

Edukace a podpora rodičů předčasně narozených dětí

Denisa Vychopňová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Denisa VYCHOPŇOVÁ**

Osobní číslo: **H09682**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Edukace a podpora rodičů předčasně narozených dětí**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části vymezit pojmy, jako jsou: neonatologie, předčasný porod (rizikové faktory vzniku předčasného porodu), předčasně narozený novorozenec (charakteristické znaky nezralosti, možné problémy spojené s nezralostí a nedonošeností), edukace a edukační proces (kompetence sestry při edukaci), současné zajištění péče o předčasně narozené novorozence.

V praktické části se zaměřit na jednotlivé techniky a metody využívané ve vývojové péči o předčasně narozené novorozence, na zapojení rodičů ve vývojové péči o předčasně narozené novorozence (hygienická péče, výživa – kojení, vyprazdňování, klokánkování, rehabilitace – Vojtova metoda).

Zjistit a zmapovat priority rodičů v oblasti edukace a podpory rodiny předčasně narozeného dítěte.

Zpracovat data z průzkumného šetření. Zhodnotit výsledky a navrhnout využití poznatků v praxi (doporučení).

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DOKOUPILOVÁ, Milena et al., 2009. Narodilo se předčasně. Průvodce péče o nedonošené děti. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2007. Intenzivní péče o novorozence. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-447-4.

ROZTOČIL, Aleš et al., 2008. Moderní porodnictví. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.

DORT, Jiří et al., 2006. Neonatologie - Vybrané kapitoly pro studenty LF. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0790-5.

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

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

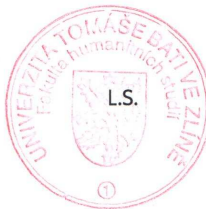
Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 14. února 2012



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





Mgr. Anna Krátká, 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.

23-05-2012

Ve Zlíně

.....
Denisa Hadravská

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 rozmnožení.*

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

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo 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 výtěžku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výtěžku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Teoretická část bakalářské práce osvětluje problematiku předčasně narozených dětí, popisuje klasifikaci nezralých novorozenců, základní projevy nezralosti, možné problémy a onemocnění, která mohou nastat následkem předčasného porodu, také současné zajištění péče o nedonošené novorozence. Věnuje se rodičům (matkám), jejich psychice, edukaci a podpoře v oblasti vyrovnání se s předčasným porodem a začleněním do péče o předčasně narozené děti

Výzkumná část zjišťuje pocity, priority a informovanost rodičů v oblasti edukace, podpory rodiny a zapojení do péče o předčasně narozené děti. Zkoumá způsoby a rozsah edukace rodičů předčasně narozených dětí ze stran zdravotnického personálu. Zkoumá názor zdravotnického personálu na současný stav podpory rodiny předčasně narozených dětí a případné rezervy v této oblasti, názor na zapojení rodičů do péče o nedonošené děti, důležitost přítomnosti rodičů u svých dětí na neonatologickém oddělení.

Klíčová slova:

Předčasně narozené děti, klasifikace nezralého novorozence, problémy a onemocnění, předčasný porod, rodiče, edukace a podpora, zdravotnický personál.

ABSTRACT

The theoretical part of my bachelor thesis clarifies the problems of prematurely born babies, it describes classification of immature newborns, fundamental indications of immaturity, possible problems and disorders that can appear as a result of premature birth and as well the present protection in taking care of the premature born children. The thesis applies to parents (mothers), their psyche, education and support field to cope with the premature birth and involvement in taking care of the prematurely born children.

The research part of my thesis finds out feelings, priorities and information of parents in the field of education, support for families and engagement in the care for the prematurely born children. The work explores ways and extent of parents' education of the prematurely born children provided by the medical personnel. The thesis also explores opinions of the medical personnel on the present state of support given to families of the prematurely born children and appropriate reserves in this field, opinions on involvement of parents in taking care of the immature born children and an importance of parents' presence with their children in the neonathologic department in hospital.

Keywords:

Prematurely born children, classification of an immature born baby, problems and illnesses, premature birth, parents, education and support, medical personnel.

Poděkování

Děkuji doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za její ochotu, podporu, vedení, čas, cenné rady a poskytnuté připomínky při psaní bakalářské práce.

Děkuji také mé rodině za intenzivní podporu během celého mého studia.

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

Denisa Vychopňová

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 12 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 13 |
| 1 EDUKACE | 14 |
| 1.1 POJEM EDUKACE | 14 |
| 1.2 ZÁKLADNÍ POJMY | 15 |
| 1.3 FÁZE EDUKAČNÍHO PROCESU..... | 16 |
| 1.4 METODY A FORMY EDUKACE..... | 16 |
| 1.5 SESTRA V ROLI EDUKÁTKY A JEJÍ KOMPETENCE | 17 |
| 1.6 EDUKACE VE ZDRAVOTNICKÉM PROSTŘEDÍ..... | 18 |
| 1.7 RODIČE..... | 19 |
| 2 NEONATOLOGIE | 20 |
| 3 PŘEDČASNÝ POROD | 21 |
| 3.1 PŘÍČINY PŘEDČASNÉHO PORODU | 21 |
| 3.2 RIZIKOVÉ FAKTORY PŘEDČASNÉHO PORODU | 21 |
| 3.3 PREVENCE PŘEDČASNÉHO PORODU | 22 |
| 3.4 MÍSTO A PŘÍPRAVA K PORODU..... | 22 |
| 4 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ | 23 |
| 4.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ DLE GESTAČNÍHO VĚKU | 23 |
| 4.2 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ DLE PORODNÍ HMOTNOSTI | 23 |
| 4.3 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ DLE VZTAHU HMOTNOSTI A GESTAČNÍHO VĚKU..... | 23 |
| 5 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DĚTI | 24 |
| 5.1 KLASIFIKACE NEZRALÉHO NOVOROZENCE | 24 |
| 5.2 ANATOMICKÉ A FYZIOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE | 24 |
| 5.2.1 Kůže | 25 |
| 5.2.2 Prsní bradavky..... | 25 |
| 5.2.3 Ušní boltce | 25 |
| 5.2.4 Genitál | 25 |
| 5.2.5 Rýhování na ploskách nohou a na dlaních..... | 25 |
| 5.2.6 Pupečník..... | 25 |
| 5.2.7 Dýchání | 25 |
| 5.2.8 Zažívání..... | 26 |
| 5.2.9 Vyměšování..... | 26 |
| 5.2.10 Termolabilita | 26 |
| 5.2.11 Imunitní systém..... | 26 |
| 5.3 MOŽNÉ PROBLÉMY SPOJENÉ S NEDONOŠENOSTÍ A NEZRALOSTÍ..... | 26 |
| 5.3.1 Respirační tíseň | 26 |
| 5.3.2 Hypoglykémie a hypokalcémie | 27 |
| 5.3.3 Hypotermie..... | 27 |
| 5.3.4 Problémy s výživou a hydratací | 27 |
| 5.3.5 Hypotenze | 27 |
| 5.3.6 Anémie | 27 |
| 5.3.7 Hyperbilirubinémie | 27 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.3.8 | Apnoické pauzy provázené bradykardií a cyanózou..... | 27 |
| 5.3.9 | Sepse | 28 |
| 5.3.10 | Zvýšená náchylnost ke krvácení | 28 |
| 5.3.11 | Intolerance aktivity a vysoká únavnost | 28 |
| 5.3.12 | Zvýšené riziko poškození kůže | 28 |
| 5.3.13 | Oční komplikace | 28 |
| 5.4 | OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE V PÉČI O NEDONOŠENÉ, NEZRALÉ NOVOROZENCE | 28 |
| 5.5 | PROGNÓZA NEZRALÉHO DÍTĚTE..... | 29 |
| 5.6 | VÝVOJ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ Z PSYCHOLOGICKÉHO HLEDISKA..... | 29 |
| 6 | SOUČASNÉ ZAJIŠTĚNÍ PÉČE O NEDONOŠENÉ DÍTĚ | 30 |
| 6.1 | OŠETŘENÍ PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO DÍTĚTE NA PORODNÍM SÁLE..... | 30 |
| 6.2 | TŘÍSTUPŇOVÁ PÉČE O NOVOROZENCE | 30 |
| 6.3 | TERMONEUTRÁLNÍ PROSTŘEDÍ | 31 |
| 6.4 | SLEDOVÁNÍ VITÁLNÍCH FUNKCÍ..... | 31 |
| 6.5 | VÝŽIVA | 31 |
| 6.6 | VYPRAZDŇOVÁNÍ..... | 32 |
| 6.7 | HYGIENICKÁ PÉČE | 32 |
| 6.8 | KLID A KOMFORT DÍTĚTE | 33 |
| 6.9 | ASEPTICKÉ PROSTŘEDÍ | 33 |
| 7 | MATKA (RODIČE) PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO DÍTĚTE..... | 34 |
| 7.1 | PSYCHICKÝ STAV MATKY (RODIČŮ) PO PŘEDČASNÉM PORODU..... | 34 |
| 7.2 | SPECIFICKÉ PROBLÉMY RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO DÍTĚTE | 35 |
| 7.3 | PÉČE ZAMĚŘENÁ NA RODINU | 36 |
| 7.4 | PODPORA RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO DÍTĚTE | 36 |
| 7.5 | METODY A TECHNIKY PODPORUJÍCÍ ROZVOJ VZTAHU MEZI MATKOU A DÍTĚTEM | 39 |
| 7.5.1 | Klokánkování (Kangaroo Care) | 39 |
| 7.5.2 | Motýlí masáže | 39 |
| 7.5.3 | Konejšivý dotek (Containment holding)..... | 39 |
| 7.5.4 | Metoda pevného objetí | 39 |
| 7.5.5 | Bazální stimulace | 40 |
| 8 | SMRT DÍTĚTE | 41 |
| 8.1 | PODPORA RODINY UMÍRAJÍCÍHO DÍTĚTE | 42 |
| II | VÝZKUMNÁ ČÁST | 43 |
| 9 | KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ | 44 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 9.1 | CÍLE PRÁCE | 44 |
| 9.2 | VÝZKUMNÝ SOUBOR | 44 |
| 9.3 | CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A (R1 - R8)..... | 44 |
| 9.4 | POUŽITÁ METODA A | 45 |
| 9.5 | CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU A1 | 45 |
| 9.6 | CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU A2 | 47 |
| 9.7 | ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT..... | 48 |
| 9.8 | VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A | 49 |
| 9.8.1 | Kategorizace dat výzkumného vzorku A1 v tabulkách..... | 49 |
| 9.8.2 | Kategorizace dat výzkumného vzorku A2 v tabulkách..... | 53 |
| 10 | KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ B..... | 60 |
| 10.1 | CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ B (R9 - R12)..... | 60 |
| 10.2 | POUŽITÁ METODA B | 60 |
| 10.3 | CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU B..... | 60 |
| 10.4 | ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT..... | 61 |
| 10.5 | VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ B | 62 |
| 10.5.1 | Kategorizace dat výzkumného vzorku B v tabulkách..... | 62 |
| | DISKUSE | 65 |
| | ZÁVĚR | 71 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 75 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK..... | 79 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 80 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 81 |

ÚVOD

V dnešní době stále stoupá počet předčasně narozených dětí a tato problematika se stále více dostává do povědomí společnosti. V České republice postihne nedonošenost téměř osm tisíc dětí ročně, což znamená, že z celkového počtu novorozenců tvoří sedm až osm procent dětí nezralé.

