velmi ochotný

Anežka: Byla jsem velmi spokojená, postarali se mi o dítě.

Pavčina: Spokojenost.

Petra: Velká spokojenost, patří jim velký dík

Jana: S péčí jsem byla maximálně spokojena

Předčasně narozené děti na oddělení JIP nemusí strávit jen dny nebo týdny, ale dokonce i měsíce, z tohoto oddělení jdou na oddělení intermediální péče, kde je další péče, než jdou na oddělení fyziologických novorozenců. Matky jsou velmi spokojeny s chodem oddělení a s péčí o jejich děti, za dětmi chodí s úsměvem a s úsměvem odcházejí a těší se na další návštěvu svých dětí.

7.2 Zhodnocení odpovědí žen oddělení JIRP

Odpovědi jsem získala od žen, jejichž děti prošli oddělením JIRP. Jak jsem uvedla v cílech na začátku praktické práce, šlo mi o zjištění a porovnání pocitů matek předčasně narozených dětí. Dále zda je matkám podáváno dostatečné množství informací a podání informací ve správný čas.

Nemyslím si, že odpovídat na tyto otázky nebylo pro ženy, jejichž děti prošly oddělením JIRP zrovna jednoduché a ocenila jsem, že vyplnily všechny otázky a nepřeskakovali. Na oddělení novorozenecké JIRP jsou informace podávány ve většině případech postupně a ženám to vyhovuje, sama jsem mohla strávit 3 týdny praxe na tomto oddělení a přístup personálu je vskutku profesionální a lidský. Stejně jako sestřičky tak i lékaři/ lékařky byli ochotni cokoliv matkám zopakovat a vysvětlit. Dále jsem měla v dotazníku i otázku zda by uvítaly nějaké předem ukazované a zkoušené ošetrovatelské úkony na figurínách nebo názorné ukázky. I po zkušenostech z praxe, kdy jsem mluvila i s maminkami tak pro každou je tohle čistě individuální a většinou jim stačí, když jim to sestřičky prvně ukážou. Ženy jsou spokojeny s průběhem péče o své předčasně narozené děti.

8 SHRUTÍ INFORMOVANOSTI NA IMP

8.1 Data výzkumného vzorku IMP

Rozdala jsem dotazníky s otázkami jako při rozhovoru. Dotazník se skládal z 20ti otázek, kde většina z nich byla otevřená a jen málo z nich uzavřená. Ženy mi vracely dotazníky s úsměvem a spoustou otázek. Otázek jako např. jaké % dětí dokážou v nemocnici zachránit, kolik % z dětí budou mít do budoucna trvalé následky a spoustu podobných otázek, na které se velmi náročně odpovídá, pokud to vůbec lze přesně říci.

Každé z respondentek, které vyplňovaly dotazník, jsem náhodně přiřadila jméno, aby byly odpovědi přehlednější a lépe dohledatelné. Doslovné odpovědi jsem sem roztřídila přesně podle výpovědí dotazníků.

<i>Věk:</i>	<i>Gravidita/parita:</i>
Dana: 34	II. / II.
Ivana: 37	II. / II.
Martina: 31	III. / II.
Veronika: 26	I. / I.
Mirka: 29	II. / I.
Magda: 30	III. / II.
Eva: 28	II. / I.
Petra: 33	I. / I.
Klára: 24	I. / I.
Iva: 19	I. / I.

Ženy, které mi vyplňovaly dotazník byly ve věkovém rozmezí 19 až 37 let, na oddělení IMP byly primipary téměř stejně jako multipary.

Jaké byly pocity prvních pár dnů po předčasném porodu?

Dana: Dobré, dítě nemělo nějaké vážnější potíže

Ivana: Diagnostikována posttraumatická stresová porucha z porodu, dítěti se dařilo velmi dobře (27 + 1)

Martina: Pocit nejistoty

Veronika: Strach, nejistota

Mirka: Dítě nemělo těžší zdravotní potíže

Magda: Obavy, překvapenost maličkosti dítěte

Eva: Nejistota

Petra: Díky podpoře partnera dobré

Klára: Obavy o dítě

Iva: Starost o zdraví dítěte

Na oddělení IMP nejsou děti v tak kritickém stavu jako na oddělení JIP, ale i přesto jsou pocity matek podobné. Na tomto oddělení nejsou tak šokované, ale i tak mají obavu o své dítě, které musí být umístěno na tomto oddělení a nemohou mít své dítě u sebe jako maminky, jejichž děti jsou donošené a zdravé.