Přes veškeré úsilí není známo, proč k předčasnému porodu tak často dochází. Díky velmi vysoké úrovni neonatologické péče se v České republice daří zachraňovat děti narozené ve 24. týdnu těhotenství, nebo s porodní hmotností nad 500 gramů. Tito novorozenci jsou umístěni ve specializovaných tzv. intermediálních či perinatologických centrech, která jim díky svému vybavení a vysoce odbornému specializovanému týmu zdravotníků poskytnou maximální možnou péči. Velký důraz je kladen také na rodiče předčasně narozených dětí, podporu jejich role a co nejčasnější zapojení do péče o novorozence. Na předčasný porod dítěte není žádný rodič připraven. Především matky prožívají pocity strachu, bezmoci, viny, selhání, úzkosti a vzhledem k separaci od dítěte mohou mít potíže s navázáním citového pouta k dítěti. V této nelehké životní situaci potřebují oporu, potřebují mít pocit, že se mají na koho se svými obavami a otázkami obrátit a dostane se jim odpovědi. Z praxe vyplývá, že matkám předčasně narozených dětí není poskytována psychická podpora ze stran zdravotnického personálu a největší oporou jim je manžel, nebo partner. Tato těžká životní situace neznamena konec, ale začátek nového soužití. Netýká se pouze rodičů, matek, ale celé široké rodiny. Základem podpory rodičů je umožnit jim kdykoli kontakt s dítětem a co nejčasněji je zapojit do péče o dítě, pomoci jim získat dostatek znalostí a dovedností, aby péči zvládli. Důležitou součástí je také pravidelné podávání informací o stavu dítěte. Podpora rodiny předčasně narozeného dítěte je velmi důležitá.

V mé práci budou vymezeny pojmy týkající se problematiky nedonošených dětí, jako klasifikace nedonošenců, známky nezralosti, současné zajištění péče. Pokusím se také nastínit edukaci rodičů předčasně narozených dětí a postupné zapojení do péče.

Věřím, že uvedené výsledky průzkumného šetření alespoň zčásti pomohou nastínit priority a rezervy v podpoře rodiny předčasně narozeného dítěte z pohledu rodičů a zdravotnického personálu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 EDUKACE

1.1 Pojem edukace

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Oba tyto pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Dle Průchy (1997) je výchova proces, kdy dochází k záměrnému působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jeho vývoji. S tímto tvrzením plně souhlasím.

„Výchova u jedince rozvíjí jeho postoje, potřeby, zájmy a chování. Vzdělávání je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Výsledným efektem vzdělávání je vzdělanost, vzdělání, kvalifikace“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

K tomu, aby působení na osobnost, v našem případě rodiče (matky) předčasně narozených dětí bylo úspěšné, je důležité navázat kontakt s rodiči, povzbudit jejich zájem a získat je ke spolupráci. Důležitá je také osobnost sestry a její vlastnosti. Správnou edukací může dojít ke změnám poznatků, může vést k pochopení souvislostí a ovlivnit tím i žebříček hodnot. Efektivní edukace může přinést změny, posun v přesvědčeních a postojích rodičů (Dušová, 2005).

Edukaci můžeme rozdělit na:

- Základní edukaci, kdy jedinci předáváme nové vědomosti a dovednosti.
- Reedukční edukaci, kdy edukovaný jedinec už má nějaké vědomosti a dovednosti v dané problematice a my je pouze prohlubujeme.
- Komplexní edukaci, kdy jedinci po částech předáváme ucelené vědomosti a budujeme jeho dovednosti. Tento typ edukace je nejčastěji využíván v kurzech (Juřeníková, 2010).

1.2 Základní pojmy

Edukant je subjekt učení, kterého chceme vychovávat a vzdělávat bez ohledu na věk. Za edukanta lze označit např. těhotnou ženu, matku hospitalizovaného dítěte, studenta atd.

Edukátor je osoba, která vykonává edukaci. V nemocnici je edukátor nejčastěji lékař, nebo sestra.

Edukační realita je každá skutečnost (prostředí, situace) ve společnosti, ve které probíhá edukační proces.

Edukační proces je jakákoli činnost, při které se objekt vyučuje, nebo učí.

Edukační konstrukty jsou určité teorie, modely, plány nebo scénáře, které přímo ovlivňují edukační procesy. Mezi edukační konstrukty patří učebnice, léčebné plány, počítače a programy, filmy apod. Často po propuštění dostanete do ruky zprávu, ve které se mimo jiné píše, jaké léky máte užívat a kdy. I tato propouštěcí zpráva by se dala označit jako edukační konstrukt.

Edukační prostředí je vytvářeno fyzikálně - sensorickými elementy jako je nábytek, barva, zvuky, zařízení, vzduch, osvětlení atd. Tyto elementy charakterizují místo, ve kterém edukace probíhá.

Učení znamená získávání zkušeností, vědomostí, dovedností. Učení je vždy obsaženo v edukačním procesu (Průcha, 1997).

V odborné literatuře jsou charakterizovány základní typy učení:

1. „Senzomotorické - dítě nebo dospělý si osvojuje různé pohybové činnosti, hygienické návyky, použití nástroje nebo pomůcky. Příkladem vyšší úrovně tohoto typu učení je například obsluha složitějšího přístroje.
2. Verbálně kognitivní - jde o osvojení poznatků pomocí jazyka prostřednictvím mluveného nebo tištěného slova.
3. Sociální učení - probíhá celý život, odpovídá za schopnost komunikovat, plnit určité životní role, vytvořit si systém hodnot, názorů a postojů.

Všechny typy učení jsou v různé kombinaci a proporcionalitě obsaženy v každém edukačním procesu “ (Průcha, 2005, s. 20).

Při učení se novým poznatkům je důležitá motivace, to co nás vede k tomu, abychom se naučili novým věcem a dovednostem.

Motivace může být:

1. Vnitřní - jedinec má sám zájem naučit se nové věci.
2. Vnější - většinou edukátor povzbuzuje chuť edukanta naučit se novým věcem (Juřeníková, 2010).

1.3 Fáze edukačního procesu

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky - v této fázi se edukátor snaží odhalit dosavadní vědomosti, dovednosti, postoje a potřeby edukanta.
2. Fáze projektování - v této fázi si plánujeme cíle, obsah a metody edukace. Připravujeme si také pomůcky, které při edukaci použijeme.
3. Fáze realizace - u této fáze je důležitý první krok, a to edukanta motivovat, poté zprostředkovat nové informace, které je nutné procvičit a zopakovat. Dále je důležité ověřit si, zda nové informace edukant chápe a poté se snažíme, aby edukant dokázal získané dovednosti a vědomosti použít.
4. Fáze upevňování a prohlubování učiva - abychom si osvojené učivo dlouhodobě pamatovali, je nutné ho systematicky opakovat a procvičovat.
5. Fáze zpětné vazby - v této fázi hodnotíme výsledky edukanta, ale i edukátora, abychom dostali možnost zpětné vazby mezi nimi (Juřeníková, 2010).

1.4 Metody a formy edukace

K tomu, aby sestra edukátorka vyvolala zájem a přesvědčila pacienta, nebo rodiče nemocného dítěte o nutnosti dozvědět se nové informace a naučit se novým dovednostem, využívá různé metody a formy edukace.

Metoda je cílevědomý, záměrný, promyšlený postup, kterým sestra edukátorka provádí výchovně vzdělávací proces. Nejčastěji používanou klasifikací metod je klasifikace podle zdroje poznatků. Jsou to metody: slovní, praktické a názorně-demonstrační. U slovních metod je zdrojem poznatků mluvená, tištěná nebo psaná řeč. Mezi tyto metody patří např. vysvětlování, rozhovor, přednáška, beseda, tištěné slovo je základem práce s knihou. Při edukaci rodičů využívá sestra nejčastěji metodu vysvětlování a rozhovor. V případě skupinové edukace může použít přednášku, besedu, diskuzi. Sestra také využívá tištěné výukové materiály, učebnice, brožury, jinou doplňkovou literaturu a internet. Praktické metody jsou takové, při kterých je zdrojem poznatků především praktická činnost. Mezi tyto metody zařazujeme: písemné práce, metody praktické práce, např. v odborných učebnách, v nemocnici. Během názorně - demonstračních metod se pacient dostává do přímého nebo zprostředkovaného styku s předměty a jevy. Patří mezi ně pozorování a předvádění. Jednotlivé metody se mohou prolínat a doplňovat.

Edukace má mimo obsah a metody také různé formy. Podle počtu edukovaných osob dělíme edukaci na individuální a skupinovou. Individuální forma v případě zdravotnictví znamená, že sestra nebo jiný člen zdravotnického týmu edukuje jednoho pacienta nebo jemu blízkou osobu. Když se edukace účastní více pacientů nebo rodinných příslušníků jde o skupinovou formu vyučování. Podle místa, kde vyučování probíhá, dělíme edukaci na formální (ve škole, v institucích) a neformální (v domácím prostředí, v nemocnici) (Závodná, 2005).

1.5 Sestra v roli edukátorky a její kompetence

Na konci 90. let minulého století po změně politického uspořádání došlo k velkým změnám v ošetrovatelství. Změnil se přístup ke klientům, do popředí se dostává plnění individuálních bio-psycho-sociálních potřeb klienta. Zároveň se mění i profesionální role sestry. Sestra už není jen asistentkou lékaře, ale zastává i roli ošetrovatelky, pomocnice, komunikátory, edukátorky, obhájkyňe práv klienta, manažerky a výzkumnice. Roli edukátorky zaujímá v oblasti primární, sekundární a terciární zdravotní péče a prevence (Mastiliaková, 2003).

1.6 Edukace ve zdravotnickém prostředí

Uplatňujeme-li definici edukačního procesu ve zdravotnictví, znamená to, že edukací je každý kontakt pacienta nebo doprovodu nemocného se zdravotníkem. Mezi pacientem a zdravotníkem dochází ke komunikaci a sdělování informací. Za edukaci považujeme edukační proces s vysokým stupněm intencionality¹. V rámci edukace se klidně může jednat pouze o krátké sdělení v rozsahu několika vět, jež se vztahují k určité aktuální situaci, nebo se může jednat o rozsáhlý a náročný edukační program.

Edukaci ve zdravotnickém prostředí rozdělujeme na:

1. Primární edukaci - edukanti jsou zdraví lidé a rizikové skupiny lidí. V rámci primární edukace se klade důraz na podporu zdraví a osobní odpovědnost za své zdraví, a to díky preventivním programům, které jsou zaměřeny na snížení či odstranění různých rizikových faktorů. Cílem je změnit postoj široké veřejnosti k preventivním opatřením a zdravému způsobu života. V ošetrovatelství se setkáváme s primární edukací v oblasti přípravy na mateřství, předporodní přípravy, péče o novorozence atd.
2. Sekundární edukaci - je zaměřena na nemocné osoby a jejich rodinné příslušníky. Obsahem sdělení jsou informace o onemocnění, jeho původu, patofyziologických změnách a metodách léčby. Součástí edukace je osvojení potřebných ošetrovatelských postupů. Cílem edukace je zabránit rozvoji onemocnění a vzniku dalších komplikací.
3. Terciární edukaci - tento typ je zaměřen na nemocné v pokročilém stádiu onemocnění, které s sebou již přináší řadu zdravotních, psychických a sociálních obtíží (Uhlířová, 2007).

¹ Intencionalita - zaměřenost

1.7 Rodiče

Úplná a fungující rodina pro dítě představuje jistotu a bezpečí. Velký význam mají rodiče i pro zdravotníky, neboť jsou důležitým zdrojem informací o dítěti. Pro zdravotnický personál je nezbytné znát rodinnou situaci, způsob životního stylu, materiální zajištění a řadu dalších informací. Pro zajištění správného léčebného režimu, který má vliv na další osud dítěte je spolupráce s rodiči velmi důležitá. Rodiče by měli být o zdravotním stavu jejich dítěte průběžně informováni. Podané informace musí být pravdivé, objektivní a sdělené včas. Pokud jsou závažné informace rodičům sděleny později, rodiče je mohou vnímat jako zatajované. Reakce rodičů na závažný zdravotní stav dítěte je nepředvídatelná. To jakým způsobem se s touto situací vyrovnávají ovlivňuje řada faktorů:

1. Osobnostní charakteristiky jednotlivých členů rodiny.
2. Vztahy mezi členy rodiny navzájem.
3. Vlastní zkušenost s nemocí, nebo s nemocí blízkých.
4. Zkušenosti se zdravotníky a zdravotnickým zařízením.
5. Životní postoje, přesvědčení, víra.

Velkou pomocí ve vypořádání se s jejich nelehkou situací je poskytnout jim dostatek informací o dítěti a jeho zdravotním stavu. Důležitá je také psychická podpora ze strany ošetřujícího personálu, zdůraznění podílu rodičů na péči o jejich dítě (Uhlířová, 2007).

Při komunikaci s rodiči je nutné mít na zřeteli:

1. Rodiče musí mít zájem o své dítě pečovat. V případě, že rodinné vztahy nefungují a nedonošené dítě je chápáno jako zátěž, je situace velmi závažná a vyžaduje další opatření.
2. Rodiče musí mít možnost o dítě pečovat. Takto je chápána ekonomická, sociální a psychická připravenost rodiny pečovat o nedonošené dítě.
3. Rodiče musí umět pečovat o své nedonošené dítě. K tomu, aby tuto situaci zvládli, potřebují pomoc ošetřovatelského týmu. Potřebují získat vědomosti a dovednosti v oblasti potřeb, které jejich dítě má, tak aby péči zvládli léčebný režim a péči o dítě (Uhlířová, 2007).

2 NEONATOLOGIE

Neonatologie je lékařský obor, který se zabývá péčí o fyziologické i patologické novorozence. Tento obor se zabývá komplexní péčí o novorozence, včetně extrémně nezralých. V České republice je novorozenecké období vymezeno od chvíle narození do 28. dne života. V tomto období, které je průsečíkem prenatalního a postnatalního období, se odehrávají neopakovatelné životní děje. U dítěte dochází k prvnímu nadechnutí, přestavbě kardiovaskulárního systému, prvnímu pohledu, úsměvu i pláči (Fendrychová, 2009).

„V České republice v posledních letech mírně stoupá procento dětí narozených předčasně, protože se v důsledku pokroku medicíny daří zachránit i děti narozené ve 23. - 24. týdnu gestace. Pozornost se však posouvá od prosté záchrany k zajištění co nejvyšší kvality života a zdraví. Do péče o novorozence tak vstupují i další odborníci jako jsou např. psychologové, fyzioterapeuti, aromaterapeuti či muzikoterapeuti, a neonatologie se tak stává jednou součástí multidisciplinární pomoci dětem a jejich rodinám“ (Fendrychová, 2011, s. 22).

3 PŘEDČASNÝ POROD

Jak bylo zmíněno v úvodu, předčasným porodem v České republice končí až osm procent těhotenství (Dokoupilová, Fišárková a Novotná, 2009).

Za předčasný porod je považováno každé těhotenství ukončené před dokončeným 37. týdnem gestace (Borek, 2001).

Nedonošené děti, narozené kolem hranice životaschopnosti od 24. t.t.² do konce 37. g.t.³, jsou zatíženy vysokou mortalitou⁴ a morbiditou⁵. Mortalita není přímo úměrná gestačnímu věku (Borek, 2001).

„Pravděpodobnost předčasného porodu stoupá s rostoucím gestačním stářím až k mezinárodně definovanému bodu 37. týdnů. K necelé čtvrtině předčasných porodů dochází před 32. týdnem. Velmi předčasný porod (s gestačním stářím nižším než 32. dokončených týdnů) představuje největší výzvu, ale tento arbitrárně stanovený přelomový bod má jen malý význam pro klinickou praxi. Nejsou stanoveny žádné limity pro gestační stáří ani pro očekávanou hmotnost plodu, při jejichž nesplnění nebo naopak překročení by se určitý postup měnil z patřičného v nedbalý“ (Enkin et al., 1998, s. 273).

3.1 Příčiny předčasného porodu

Nejčastější čtyři příčiny předčasného porodu jsou následující: předčasný nástup děložní činnosti, PROM⁶, předčasně vyvolaný porod z důvodu onemocnění matky nebo plodu a fetální stres (Hájek, 2004).

3.2 Rizikové faktory předčasného porodu

Rizikové faktory vedoucí k předčasnému porodu jsou následující: vrozené a získané vady dělohy, vícečetná těhotenství, chronické onemocnění ledvin, fyzická zátěž, stres, špatná socioekonomická situace, podvýživa, abusus (kouření, drogy a alkohol), věk matky nižší než 18 nebo vyšší než 35 let, předchozí předčasný porod a nedostatečná nebo chybějící prenatální péče (Mikulandová, 2004).

² t.t. - týden těhotenství

³ g.t. - gestační týden

⁴ mortalita - úmrtnost

⁵ morbidita - nemocnost, chorobnost

⁶ PROM - předčasný odtok plodové vody

3.3 Prevence předčasného porodu

Jedním z mnoha cílů porodnické péče je prevence předčasného porodu, která klade důraz na včasné rozpoznání a intervence dřív, než se objeví příznaky obávaného předčasného porodu. Existují rizikové faktory, které lékař ovlivnit nemůže jako např. věk matky, socioekonomickou situaci, vícečetné těhotenství atd. Včasné zjištění rizikových faktorů a zvýšená sledovanost rizikové pacientky je předpokladem správného preventivního postupu. U těhotné ženy jsou nutné častější kontroly zaměřené na zvýšené sledování děložní činnosti, stav porodních cest a včasné zahájení léčby u hrozícího předčasného porodu (Hájek, 2004).

3.4 Místo a příprava k porodu

Porod nezralých, předčasně narozených dětí by měl proběhnout v odpovídajícím zařízení. Ženy, které rodí před ukončeným 37. týdnem těhotenství, by měly родit v zařízení s intermediální péčí o novorozence. Pokud by měl porod proběhnout ještě dříve, a to před ukončením 32. týdnem těhotenství, mělo by zařízení disponovat novorozeneckou JIP⁷ (Kyčerková, 2003).

„Před stanovením terapeutického a ošetrovatelského postupu posoudí zkušený porodník, zda je možno předčasný porod zastavit, nebo zda je předčasný porod neodvratný a je třeba se připravit na porod nezralého novorozence. Velmi důležité je zajistit těhotné tělesný a duševní klid“ (Kyčerková, 2003, s. 15).

Na porod nedonošeného dítěte na specializovaném pracovišti je vždy připraven pediatr, zkušený neonatolog a dvě dětské sestry. Dále je připraveno vyhřáté prostředí, sterilní pleny, vyhřáté lůžko, plastické fólie k zabránění ztrátám tepla nedonošeného dítěte, pomůcky pro případný podvaz pupečníku (svorka či sterilní tkanice, sterilní mulové čtverce). Dále je připraven a překontrolován kyslíkový manometr, odsávačka, pomůcky i léky k případné neodkladné resuscitaci (Kyčerková, 2003).

⁷ JIP - jednotka intenzivní péče

4 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ

„Každý novorozenec je charakterizován svým gestačním věkem, porodní hmotností a jejich vzájemným vztahem. Tyto parametry používáme k třídění novorozenců:

- podle gestačního věku,
- podle porodní hmotnosti,
- podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku.“

„Gravidita normálně trvá 40 týdnů (počítáno od 1. dne menstruace)“ (Dort et al., 2004, s. 7).

4.1 Klasifikace novorozenců dle gestačního věku

- a) nedonošení novorozenci - narození ve 37. t.t. či dříve,
- b) donošení novorozenci - narození od 38. t.t. do 42.t.t.,
- c) přenášení novorozenci - narození ve 43. t.t. a později (Dort et al., 2004).