Slyšela jste někdy něco na téma „Předčasně narozené děti“?

Dana: ANO, možné zdravotní problémy

Ivana: ANO, příběhy jiných maminek

Martina: ANO, zkušenosti z prvního těhotenství

Veronika: NE

Mirka: ANO, z internetu

Magda: ANO, články na internetu

Eva: NE

Petra: NE, neslyšela

Klára: NE

Iva: NE, nezajímala jsem se

Odpovědi jsou vyrovnané, myslím si, že je to tím, že většina žen už mělo dítě na oddělení JIP odkud je později přeložili na IMP a tudíž už informované byly. Dále jsou to zkušenosti

z předchozích těhotenství, jsou ženy, které na jednotce JIP už s dítětem byly a nyní se to opakuje. Stále si myslím, že informovanost by měla být větší.

Kdo vám podával prvotní informace o vašem miminku?

Dana: Lékař

Ivana: Lékař, partner

Martina: Paní doktorka

Veronika: Manžel

Mirka: Sestřička

Magda: Lékař

Eva: Sestřička

Petra: Partner

Klára: Lékař

Iva: Sestřička

Ve většině případů je to zdravotnický personál. První informace by měly být předávány ošetřujícím lékařem, a myslím si, že na oddělení IMP se to daří.

Kdy vám byly podávány první informace o vašem miminku?

Dana: Hned po porodu

Ivana: Po probuzení z narkózy po císařském řezu

Martina: Po porodu

Veronika: Ihned po příchodu na oddělení IMP

Mirka: Po porodu na porodním sále

Magda: Hned po porodu

Eva: Po porodu

Petra: Po porodu na porodním sále

Klára: Po příchodu na oddělení pár hodin po porodu

Iva: Po porodu na porodním sále

Většinou byly odpovědi hned po porodu, myslím si, že po narkóze po císařském řezu jsou maminky unavené a ne úplně probrané z narkózy, takže informace jsou podávány vícekrát, prvotní informace jsou podány ihned po porodu a další informace na oddělení šestinedělí nebo na oddělení novorozenecké IMP při první návštěvě děťátka.

Byla jste seznámena s chodem oddělení IMP? Pokud ano, kdo poučení provedl?

Dana: ANO, byla. Pan primář

Ivana: Primář z porodnického oddělení- přišel za mnou a sestra z IMP

Martina: ANO, sestřička

Veronika: ANO. Lékař

Mirka: ANO, sestřička

Magda: ANO, setry

Eva: Lékař a sestra

Petra: Sestra, seznámila s chodem oddělení mne i partnera

Klára: ANO, lékař

Iva: ANO, lékař

Poučení můžou provádět lékaři i sestry, takže je jedno kdo poučení provede, hlavní je, aby se poučením rodiče řídili a dodržovali všechny pokyny.

Byly informace sdíleny i s vaším partnerem/manželem?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Dítě na oddělení nemá jen maminku, ale ve většině případů i tatínka, takže si myslím, že by informace měly být sdíleny i s partnery, což se tady plní. I partner může navštěvovat miminko.

Byly vám srozumitelně podány informace o vašem dítěti?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Personál ví, že rodičům musí podávat informace takovým způsobem, aby všemu rozuměli, to znamená žádnou cizí terminologií

Pokud jste měla vy nebo váš partner/přítel otázky ohledně vašeho dítěte byl personál ochotný vám vše vysvětlit?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Tady jsem tyto odpovědi očekávala, personál v KNTB Zlín je velmi přívětivý a ochotný cokoliv vysvětlit, objasnit, pomoci

Byly informace podány v dostatečné míře?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Informace na oddělení jsou podávány v dostatečné míře, personál se snaží informace doplňovat ještě knihami, které jsou přímo určeny rodičům předčasně narozených dětí. V cílech mé práce bylo, zda jsou informace podávány v dostatečné míře, na oddělení JIRP jsou.

Byly informace podávány postupně nebo najednou? Čemu byste dala přednost?