4.2 Klasifikace novorozenců dle porodní hmotnosti

- a) „novorozenci obrovští (makrosomie) s porodní hmotností 4.500 g a vyšší,
- b) novorozenci s normální porodní hmotností 2.500 g - 4.500 g,
- c) novorozenci s nízkou porodní hmotností pod 2.500 g,
- d) novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností pod 1.500 g,
- e) novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností pod 1.000 g.“ (Dort et al., 2004, s. 7).

4.3 Klasifikace novorozenců dle vztahu hmotnosti a gestačního věku

- eutrofičtí novorozenci (proporcionální) - porodní hmotnost odpovídá dosaženému gestačnímu stáří (pohybuje se mezi 10. a 90. percentilem pro daný gestační věk),
- hypotrofičtí novorozenci - porodní hmotnost je nižší než odpovídá danému dokončenému týdnu gestačního věku (pohybuje se pod 10. percentilem),
- hypertrofičtí novorozenci - porodní hmotnost je vyšší než odpovídá dokončenému týdnu gestačního věku (pohybuje se nad 90. percentilem) (Fendrychová, 2007).

5 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DĚTI

Jako předčasně narozené, nedonošené označujeme novorozence, kteří se narodili před dokončeným 37. týdnem gravidity. U 1,5 % všech předčasných porodů je porodní hmotnost novorozence nižší než 1.500 g, to znamená, že většinou je i gestační věk nižší než 32. týden (Muntau, 2009).

Nedonošení novorozenci jsou nezralí. Stupeň zralosti je ukazatelem toho, jak je dítě při narození vyvinuté a jaká je úroveň schopnosti jednotlivých orgánů fungovat mimo dělohu. Orgánová nezralost je vyjádřena tím více, čím je novorozenec gestačně mladší. Stupeň zralosti lze stanovit třemi způsoby: somatickými kritérii, neurologickým vyšetřením a kombinací fyzikálního a neurologického vyšetření (Fendrychová, Borek, 2007).

5.1 Klasifikace nezralého novorozence

- extrémně nezralý novorozenec - narozen do 38. týdne gestace s porodní hmotností od 500 - 999 g, používá se zkratka ELBW (extremely low birth weight infant - extrémně nízká porodní hmotnost),
- velmi nezralý novorozenec - narozen do 32. týdne gestace s porodní hmotností od 1.000 - 1.499 g, používá se zkratka VLBW (very low birth weight - velmi nízká porodní hmotnost),
- středně nezralý novorozenec - narozen do 34. týdne gestace s porodní hmotností od 1.500 - 1.999 g, používá se zkratka LBW (low birth weight - nízká porodní hmotnost),
- lehce nezralý novorozenec - narozen do 38. týdne gestace s porodní hmotností od 2.000 g - 2.499 g, používá se stejná zkratka jako u středně nezralého novorozence (Borek, 2001).

5.2 Anatomické a fyziologické zvláštnosti nedonošeného novorozence

„Vývoj plodu trvá 40. gestačních týdnů (± 2 týdny). Gestačnímu věku novorozence v době jeho narození odpovídá zralost novorozence, jeho připravenost k samostatnému životu. Gestačnímu věku zhruba odpovídá i hmotnost a délka novorozence. Životaschopnost plodů je asi od 24. - 25. týdne, tj. asi od hmotnosti 500 - 800 g“ (Borek, 2001, s. 43).

5.2.1 Kůže

U velmi nezralých novorozenců má živě červenou barvu, je průsvitná, gelatinózní, chybí pokrytí mázkem, lanugo je řídké. U méně nezralých má kůže tmavě růžovou barvu, je dostatečně pokryta mázkem a jemnými chloupky nebo-li lanugem (Borek, 2001).

5.2.2 Prsní bradavky

U velmi nezralých, nedonošených novorozenců prsní bradavky úplně chybí nebo jsou jen zčásti naznačeny, u lehce nedonošených je bradavka a obvykle i část dvorce vytvořena (Borek, 2001).

5.2.3 Ušní boltce

Ušní boltce jsou zpravidla měkké, u těžce nedonošených novorozenců nemusejí být vyvinuté (Borek, 2001).

5.2.4 Genitál

U chlapců často nacházíme nesestouplá varlata, u dívek zeje vulva a velké stydké pysky nepřekrývají malé (Borek, 2001).

5.2.5 Rýhování na ploskách nohou a na dlaních

„U těžce nedonošených prakticky chybí, nebo jsou vytvořeny jen hlavní rýhy, u lehce nedonošených je rýhování více, ale rýhy jsou mělčí než u donošených“ (Borek, 2001, s. 47).

5.2.6 Pupečník

„U nedonošených dětí je silný, rosolovitý a úpon je blíže k symfýze“ (Fendrychová et al., 2007, s. 35).

5.2.7 Dýchání

Nedokonalá plicní funkce způsobená nedostatkem surfaktantu⁸ vede k nedostatečné výměně plynů (Borek, 2001).

⁸ Surfactant - látka fosfolipidové povahy, která po výdechu udržuje plicní sklípky rozepjaté a umožňuje tak normální funkci plicní tkáně.

Od 32. týdne těhotenství jsou schopny plíce dítěte tuto látku vytvořit samy, ovšem i u dítěte narozeného ve 36. týdnu těhotenství může být tvorba surfaktantu značně omezená (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009).

5.2.8 Zažívání

Předčasně narozené děti mají nepřítomný nebo velmi omezený sací a polykací reflex, nehlásí se samy k jídlu. Často určitou dobu trpí intolerancí stravy, která je způsobená omezeným množstvím trávicích šťáv, zpomalenou motilitou střev a špatnou evakuací žaludku (Borek, 2001).

5.2.9 Vyměšování

Vzhledem k nezralé funkci ledvin a jater, kdy játra nestačí vyloučit přebytek bilirubinu, vzniká u novorozenců žloutenka, tzv. novorozenecká žloutenka, která většinou nastupuje později, ale trvá delší dobu než u novorozenců narozených v termínu.

První stolice, zvaná smolka, odchází u nedonošených novorozenců déle než u donošených, někdy až 2 týdny (Borek, 2001).

5.2.10 Termolabilita

Organismus novorozence není schopen regulovat tělesnou teplotu. U nedonošených dětí může dojít k podchlazení mnohem rychleji, protože jsou menší. Příčinou ztráty tepla je nepoměr mezi nízkou hmotností dítěte vzhledem k velkému povrchu jeho těla a tenká vrstva podkožního tuku (Borek, 2001).

5.2.11 Imunitní systém

Každý novorozenec má nezralý imunitní systém a sníženou obranyschopnost, což je situace o to více závažná u nedonošených novorozenců. Tyto děti jsou více ohroženy infekcí a je nezbytně nutné dodržovat potřebná preventivní opatření k zabránění vzniku infekce a přizpůsobit tomuto riziku celý systém péče (Řihánková, 2009).

5.3 Možné problémy spojené s nedonošeností a nezralostí

5.3.1 Respirační tíseň

Díky nedostatku surfaktantu je plicní tkáň nezralá. To vede k nedostatečnému okysličování tkání a orgánů a může dojít až k poškození mozku.

5.3.2 Hypoglykémie a hypokalcémie

Předčasně narozené děti mají nedostatečné zásoby cukru a kalcia v těle, což znamená, že u nich může snadno vzniknout hypoglykémie a hypokalcémie, která opět může mít za následek až poškození mozku.

5.3.3 Hypotermie

Podchlazení postihuje nedonošené novorozence kvůli chybějící vrstvě podkožního tuku, která brání ztrátám tepla. Tito novorozenci nemají vyvinutou termogenezi⁹ a termoregulaci.

5.3.4 Problémy s výživou a hydratací

Nezralí novorozenci mají nepřítomný nebo chabý sací reflex, sníženou motilitu střev a omezenou produkci trávicích šťáv. V důsledku nezralých svěračů na obou koncích žaludku trpí dítě zvracením a regurgitací zejména při krmení.

5.3.5 Hypotenze

Nízký krevní tlak se u nedonošených dětí vyskytuje nejčastěji jako důsledek stresové situace, které jsou nezralí novorozenci vystaveni. Hypotenze však může být i následek velkých krevních ztrát a infekce.

5.3.6 Anémie

Chudokrevnost vzniká sníženou krve tvorbou a zrychleným rozpadem červených krvinek.

5.3.7 Hyperbilirubinémie

Zvýšená hladina bilirubinu v krvi je způsobená zvýšeným rozpadem červených krvinek a nezralostí jater, které nestačí přebytek bilirubinu vyloučit.

5.3.8 Apnoické pauzy provázené bradykardií a cyanózou

Pauzy v dýchání, zvýšená srdeční frekvence a namodralá až nafialovělá barva kůže provázejí nedonošené děti kvůli nezralosti nervového systému.

⁹ Termogeneze - zvyšování produkce tepla v těle organismu, který je vystaven chladu.

5.3.9 Sepse

Sepse je stav generalizované infekce celého krevního řečiště která je způsobená nedostačujícím množstvím protilátek od matky, nedostatečnou schopností nezralého organismu produkovat potřebné množství protilátek, zásob živin, vitamínů a železa. Nebezpečí sepse se zvyšuje, trpí-li matka infekcí nebo se v průběhu porodu vyskytnou komplikace.

5.3.10 Zvýšená náchylnost ke krvácení

Zvýšená náchylnost ke krvácení vzniká jako následek nedostatečné funkce koagulačních faktorů, a to kvůli nedostatku protrombinu a vitamínu K v organismu nezralého novorozence.

5.3.11 Intolerance aktivity a vysoká únavnost

Vysoká únavnost a intolerance aktivity nedonošeného dítěte je způsobená selháváním vitálních funkcí.

5.3.12 Zvýšené riziko poškození kůže

Toto zvýšené riziko je způsobeno nedostatkem podkožního tuku, nezralostí a křehkostí kůže. Poškození kůže může sloužit jako vstupní brána pro vznik infekce a vážně ohrozit život dítěte (Fendrychová, Borek, 2007).

5.3.13 Oční komplikace

Jsou způsobeny kombinací nezralosti sítnice a toxicity kyslíku při oxygenoterapii. Tyto faktory mohou vést k rozvoji retinopatie nedonošených (ROP) - což je nebezpečné vasoproliferativní onemocnění sítnice, které může vést k slepotě. Preventivním opatřením jsou kontrolované dávky kyslíku a pravidelné kontroly oftalmologem (Dort, 2006).

5.4 Ošetřovatelské cíle v péči o nedonošené, nezralé novorozence

Ošetřovatelským cílem v péči o nedonošené a nezralé novorozence je podpořit dýchání, udržet tělesnou teplotu a zabránit ztrátám tepla, šetřit energii dítěte, dbát preventivních opatření a zabránit vzniku infekce, dále pak tyto děti vhodně vyživovat a hydratovat, správně pečovat o jejich kůži, dbát opatrnosti a předejít tak jejímu poranění. Nezbytnou součástí je také sledování novorozence a vedení dokumentace v neposlední řadě je cílem podpora a povzbuzení rodičů nedonošeného dítěte (Fendrychová, Borek, 2007).

5.5 Prognóza nezralého dítěte

Předčasně narozené, nezralé děti mají nízkou porodní hmotnost a nedokonale vyvinuté adaptační mechanismy jako regulace tělesné teploty, dechové centrum, reflexy atd. Čím dříve se děti narodí, tím menší je jejich životaschopnost a odolnost. Pokud přežívají, jsou po určitou dobu ohroženi zvýšenou nemocností (Macků a Čech, 2002).

Nedonošené, nezralé děti vyžadují co možná nejintenzivnější péči, aby se zvýšila jejich šance na přežití a snížilo se riziko budoucího postižení. Tyto děti jsou ošetřovány v perinatologických centrech, která jsou velmi kvalitně materiálně, technicky i personálně vybavena. Součástí perinatologických center je sledování předčasně narozených dětí i po propuštění domů (Ruffer, 2009).

5.6 Vývoj předčasně narozených dětí z psychologického hlediska

V období předpokládaného termínu porodu (40. týden těhotenství) jsou popisovány rozdíly v chování donošených dětí a dětí předčasně narozených. Nedonošené děti jsou zpravidla labilnější, dráždivé a méně reagují na sociální a smyslové podněty. Děti nedonošené představují pro své rodiče odlišného sociálního partnera, který je méně srozumitelný a předvídatelný. V pozdějším věku bývají i u zdravých předčasně narozených dětí popisovány poruchy soustředění, koncentrace, vizuomotorické obtíže, zvýšená úzkostlivost lehčí poruchy řeči i specifické poruchy učení. Tyto rozdíly ovšem nemůžeme připisovat pouze předčasnému porodu, ale také změně prostředí, na kterou tito novorozenci nejsou připraveni. Nedonošení novorozenci jsou uloženi v inkubátorech na jednotkách intenzivní péče. Zde leží na pevné podložce ve stabilní neměnné poloze v obvykle osvětlené místnosti s celou řadou ostrých zvuků přístrojů. Není výrazně rozdělen rytmus dne a noci. Děti jsou podrobovány bolestivým podmínkám a výkonům. Je nutné uvědomit si velký rozdíl pro dítě mezi prostředím v děloze a prostředím ve kterém je nyní. Do dělohy matky neproniká skoro žádné světlo, zvuky jsou tiché, zde je dítě ve stálém kontaktu s plodovou vodou, která dokáže tlumit vliv gravitace, dítě se dotýká stěn dělohy a pociťuje stimulace při pohybech matky a spolu s matkou prožívá i její biorytmus (Langmeier a Krejčířová, 2006).

6 SOUČASNÉ ZAJIŠTĚNÍ PÉČE O NEDONOŠENÉ DÍTĚ

6.1 Ošetření předčasně narozeného dítěte na porodním sále

Protože je nedonošené dítě termolabilní, je nezbytné zabránit jeho podchlazení. Dítě se musí narodit do předem vyhřátého prostředí. Sestra přebírá dítě do sterilních předem vyhřátých plen a ukládá k prvnímu ošetření do vyhřevného lůžka. Po osušení se dítě ukládá do plastické fólie, která brání ztrátám tepla. V některých případech je nezbytné dítě intubovat a aplikovat surfaktant přímo do endotracheální kanyly před odsátím dýchacích cest. Pupeční pahýl se nepodvazuje pro případnou kanylaci pupečnickových cév. Po stabilizaci životních funkcí se provede kredeizace¹⁰ a dítě je transportováno na příslušné oddělení, kde je zváženo a změřeno (Baťová, 2007).

Hned po narození se rutinně používá hodnocení poporodní adaptace dle Apgarové¹¹, které by mělo začít hned v 55. sekundě po narození. Tento hodnotící systém nás informuje o tom, zda dítě potřebuje pomoc a zda je pomoc úspěšná. Hodnotí se pět projevů dítěte (srdeční frekvence, dechová aktivita, barva kůže, svalový tonus a reakce na podráždění) v časovém sledu 1., 5., 10. minuty po narození (Fendrychová, 2004).

6.2 Třístupňová péče o novorozence

V České republice existuje třístupňová péče o novorozence:

- 1. stupeň - novorozenecká oddělení, kde se starají o zdravé donošené novorozence a děti lehce nezralé, které se narodily po 35. týdnu těhotenství,
- 2. stupeň - centra intermediální péče, zde pečují o děti narozené nad 32. týden těhotenství, někdy i v nižším týdnu, pokud jsou děti 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 možnou intenzivní péči (Dokoupilová et al., 2009).

¹⁰ Kredeizace - dezinfekce očních spojivek novorozenců jako prevence očních zánětů.

¹¹ Apgarová - Virginia Apgarová je anestezioložka, která v roce 1953 vytvořila hodnotící systém poporodní adaptace novorozence, který nám umožňuje sledovat, zda novorozenec potřebuje pomoc a zda je tato pomoc úspěšná (Fendrychová, 2004).

6.3 Termoneutrální prostředí

Dítě se ukládá do vyhřátého a zvlhčeného inkubátoru, jehož teplota je závislá na teplotě novorozence. Tělesnou teplotu novorozence měříme častěji, než dojde k její normalizaci. Důležitá je v prvních dnech také velmi vysoká vlhkost 80 - 90 %, kterou snížíme ztráty tekutin perspirací¹² přes nezralou pokožku. Kůže novorozence dozrává rychle, proto se vlhkost postupně snižuje až na 40 % (Fendrychová, 2007).

6.4 Sledování vitálních funkcí

Sledují se životní funkce novorozence: puls, dýchání, saturace hemoglobinu kyslíkem, TK, TT, barva kůže a sliznic, motorické projevy (třesy, křeče) a svalové napětí. Pokud je dítě intubované, snahou je po aplikaci surfaktantu co nejdříve extubovat a zahájit podporu dechu pomocí CPAP¹³ (Bařová, 2007).

6.5 Výživa

V prvních dnech je výživa většinou parenterální tj. infuze do žíly, protože nedonošené děti špatně tolerují perorální stravu (mateřské mléko). Čím dříve je dítě narozené tím déle parenterální výživu potřebuje. Parenterální výživa se skládá z roztoku glukózy a kalcia, od druhého dne se přidávají další tuky, bílkoviny, minerály a vitamíny. S enterální výživou se začíná nejdříve postupnými dávkami OMM - priming¹⁴, zejména pro stimulaci zažívacího ústrojí. Perorální strava se podává postupnými dávkami OMM nazogastrickou sondou přímo do žaludku. Množství a počet dávek se určuje dle tolerance stravy dítětem. Při toleranci stravy se dítě krmí co 3 hodiny. Preferuje se mateřské mléko od vlastní matky. Pokud to zdravotní stav matky umožní, tak se stimulují bradavky a odstříkává se mateřské mléko již 8 hodin po porodu. Čerstvou dávku mleziva pak nosí na JIP svému miminku. Jakmile se objeví sací reflex, dítě nemá výrazné dechové potíže a dá se předpokládat vzájemná souhra mezi sáním, dýcháním a polykáním, zkouší se krmení z lahve (Borek, 2001).

¹² Perspirace - ztráta tekutiny kůží vznikající nepozorovaným odpařováním potu.

¹³ CPAP - angl. zkr. continuous positive airway pressure. Ventilacní režim, druh neinvazivní mechanické ventilace u spontánně dýchajícího pacienta, která se uskutečňuje pomocí obličejové nebo nazální masky. Tlak v dýchacích cestách převyšuje tlak atmosférický během nádechu i výdechu, to zvýší funkční reziduální objem, čímž dojde ke zlepšení okysličení krve, pokud je hypoxemie způsobena nedostatečným plicním objemem.

¹⁴ OMM - odstříkané mateřské mléko

6.6 Vyprazdňování

K zajištění režimu vodního hospodářství se měří přesná bilance tekutin pomocí vážení jednorázových plen. U utlumených dětí často dochází k útlumu spontánního močení, v tomto případě se provádí opatrná manuální exprese močového měchýře k domočení dítěte, nebo cévkování močového měchýře.

Při vyprazdňování střev je dobré, když smolka odchází spontánně. U nedonošených novorozenců je častý odchod smolky až po několika dnech, často po 48 hodinách. V některých případech je nutné podpořit vyprázdnění pomocí nálevu OMM, který se dle potřeby opakuje. Při poruše střevní pasáže je nutné sledovat prokrvení břišní stěny a poslechem kontrolovat peristaltiku, aby se nepřehlédly příznaky možné nekrotické enterokolitidy. Mezi nejčastější známky informující o vadách, onemocněních a funkčních poruchách zažívacího ústrojí patří: odchylky normálního vzhledu břicha, poruchy odchodu smolky a stolice, zvracení a ublinkávání. Zde mají pro lékaře velký význam pozorovatelské a interpretační schopnosti sestry (Borek, 2001).

6.7 Hygienická péče

Po narození se dítě koupe až po stabilizaci stavu a zahřátí, později 2x týdně. Koupel se provádí pomocí sterilních vatových tamponů namočených v teplé sterilní vodě s kapkami oleje z měsíčku lékařského, jež má zklidňující hojivé a protizánětlivé účinky. Péče o dutinu ústní se provádí opakovaně v průběhu dne borax glycerinem jako prevence vysychání sliznic. U velmi nezralých novorozenců je porušená produkce slz a je nutné snažit se zachovat vlhkost spojivek pomocí aplikace očních kapek (Baťová, 2007).