Dana: Postupně, čekalo se na výsledky

Ivana: Vždy ihned v aktuální situaci- postupně, jak se vyvíjel zdravotní stav

Martina: Najednou a pak i zopakovány

Veronika: Postupně

Mírka: Postupně

Magda: Postupně, vyhovovalo mi to

Eva: Najednou a potom postupně po vyšetřeních

Petra: Postupně, vše pomalu a srozumitelně, nesrovnalosti vysvětlili

Klára: Postupně a vyhovovalo

Iva: Postupně

Informace by měli být podávány postupně v míře, jakou dokážou rodiče vstřebat. Jedním z cílů bylo zjistit, zda jsou informace podávány ve správnou dobu a jak, jelikož jsou podávány postupně, tak výsledek je pozitivní.

Byla ze strany personálu aktivní nabídka kontaktu s vaším dítětem?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Zprávy jsou plné zpráv o tom jak je někdy zdravotnický personál nepřívětivý a zodpovídání otázek je spíše obtěžuje (zde zahrnuji všechny možné nemocniční oddělení). Jsem ráda, že zde tomu tak není a personál je vstřícný a nabízí aktivní zapojení se do práce.

Jak byste zhodnotila míru zapojení do péče o dítě?

Dana: Normální

Ivana: Dostačující

Martina: Snažím se mu věnovat co nejvíce to jde, docházím 2-3x za miminkem

Veronika: Velmi kladně

Mírka: Jsem spokojena

Magda: Personál vše vysvětlil, takže sem se zapojila maximálně

Eva: Spokojenost s mírou zapojení

Petra: Zapojila jsem se a jsem spokojena

Klára: Spokojenost

Iva: Dostatečná

V dnešní době je snaha co nejvíce zapojovat rodiče do péče o dítě, když je ještě v inkubátoru. Zpevňuje to psychickou i fyzickou vazbu mezi dítětem a matkou. Matky péči oceňují a za dětma si můžou přicházet několikrát denně.

Jaká byla nejobtížnější chvíle péče o vaše dítě? Mohl by s tím personál více pomoci?

Dana: Nijak mu pomoci, pokud je napojené na hadičkách

Ivana: Koupání

Martina: Nejobtížnější chvíle a péče o dítě byla den po porodu personál pomáhal

Veronika: Otáčení dítěte z břicha na zádička

Mirka: Pečovat o dítě když bylo napojeno na přístrojích

Magda: Vidět jak je malý

Eva: Polohování

Petra: Nejobtížnější byla asi manipulace s dítětem

Klára: Polohování a klokánkování, byl moc malý

Iva: Asi všechno

Pro většinu matek je nejobtížnější pohybovat s dítětem, bojí se, že by dítěti ublížily. Na tomto oddělení maminky už můžou zkusit kojit, protože děti zde jsou už větší. Při klokánkování sestřičky dávají miminko mamince na tělo a ta mu sondou dává mateřské mléko.

Jaké byly nejdůležitější okamžiky v péči o dítě na oddělení?

Dana: Trpělivost, spolupráce s personálem

Ivana: Kontakt s dítětem

Martina: Zkoušení kojení

Veronika: Čas strávený s dítětem

Mirka: Doteky dítěte

Magda: První dotek

Eva: Kontakt s dítětem, doteky

Petra: Mít ho u sebe po vytažení z inkubátoru

Klára: Čas, který jsme s manželem mohli u dítěte být

Iva: Vědět, že je dítě v pořádku

Důležité je pro matky všechno, ale nejvíce asi přímý dotek s dítětem. Vidět jak se dítě zlepšuje po zdravotní stránce je pro rodiče nejdůležitější.

Byla nějaká negativa během kontaktu s dítětem v nemocnici? Pokud ano, jaké?

Dana: NE, nebyla

Ivana: ANO byla, ale nechci se vyjadřovat

Martina: NE

Veronika: NE, žádné negativa

Mírka: NE, vše v pořádku

Magda: NE

Eva: NE

Petra: NE

Klára: NE, žádné negativa

Iva: NE

Mimo jednu odpověď jsou odpovědi NE. Bohužel u odpovědi ANO nemůžu nic zhodnotit jelikož maminka nechtěla uvést důvod.

Měla jste prostor pro vyjádření obav a pocitů na oddělení IMP?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Myslíte si, že by bylo přínosné některé úkony u dítěte předem zkoušet na figurínách?

Pokud ano, které úkony by to byly?

Dana: NE, dítě je jedinečné a každé jiné

Ivana: NE

Martina: V mém případě není potřeba

Veronika: NE

Mírka: NE, myslím si, že je to individuální

Magda: NE, asi by to nepomohlo

Eva: NE

Petra: NE

Klára: ANO, třeba koupání a to i všeobecně u zdravých donošených dětí

Iva: NE

Na oddělení IMP jsou děti větší, a tudíž si myslím, že nějaké kurzy jsou zcela bezpředmětné.

Byl personál otevřen k diskuzím v péči o vaše miminko?

Zde byly všechny odpovědi ANO.

Personál je určitě otevřen všem diskuzím a je připraven na cokoliv odpovídat.

Byla vám poskytnuta psychologická pomoc po předčasném porodu?

Dana: NE

Ivana: ANO na vyžádání

Martina: NE, ale byl mi nabídnut kontakt

Veronika: NE

Mirka: NE

Magda: ANO

Eva: ANO

Petra: ANO

Klára: NE

Iva: ANO

V KNTB ve Zlíně jsou specialisté, kteří pomáhají matkám po psychologické stránce, samozřejmě se můžou matky obrátit i na jiné pracovníky se kterými mají zkušenosti nebo jim je někdo známý doporučí.

Jaké je vaše celkové shrnutí průběhu péče o vaše dítě na oddělení IMP?

Dana: Spokojenost, ochota

Ivana: Vynikající péče, lidský přístup sester, na požádání přišel lékař podat informace

Martina: Jsem velmi spokojená a personálu jsem plně důvěřovala

Veronika: Velmi příjemný personál

Mirka: Bez stížností

Magda: Spokojenost

Eva: Příjemný personál, byla jsem nadšená

Petra: Naprostá spokojenost, profesionální přístup

Klára: Vynikající péče

Iva: Spokojenost se vším

Předčasně narozené děti na oddělení IMP nemusí strávit jen dny nebo týdny, ale dokonce i měsíce, z tohoto oddělení jdou na oddělení fyziologických novorozenců a potom můžou se svými rodiči domů. Matky jsou velmi spokojeny s chodem oddělení a s péčí o jejich děti.

8.2 Zhodnocení odpovědí žen na IMP

Odpovědi jsem získala od žen, jejichž děti prošly oddělením IMP. Jak jsem uvedla v cílech na začátku praktické práce, šlo mi o zjištění a porovnání pocitů matek předčasně narozených dětí. Dále zda je matkám podáváno dostatečné množství informací a podání informací ve správný čas.

Nemyslím si, že odpovídat na tyto otázky nebylo pro ženy, jejichž děti prošly oddělením IMP zrovna jednoduché, ale zároveň si myslím, že těžší to bylo pro ženy, které popisovaly péči na oddělení novorozenecké JIRP. Velmi jsem ocenila, že vyplnily všechny otázky a nepřeskakovaly. Na oddělení novorozenecké IMP jsou informace podávány ve většině případech postupně a ženám to vyhovuje. Stejně jako sestřičky tak i lékaři/ lékařky byli ochotni cokoliv matkám zopakovat a vysvětlit. Dále jsem měla v dotazníku i otázku zda by uvítaly nějaké předem ukazované a zkušební ošetrovatelské úkony na figurínách nebo ná-zorné ukázky. I po zkušenostech z praxe, kdy jsem mluvila i s maminkami tak pro každou

je tohle čistě individuální a většinou jim stačí, když jim to sestřičky prvně ukážou. Na oddělení IMP jsou děti stabilizovanější mnohem více než na oddělení JIRP, tedy si myslím, že pro rodiče předčasně narozených miminek je oddělení IMP méně stresující s porovnáním oddělení JIRP. Všechny ženy byly nadmíru spokojeny s péčí o jejich děti a přístupem personálu. Na tomto oddělení jsem na praxi byla jen chvíle, takže více se orientuji na JIRP, ale i tak jsem si všimla, že se všichni snaží pro děti dělat co je v jejich silách a podporují rodiče a edukují je.

ZÁVĚR

Závěrem celé bakalářské práce je že pocity matek se liší podle toho, zda jsou jejich děti na oddělení JIP nebo na oddělení IMP. Na oddělení JIP jsou matky více vystresované, mají daleko větší výčitky svědomí, protože si myslí, že za to mohou ony a byly neschopné donosit vlastní dítě. Na oddělení JIP je potřebnější psychologická pomoc než na oddělení IMP.