6.8 Klid a komfort dítěte

Po dohodě s lékařem se nedonošené děti polohují, využívají se různé varianty polohování a pelíškování jako prevence vzniku dekubitů a podpora lepšího provzdušnění plic. K tomu jsou využívány různé antidekubitní podložky, kožíšky, měkké válečky nebo tzv. „děloha“, která je vyplněna dutým vláknem. Děti jsou uloženy v pelíšku, kde jsou obklopeny podobně jako v děloze, mají oblečenou čepičku, ponožky, jsou překryty fleecovou dekou a cítí se tak klidněji a bezpečněji. Je snaha sjednotit všechny výkony a ošetrovatelské aktivity do časových bloků s ohledem na potřeby dítěte tak, aby mělo několik hodin nerušeného odpočinku. Čím jsou děti menší a nezralejší, tím hůře usínají hlubokým spánkem. Spíše jen přecházejí z lehkého spánku do ospalosti a naopak, takže si vlastně vůbec neodpočinou, i když se nám zdá, že spí pořád. Děti se chrání před stálým osvětlením zatahováním žaluzií a překrýváním inkubátorů rouškou. Lze také použít fotobryle a zakrýt nezralému novorozenci oči, aby ho nevyrušovalo denní, nebo umělé světlo. Nedílnou součástí péče je také navození taktilního kontaktu jemným dotýkáním se dítěte a promlouváním k němu (Fendrychová, 2009).

6.9 Aseptické prostředí

Při péči o nedonošené děti je kladen velký důraz na vytváření aseptického prostředí a prevenci nozokomiálních nákaz¹⁵. Nezbytné je pravidelné a důkladné mytí a dezinfekce rukou, individualizování pomůcek k ošetření, každé dítě má svůj ambuvak, teploměr, fonendoskop apod. Samozřejmostí je používání pomůcek na jedno použití (Baťová, 2007).

¹⁵ Nozokomiální nákazy - jsou onemocnění, která vznikají při pobytu osoby ve zdravotnickém zařízení (Fendrychová, 2009, s. 116).

7 MATKA (RODIČE) PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO DÍTĚTE

„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).

7.1 Psychický stav matky (rodičů) po předčasném porodu

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

Opravdu náročnou životní situací nejen pro dítě, ale i pro jeho rodiče, je předčasný porod. Rodiče příchod dítěte očekávali mnohem později, a tak na něj ještě nejsou zcela připraveni. Prožívají strach o dítě, pocity bezmoci, protože nemohou dítěti pomoci, pociťují neúspěch, v mnoha případech si matky kladou za vinu, že dítě nedonosily. Mívají obavy z reakce partnera, rodiny, příbuzných i širokého okolí, že nebudou tak dobrou matkou.

Všechny tyto emoce obou rodičů ještě více prohlubuje fakt, 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. Jestliže 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 až v momentě, kdy si své dítě poprvé pochovají v náručí. Pokud je však separace od dítěte a hospitalizace v nemocnici příliš dlouhodobá, mohou být narušeny i přirozené schopnosti intuitivního rodičovství (Langmeier a Krejčířová, 2006).

V poporodním období se může u matky přechodně vyskytnout perioda takzvané lehké, krátkodobé a benigní deprese. Tento stav není závislý na průběhu porodu a postihuje ženy všech kultur. Lze jej očekávat zpravidla mezi třetím až pátým poporodním dnem. Projevuje se plačtivostí, nespavostí, úzkostí, špatnou koncentrací, únavou, bolestmi hlavy. Matka je v tomto období velmi snadno zranitelná, mimořádně citlivá, mohou se objevit psychické výkyvy a změny nálad od radostné rozechvělosti až po zlost. Objevuje se strach, že ve své nové roli matky neobstojí, a to v ní může vyvolat až paniku (Geisel, 2004).

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

7.2 Specifické problémy rodičů předčasně narozeného dítěte

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

7.3 Péče zaměřená na rodinu

„Většina autorů se shoduje v tom, že péče zaměřená na rodinu se zabývá vytvářením vztahu mezi rodiči a jejich dítětem, účastí rodičů na péči a na jakýchkoliv rozhodnutích, týkajících se jejich dítěte, dále pak vztahu mezi rodiči a personálem. Péče zaměřená na rodinu povyšuje rodiče z pasivních příjemců na aktivní účastníky procesu. Představuje holistický přístup k péči. Umožnění přítomnosti rodičů na jednotkách intenzivní péče a posílení jejich role v péči o dítě z nich vytváří partnery rovnocenné zdravotnickým profesionálům. Praktické provádění péče zaměřené na rodinu nespočívá pouze v dostupnosti zdrojů informací a vhodného vybavení pracoviště, ale také v tom, zda je rodičům umožněno být „rodičem vlastního dítěti“ (Fendrychová, 2007, s. 160).

7.4 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. Dítě je od matky odloučeno a umístěno do 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 přirozené. Zároveň by měl rodičům umožnit kontakt s dítětem, srozumitelně a citlivě vysvětlit zdravotní stav dítěte, aby se mohli lépe účastnit péče o své dítě (Sobotková, Janíková, Lucká a kol., 1999).

„Je třeba mít na paměti, že čas, po který je novorozenec v inkubátoru, vnímají rodiče, především matka, jako velmi dlouhý a bolestný. Když žena vidí miminko v tomto zvláštním přístroji, může mít někdy potíže s emocionálním přijetím faktu, že jde o její dítě. Pokud to podmínky dovolují, tuto potíž je možno překonat 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 okolnosti dovolí, může si ho na několik minut pochovat a polaskat ho. Pro vztah matka - 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, aby dokázali navázat s dítětem co nejpřirozenější 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 před sdělením diagnózy, hovořit s nimi o dítěti i jeho zdravotních problémech a vše jim trpělivě vysvětlit, umožnit jim prostor k vyjádření jejich emocí a pocitů, zajistit kontakt s dítětem a maximálně podporovat kojení (Jungwirthová, Hradilková, 2002).

Pro matku je většinou podporou už jen dobrá komunikace mezi ní, neonatologem a sestrami. Rodiče mají právo být v blízkosti svého dítěte v kritických okamžicích jeho života a personál pracující na novorozeneckých JIP by jim měl vycházet vstříc. V průběhu hospitalizace dítěte na jednotce intenzivní péče by měl rodičům podávat informace pouze jeden lékař, je-li to technicky 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, co je a jejich dítě ještě čeká. Základem pro podporu rodičů je, aby je zdravotníci profesionálně brali jako rovnocenné partnery v péči o dítě. Správná komunikace je pro dobrou spolupráci nezbytně nutná. Je potřebné, aby zdravotníci používali 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 nepoučovali (Fendrychová, Borek, 2007).

V současné době se většina neonatologických pracovišť vyznačuje otevřeným přístupem k rodičům a i k návštěvám je benevolentnější. Nejčastěji jsou v přímém kontaktu s rodiči sestry, je 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 vztah, který je nenahraditelný. Je důležité, aby zdravotnický personál přistupoval ke každé matce individuálně a respektoval jedinečnost každé z nich (Borek, 2001; Fendrychová, 2005).

Kromě této podpory vzniklo v roce 2002 pro rodiče předčasně narozených dětí občanské sdružení Nedoklubko. Cílem je podporovat rodiče, zprostředkovávat jim kontakty na organizace zabývající se konkrétními problémy vzniklými v důsledku nezralosti dítěte. Snahou 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, dětské neurologové, pediatři 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 zaslouhují maminky nedonošených dětí, příbuzní, ale i ostatní lidé, kteří nabízejí pomoc. Projekt podpořil vydání brožury „Nečekaná pout“¹⁶. Organizuje také setkání rodičů nedonošených dětí a zdravotníků, které funguje ve Zlíně, Českých Budějovicích a Mostě (Moje rodina, 2010, on-line).

Mají-li matky potíže s kojením, existují poradny zabývající se kojením a výživou novorozenců a kojenců. Jednou z nich je i Laktační liga, která je zaměřena na konzultační a 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 propůjčuje kojící pomůcky. Propaguje světový Den kojení, který se slaví každoročně 30. září, a to ve více než 120 zemích světa (Dokoupilová, Fišárková, Novotná et.al.).

¹⁶ UNICEF - z angl. United Nations Children's Fund (Dětský fond Organizace spojených národů)

7.5 Metody a techniky podporující rozvoj vztahu mezi matkou a dítětem

7.5.1 Klokánkování (Kangaroo Care)

Klokánkování je výraz z anglického Kangaroo Care, znamená kontakt „tělo na tělo“. Je to metoda, která přibližuje matky k jejich nedonošeným dětem, a to doslova - kůží na kůži. Dostatečný tělesný kontakt přináší pozitivní psychologické a fyzické výhody jak pro dítě, tak pro jeho matku. Pomáhá předčasně narozeným dětem rychle se zotavit, 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 jejich vztah k dítěti (Dokoupilová et. al. , 2009).

7.5.2 Motýlí masáže

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

7.5.3 Konejšivý dotek (Containment holding)

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

7.5.4 Metoda pevného objetí

Dle Prekopové (2009) je metoda pevného objetí možností, jak mezi dvěma osudově 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. S tímto tvrzením plně souhlasím.

7.5.5 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 intelektovým a somatickým postižením, ale i v neontologické intenzivní péči o předčasně narozené děti. Cílem bazální stimulace je taková 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).

8 SMRT DÍTĚTE

„Když umírají rodiče, ztrácíme svou minulost.

Když umírá dítě, ztrácíme svou budoucnost.“

Elliot Luby

Člověk jako jediný tvor na světě má vědomí smrti. Vědomí, že jeho život jednou skončí v něm vyvolává obavy. Smrt je však nedílnou součástí života každého z nás a bude se nás všech dříve či později týkat. V průběhu našeho života postupně ztrácíme členy rodiny a přátele. Nejdříve jsou to většinou prarodiče, později rodiče, sourozenci a naši vrstevníci. Na ztrátu prarodičů, rodičů a později i našich sourozenců a vrstevníků jsme během našeho života postupně připravováni, přesto je pro nás tato ztráta velmi bolestivá. Nastávají ale i okamžiky, se kterými nikdo z nás nepočítal. Neumírají pouze staří a nemocní lidé, ale i děti, a to i ty nejmenší, které se sotva narodily. Pokud se navíc jedná o naše děti, vyrovnáváme se z touto ztrátou velice těžko.

Mnozí autoři považují smrt dítěte za to nejhorší, co může člověka potkat. Se smrtí blízké osoby není jednoduché se vyrovnat a je pro nás vždy těžká. Smrt dítěte však vnímáme mnohem hůře, je pro nás nepochopitelná, předčasná a nepřírozená.

Špatenková (2006) popisuje ztrátu dítěte jako pocit, kdy ztratíte úplně všechno, minulost, současnost i budoucnost. Ztratili jste všechno, co mělo ve vašem životě smysl. Došlo-li ke smrti dítěte náhle, neočekávaně a rodina neměla možnost se na smrt připravit, může trvat i řadu let, než se rodina se svým zármutkem a bolem vyrovná (Kübler Rossová, 1995).

8.1 Podpora rodiny umírajícího dítěte

Pozůstalí rodiče často pocítují úzkost a zlost, obviňují personál, rodinu, nebo samy sebe. Tyto stavy může umocnit náhlost smrti a situace, kdy neexistuje „vědecké vysvětlení“, proč k smrti došlo. Rodiče zoufale touží znát příčinu smrti svého dítěte. Stresující příznak pocitu „prázdné náruče“ se objevuje po odeznění otupělosti. Matky často zužuje pocit, že slyší své mrtvé dítě plakat. Po smrti dítěte neočekávají začátek laktace a považují jej za zvrácenost. Rodiče často nejsou připraveni na zmatek, který jim truchlení přináší, a mohou mít pocit, že „z toho budou venku“ za několik týdnů. Tento pocit mohou posílit vhodné rady přátel, příbuzných i zdravotníků, aby se partneři snažili o další těhotenství dříve, než se ze ztráty vzpamatují. Obzvlášť obtížné je pro rodiče vypořádat se se smutkem, narodí-li se dítě mrtvé. Neexistuje skutečný objekt truchlení.

Nejdůležitější roli v prvních okamžicích při péči o pozůstalé rodiče hraje personál. Cílem zdravotníků je dodat rodičům odvalu, aby své dítě viděli, podrželi, pojmenovali a uspořádali pohřeb. Rodiče totiž musí mít možnost postavit se strachu ze smrti, umírání a uvědomit si bolestnou ztrátu, aby mohli začít truchlit. Jsou i rodiče, kteří se na své dítě po smrti nedokáží podívat ani je pochovat. V takové situaci by se dítě mělo vyfotografovat a fotka zařadit do dokumentace. V dalších dnech rodiče mění názor a na fotografii se chtějí podívat, protože jim poskytne hmatatelný důkaz existence dítěte a jeho ztráty. Jsou také rodiče, kteří by se rádi zúčastnili uložení dětského tělíčka do rakve. I to se má podporovat. Protože kontakt rodičů s realitou smrti dítěte jim usnadní smuteční reakci. Nezbytné je zajistit rodičům soukromí k vyjádření jejich smutku, ať je novorozenecká jednotka jakkoliv vytížena (Enkin et al., 1998).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

9 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

9.1 Cíle práce

1. Zmapovat pocity rodičů předčasně narozených dětí.
2. Zmapovat priority rodičů v oblasti edukace a podpory rodiny předčasně narozeného dítěte.
3. Zmapovat informovanost zdravotnického personálu o pocitech, podpoře a edukaci rodičů předčasně narozených dětí a případných rezervách v této oblasti.

9.2 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření bylo provedeno s dvanácti respondenty (R1 - R12), které jsem pro přehlednost zařadila do skupiny A a B. Skupinu A představují rodiče předčasně narozených dětí, které jsem dále rozdělila do podskupin A1, A2. Skupinu A1 představují rodiče nedonošených dětí, kteří jsou se svými dětmi od jejich narození hospitalizováni v nemocnici (respondenti R1 - R4). Skupinu A2 představují rodiče jejichž nedonošené dítě je nyní v batolecím období (respondenti R5 - R8).

Skupinu B představují respondenti z řad zdravotnického personálu (R11 - R14). Výzkumné šetření bylo dobrovolné, všichni zúčastnění respondenti s ním souhlasili.

9.3 Cíl výzkumného šetření A (R1 - R8)

Výzkumné šetření A představují rodiče předčasně narozených dětí. Z organizačních a časových důvodů je část výzkumu, která se zaměřuje na rodiče, realizována prostřednictvím matek nedonošených dětí. Ve svém kvalitativním výzkumu se chci zaměřit především na pocity rodičů předčasně narozených dětí, také na jejich priority v oblasti edukace a podpory rodiny nedonošeného dítěte. V další části bakalářské práce se věnuji převážně pocitům a potřebám rodičů předčasně narozených dětí, ze kterých edukace vyplývá. Jedním z hlavních výstupů této bakalářské práce je edukační materiál pro rodiče předčasně narozených dětí, který je uveden v příloze č. I. Vzhledem ke skutečnostem výše uvedeným v teoretické části si myslím, že především první měsíce života dítěte jsou pro rodiče velmi těžkým obdobím. Ve většině případů jsou rodiče předčasným porodem absolutně zaskočení. Mají strach o své dítě, prožívají pocity nejistoty. Toto období je pro ně psychicky i fyzicky velmi náročné.

K tomuto tématu bylo potřeba přistupovat velmi citlivě, protože matky předčasně narozených dětí často trpí pocitem viny, cítí zodpovědnost za to, že přivedly své dítě (dětí) na svět dřív. Cítí se být svým okolím nepochopeny a stydí se o svých pocitech mluvit nahlas, svěřit se.

9.4 Použitá metoda A

Výzkumné šetření A bylo prováděno pomocí individuálního, nestandardizovaného, polostrukturovaného rozhovoru. Okruhy otázek k rozhovorům byly vytvořeny na základě studia odborné literatury. Rozhovoru s matkami nedonošených dětí předcházelo pročtení a podepsání informovaného souhlasu, ve kterém je seznamuji s účelem průzkumného šetření, nahráváním našeho rozhovoru, zajištěním anonymity a možností rozhovor kdykoli bez udání důvodu ukončit. Informace a údaje získané z rozhovorů byly zpracovány doslovným přepisem z audiozáznamu a dále analyzovány.

Ne vždy jsem kladla všechny připravené otázky. Každý rozhovor měl svůj vlastní průběh. Matkám byl vždy poskytnut dostatek prostoru na zamyšlení a odpověď. Otázky jsem kladla u každé matky v trochu jiném pořadí a znění, jelikož některé matky došly k mnoha tématům samy.

Ve třech případech rozhovorů jsem využila komunikace formou e-mailu, a to pouze u matek ze skupiny A2, jejichž předčasně narozené děti jsou už odrostlejší, starší než jeden rok.

9.5 Charakteristika zkoumaného vzorku A1

Výzkumné šetření A1 zahrnovalo čtyři respondentky. Jednalo se o matky hospitalizované společně se svými dětmi na neonatologickém oddělení. Výzkumné šetření bylo uskutečněno během mé stáže na neonatologickém oddělení v lednu 2012. Hlavním kritériem pro výběr výzkumného vzorku bylo narození dítěte pod hranici 36. gestačního týdne.

Na obhajobu reprezentativnosti svého výzkumného vzorku bych chtěla podotknout, že přestože by se dalo očekávat, že s účastí na výzkumném šetření budou souhlasit pouze matky, které nejsou silněji poznamenány předčasným porodem a komplikacemi spojenými s nedonošeností jejich dítěte, nebylo tomu tak. Mezi respondenty jsou jak matky, které uvádí, že v současné době již nijak psychicky nestrádají, tak matky, které vlivem výše popsaných událostí využívají odbornou pomoc pro zlepšení svého psychického stavu.

Tabulka I: Složení výzkumného vzorku A1

| Jméno ¹⁷ | Věk | Předchozí porody | Rodinný stav | Týden narození | Pohlaví dítěte | Porodní hmotnost | Délka dítěte |
|---------------------|--------|------------------|--------------------------------|----------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| Monika (R1) | 26 let | 1 | vdaná | 32. | chlapec | 2.200 g | 43 cm |
| Lucie (R2) | 25 let | 0 | svobodná, žije s partnerem | 34. + 5. den | dívka | 2.307 g | 42 cm |
| Dita (R3) | 37 let | 0 | rozvedená, žije s partnerem | 26. + 1. den | chlapec a dívka | chlapec 760 g dívka 710 g | chlapec 35 cm dívka 34 cm |
| Jolana (R4) | 32 let | 0 | svobodná, žije sama | 30. | chlapec | 1.240 g | 36 cm |

Věk žen se pohyboval od 25 let do 37 let, průměrný věk žen pak dosahoval 30 let. Tři respondentky otěhotněly spontánně, jedna otěhotněla za pomoci asistované reprodukce. U jedné respondentky se jednalo již o druhé dítě, u zbývajících tří žen pak o první těhotenství. Soubor zahrnuje tři ženy s jedním nedonošeným dítětem a jednu ženu s nedonošenými dvojčaty. Porod u žen proběhl mezi 26. a 34. týdnem těhotenství.

¹⁷ Jména účastnic výzkumu byla záměrně změněna.

9.6 Charakteristika zkoumaného vzorku A2

Pro své výzkumné šetření A2 jsem kontaktovala čtyři respondentky, matky předčasně narozených dětí, jejichž nedonošené děti jsou nyní v batolecím období. Kritériem pro výběr výzkumného vzorku byla aktuální dolní hranice jednoho roku věku dítěte.

S matkami, které měly zájem zúčastnit se mého výzkumného šetření, jsem podrobnosti probírala osobně, či prostřednictvím e-mailu. Rozhovory probíhaly prostřednictvím e-mailu z důvodu vzdálenosti bydliště matek a jejich časové vytíženosti. Všem respondentkám byla tato varianta navržena a ony souhlasily.

Tabulka II: Složení výzkumného vzorku A2

| Jméno ¹⁸ | Věk | Předchozí porody | Rodinný stav | Týden narození | Pohlaví dítěte | Porodní hmotnost | Délka dítěte | Aktuální věk dítěte |
|---------------------|--------|------------------|-----------------------|----------------|----------------|------------------|--------------|---------------------|
| Marie (R5) | 30 let | 2 | svobodná, s partnerem | 30. | chlapec | 896 g | 35 cm | 2 roky |
| Hana (R6) | 34 let | 1 | vdaná | 24. + 1. den | dívka | 740 g | 33 cm | 3 roky |
| Michaela (R7) | 38 let | 3 | vdaná | 24. + 5. den | chlapec | 644 g | 29,5 cm | 2 roky |
| Adriana (R8) | 22 let | 0 | vdaná | 29. | dívka | 876 g | 33 cm | 2 roky |

Věk žen se pohyboval od 22 let do 38 let, průměrný věk žen pak dosahoval 31 let. Všechny měly stálého partnera a otěhotněly spontánně, tedy bez využití možnosti asistované reprodukce. Soubor obsahuje čtyři ženy, které porodily předčasně nedonošené dítě. Porod u žen proběhl mezi 24. a 30. týdnem těhotenství.