Matky mají dostatečnou informovanost na obou odděleních, jak JIP tak i IMP. Informace jsou podávány postupně, vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte. Jsou podávány v dobrém množství a určitě tomu i přispívají knihy dostupné na oddělení jako jsou „Vítej, kulíšku“ a „Maličké miminko“, tyto knihy jsem četla a čerpala jsem z nich i do teoretické části bakalářské práce a jsou velmi dobře sepsané.

Měla jsem v dotazníku otázku, zda si ženy myslí, jestli by bylo přínosné některé ošetřovatelské úkony předem zkoušet. Dost jsem nad tímto polemizovala a přemýšlela, co ženy vlastně chtějí, zaměřila bych se na problémové ošetřovatelské úkony, které jim činí problém, aby se jich sešlo více a názorně se jim to ukázalo, aby se mohli ptát a zkoušet si to „nanečisto“. Myslím si, že by nebyly tolik bojácné s manipulací se samotným dítětem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAŤOVÁ, Jitka. Ošetrovatelská péče o nedonošeného novorozence. *Sestra*. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta. 2007, roč. 17, č. 3, s. 54 - 55. ISSN: 1210-0404.
- [2] BOREK, Ivo. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Vyd. 2. dopl. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-338-4.
- [3] BOREK, Ivo et al., 2001. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 328 s. ISBN 80-701-3338-4.
- [4] DOKOUPILOVÁ, Milena, FIŠÁRKOVÁ, Barbora a NOVOTNÁ, Lenka. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3
- [5] DORT, Jiří. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0790-5.
- DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. Praha: Karolinum Press, 2013. ISBN 9788024622538.
- [6] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a BOREK, Ivo. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 1. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-447-4
- [7] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al., 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přepracované vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1.
- [8] FOX, Grenville., HOQUE, Nicholas a WATTS, Timothy. *Oxford handbook of neonatology*. New York: Oxford University Press, 2010. Oxford medical publications. ISBN 0199228841.
- [9] FRIEDLOVÁ, Karolína. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v neonatologii. *Sestra*. 2007, roč. 22, č. 3, s. 43 – 44. ISSN 1210-0404.

- [10] GEISEL, Elizabeth, 2004. Slzy po porodu. Jak překonat depresivní nálady. Praha: On Women Press. ISBN 80-86356-32-9.
- [11] HANUŠČÁKOVÁ, Petra. Péče o nezralého novorozence. *Sestra* [online]. 10. 10. 2008, roč. 18, č. 10, s. 52 – 53 [cit. 2013 – 12 - 05]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-nezraleho-novorozence-397847>.
- [12] HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9
- [13] JAHNOVÁ, Hana. Psychologické aspekty předporodní přípravy a její vliv na přístup ke kojení u žen v šestinedělí - bakalářská práce. Diplomová práce. Brno: MU, 1997. s. 122.
- [14] JUNGWIRTHOVÁ Iva a Terezie HRADILKOVÁ, 2002. Sdělování nepříznivé diagnózy. „...Když není všechno tak, jak si přáli...“ Praha: Státní zdravotní ústav. (brožura)
- [15] *Krajská nemocnice T. Bati, a. s.* [online]. [cit. 2017-04-26]. Dostupné z: <http://www.kntb.cz/struktura-novorozenecke>
- [16] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Vyd. 4. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- [17] MITROVÁ, K. a J. BRONSKÝ. Vědecké důkazy o prospěšnosti výživy mateřským mlékem. *Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie* [online]. 2014, **69**(1), 39-46 [cit. 2017-02-22]. ISSN 00692328.
- [18] *Moje rodina* [online]. 2010 [cit. 2011-04-22]. Babyklokánci
- [19] *Nedoklubko* [online]. 2011 [cit.2011-06-03]. Cíle sdružení.
- [20] NOVOTNÁ Lenka a Hana BĚLOHLÁVKOVÁ. Pelíšek jako v bříšku. *Betyнка*. 2010, roč. 11, č. 1, str 64 – 65. ISSN 1211-0480.
- [21] PAULOVÁ, Magdalena, 2000. *Kojení*. 1. vydání. Praha: Jan Vašut. ISBN 80-7236-194-5.
- [22] PREKOPOVÁ, Jiřina, 2009. *Pevné objetí*. Praha: Portál. ISBN978-80-7367-614-8
- [23] ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada publishing, 2008. ISBN 9788024719412

- [24] ŘIHÁNKOVÁ, Jana. Matka a nedonošené dítě. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce Dagmar Opatřilová.
- [25] SARTI, Paolo a Giuseppe SPARNACCI, 2007. Těhotenství a péče o dítě. Kompletní průvodce od početí do věku šesti let. Praha: Grada. ISBN 978-80 7371-143-6.
- SCHNEIDROVÁ, Dagmar, 2006. Kojení: Nejčastější problémy a jejich řešení. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1308-X.
- [26] SOBOTKOVÁ, D., JANÍKOVÁ. M., LUCKÁ et. al., 1999. Pomoc rodičům při narození rizikového dítěte nebo při perinatálním úmrtí. Neontologické listy. 1999, č. 4
- [27] SOBOTKOVÁ Eva, JUNGWITHOVÁ, Ivana a Věra GABRIELOVÁ, 2002. Nedonošené dítě a rodiče. „...Když není všechno tak, jak si přálí“. Praha: Státní zdravotní ústav. (brožura).
- [28] SODOMKOVÁ, Michaela. Komfort předčasně narozeného novorozence aneb „v pelíšku jako u maminky v bříšku...“. Diagnóza v ošetrovatelství. 2013, roč. 9, č. 2, s. 25 – 27. ISSN 1801-1349
- [29] WEIGERT, Vivian, 2006. Všechno o kojení. [z německého originálu... přeložila Jana Pištorová] 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-071-2.
- [30] ZAMARSKÁ, Jana, 2006. Kojení: Praktické rady pro kojící matky. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s. ISBN 80-251-0772-8.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

JIP Jednotka intenzivní péče

IMP Intermediální péče

SEZNAM PŘÍLOH

1: Příloha: dotazník matkám předčasně narozených dětí na oddělení JIRP a IMP

Dobrý den,

Jmenuji se Martina Brožovičová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně oboru Porodní asistentka. Tento výzkum je součástí mé závěrečné práce, která se týká informovanosti matek předčasně narozených dětí na odděleních JIRP a IMP. Chtěla bych Vás tedy požádat o několik minut Vašeho drahocenného času k vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní. Cílem dotazníku je zjistit Informovanost na odděleních JIRP a IMP.

Předem děkuji.

Martina Brožovičová

Věk:

Těhotenství/ počet porodů:

Jaké byly pocity prvních pár dnů po předčasném porodu?

Slyšela jste někdy něco na téma „Předčasně narozené děti“?

a) ne

b) ano, co to bylo

Kdo vám podával prvotní informace o vašem miminku?

Kdy vám byly podávány první informace o vašem miminku?

Byla jste seznámena s chodem oddělení JIP? Pokud ano, kdo poučení provedl?

Byly informace sdíleny i s vaším partnerem/manželem?

a) ano

b) ne

Byly vám srozumitelně podány informace o vašem dítěti?

a) ano

b) ne

Pokud jste měla vy nebo váš partner/přítel otázky ohledně vašeho dítěte byl personál ochotný vám vše vysvětlit?

a) ano

b) ne

Byly informace podány v dostatečné míře?

- a) ano b) ne, jaké informace Vám chyběly

Byly informace podávány postupně nebo najednou? Čemu byste dala přednost?

Byla ze strany personálu aktivní nabídka kontaktu s vaším dítětem?

- a) ano b) ne, proč?

Jak byste hodnotila míru zapojení do péče o dítě?

Jaká byla nejobtížnější chvíle péče o vaše dítě? Mohl by s tím personál více pomoci?

Jaké byly nejdůležitější okamžiky v péči o dítě na oddělení?

Byla nějaká negativa během kontaktu s dítětem v nemocnici? Pokud ano, jaké?

Měla jste prostor pro vyjádření obav a pocitů na oddělení JIP/IMP?

- a) ano b) ne, proč?

Myslíte si, že by bylo přínosné některé úkony u dítěte předem zkoušet na figurínách? Pokud ano, které úkony by to byly?

Byl personál otevřen k diskuzím v péči o vaše miminko?

- a) ano b) ne

Byla vám poskytnuta psychologická pomoc po předčasném porodu?

a) ano

b) ne

Jaké je vaše celkové shrnutí průběhu péče o vaše dítě na oddělení JIP a IMP?