¹⁸ Jména účastnic výzkumu byla záměrně změněna.

9.7 Způsob zpracování dat

Data sesbíraná od matek jsem přepsala do písemné podoby. Rozhovory byly opakovaně pročitány s cílem identifikovat a označit sledované odpovědi. Tyto odpovědi byly na základě podobnosti seskupovány do kategorií a přepsány do předem nadefinovaných tabulek. Měla jsem tak před sebou odpovědi rozdělené do významově stejných kategorií, což mi pomáhalo lépe se ve výpovědích zorientovat. Tyto odpovědi jsem opakovaně pročetla, vybírala nejdůležitější slova a údaje. Snažila jsem se nalézt vlivy a příčiny chování jednotlivých respondentek a také podobnosti a rozdíly mezi nimi. Postupně se tak začaly vynořovat možné vlivy a vztahy, které jsem opět ověřovala v původním přepisu.

9.8 Výsledky výzkumného šetření A

9.8.1 Kategorizace dat výzkumného vzorku A1 v tabulkách

Tabulka III: Souhrnná vyjádření respondentek výzkumného vzorku A1

Výpovědi respondentek, jež jsou uvedeny v tabulkách jsem se rozhodla pro lepší přehlednost a porozumění parafrázovat, přesto je obsah jednotlivých výpovědí zachován.

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|--|--------------------|---------------------------|--|---------------------------|
| | Monika (R1) | Lucie (R2) | Dita (R3) | Jolana (R4) |
| Těhotenství plánované, nebo neplánované | plánované | plánované | plánované | neplánované |
| Doba usilování o dítě | 1 měsíc | 2 měsíce | se současným partnerem 6 let | neusilovali |
| Početí dítěte spontánně nebo za pomoci asistované reprodukce | spontánně | spontánně | asistovaná reprodukce (3. pokus) | spontánně |
| Náznaky, tušení předčasného porodu | ne | ne | ano, tušila vzhledem k vícečetnému těhotenství | ne |
| Příčina předčasného porodu | protilátky v krvi | nezná | cerkláž, vyklenutí plodových obalů | nezná |
| Předchozí těhotenství ukončená dříve či v termínu | donošený chlapec | předchozí těhotenství - 0 | předchozí těhotenství - 0, adoptovaná dívka Veronika | předchozí těhotenství - 0 |
| První návštěva dítěte | 2. den | 1. den | 2. den | 1. den |
| Doprovod manžela, případně někoho z rodiny | manžel | partner | partner | sama |
| První fyzický kontakt s dítětem | týden po narození | 3. den po porodu | týden po narození, klokánkování po 3 týdnech | 3. den po porodu |

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|--|--------------------|--|--|-------------------------------------|
| | Monika (R1) | Lucie (R2) | Dita (R3) | Jolana (R4) |
| Dřívější setkání s tématem nedonošených dětí | ne | ano, u sestřenice | ne | ne |
| Znalost problémů nedonošených dětí (specifikace) | ne | ne | dysplazie, retinopatie, korigovaný věk | problémy s dýcháním |
| Dostatek informací po porodu (srozumitelnost a dostatečnost) | ano | ano | nevybavuje si | ano, 2. den ověření u lékařky |
| Spokojenost s informacemi během pobytu na oddělení | ano | ano | ano, maximální | ano |
| Jiné zdroje informací o nedonošených dětech (jaké) | ne | materiály (knihy, brožury, letáky) od sester | internet, kniha Narodilo se předčasně | internet |
| Absence informací (jaké, od koho) | ne | neví | ne, informace obšírné | co chce vědět, ví |
| Znalost možných zdrojů podpory pomoci a dalších zdrojů | ne | ne | možnost konzultace s psychologem | ne |
| Důležitost přítomnosti rodičů již na JIP | ano | ano, kontakt důležitý | ano, určitě | ano, určitě |
| Aktivní nabídka kontaktu s dítětem ze strany personálu | ano | ano | ano | ano |
| Zhodnocení míry zapojení do péče o dítě, pocit dostatečného zapojení | dostatečné | dostatečné | dostatečné, zpočátku však omezené | velká spokojenost |
| Nejobtížnější chvíle při péči o dítě | žádné | strach dítě chytit | bezmoc, nemožnost dítěti pomoci | - |

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|--|
| | Monika (R1) | Lucie (R2) | Dita (R3) | Jolana (R4) |
| Nejdůležitější momenty v péči o dítě na pracovišti v nemocnici | naprostá důvěra v lékaře a sestry | zdraví dítěte, aby vše dobře dopadlo | otevřenost, zapojení do péče, kontakt s dítětem | zajištění starostlivosti o zdraví dítěte, pomoc při kojení |
| Negativa během kontaktu s dítětem v nemocnici | žádná | krátká doba pobytu s dítětem | chyběla nabídka možnosti zůstat s dětmi v nemocnici ze strany personálu | žádná |
| Představa průběhu péče o dítě po propuštění domů | ano | ano | ano, kontroly lékaři | ano |
| Pocity po předčasném porodu (v prvních dnech) | zoufalství, nemožnost dítěti pomoci | dobré, vše v pořádku | pocity selhání ze strany matky, poté vyrovnání se situací | fyzicky v pořádku., psychické smíření s absencí dítěte na pokoji |
| Vnímání stavu dítěte, prostředí na oddělení, personálu | personál perfektní, pozitivní | prostředí normální, emotivní pláč | deprese, strach, nálady nahoru, dolů | nadstandardní přístup sester |
| Prostor pro vyjádření pocitů, obav (na JIP, event. později) | ne | ne, ale kdykoli se zeptala, na vše personál odpověděl | ne, lidé co to neprožili, nechápou | ne, v případě potřeby konzultace s lékařkou |
| Pomoc v otázce vyrovnání se s nelehkou životní situací | rodina, přátelé, manžel | partner, rodina, kamarádky | partner, dcera | nikdo |
| Názor na využití služeb psychologa během hospitalizace | ano | ano | možná ano, promluvit si s někým pomáhá | asi ano, smíšené pocity matek po předčasném narození dítěte |
| Využití služeb psychologa z pohledu jednotlivých matek | ne | jak kdy | zpětně asi ano | v případě potřeby ano |

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|---|--------------------|------------|-----------------------------------|---|
| | Monika (R1) | Lucie (R2) | Dita (R3) | Jolana (R4) |
| Přístup zdravotnického personálu k dítěti a matce | pozitivní | dobrý | výborný | spokojenost s personálem |
| Role sestry ve vztahu k dítěti a matce | určitě důležitá | - | sestry úžasné i sestry nepříjemné | mateřská role, nadstandardní přístup k dítěti ze strany personálu |

Okruh otázek k rozhovoru s matkami nedonošených dětí (výzkumný vzorek A1: matky hospitalizované v nemocnici) je uveden v příloze II. Doslovné přepisy rozhovorů jsou pak k nahlédnutí v samostatné pevné vazbě, která je označena jako příloha bakalářské práce.

Délka rozhovorů s jednotlivými respondentkami se pohybovala přibližně od třiceti do šedesáti minut, velmi záleželo na míře otevřenosti každé matky. Na některých bylo znát, že si o tomto tématu velice rády pohovoří a náš rozhovor pokračoval ještě dlouho poté, co jsme jej oficiálně uzavřely, z jiných matek však bylo cítit napětí, nervozita a snahou bylo rozhovor co nejdříve ukončit.

9.8.2 Kategorizace dat výzkumného vzorku A2 v tabulkách

Tabulka IV: Souhrnná vyjádření respondentek výzkumného vzorku A2

Výpovědi respondentek, jež jsou uvedeny v tabulkách jsem se rozhodla pro lepší přehlednost a porozumění parafrázovat, přesto je obsah jednotlivých výpovědí zachován.

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|---|---|--|--|---|
| | Marie (R5) | Hana (R6) | Michaela (R7) | Adriana (R8) |
| Doba usilování o dítě | 2 roky | 4 roky | náhoda | 1 rok |
| Početí dítěte spontánně nebo za pomoci asistované reprodukce | spontánně | spontánně | spontánně | spontánně |
| Příčina předčasného porodu | špatná funkce pupečnicku, nedostatečná výživa plodu | zánět plodových obalů | nejspíše infekce | těžká preeklampsie |
| Porod spontánní nebo císařským řezem | spontánně | spontánně | císařský řez | císařský řez |
| Možnost vidět dítě bezprostředně po porodu | ne | ne | ne | ne |
| City k dítěti po porodu, jak se city průběžně vyvíjely | mateřské city | velký strach, přání a vize všeho dobrého | strach, vnitřní boj | absence citů vůči dítěti, odstříkávání mléka vztah posílilo |
| První poučení o kojení a odstříkávání mateřského mléka (kdy) | 2. den po porodu | 2 hodiny po porodu na JIP | až na základě samotného zájmu matky | 3. den po porodu, po převozu z JIP |
| Spokojenost s poučením a informacemi o kojení a odstříkávání mateřského mléka | ne | ano | ano, informace z brožury, případně dotaz na personál | ano |

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|---|--|--|--|---|
| | Marie (R5) | Hana (R6) | Michaela (R7) | Adriana (R8) |
| Důležitost přítomnosti rodičů již na JIP | přítomnost pro matku důležitá, kvůli laktaci | ano, nejdůležitější aspekt dalšího příznivého vývoje dítěte | ano, potřeba doteků a klokánkování | ano, hlavně kvůli laktaci |
| Aktivní nabídka personálu umožňující kontakt s dítětem | ano | ano | ano, personál na vysoké úrovni | ne, samostatný průběh |
| První návštěva dítěte | 2. den po porodu | 2 hodiny po porodu | 2. den po porodu | 3. den po porodu |
| Příprava na prostředí, kde dítě leží a na jeho vzhled bezprostředně po porodu (miniaturnost atd.) | ne | ano | ano, od personálu, dobrá příprava | ne |
| Kdo připravil matky na prostředí, kde dítě leží a na jeho „miniaturní“ vzhled bezprostředně po porodu a na co Vás upozornil | nikdo | sestra z porodního sálu | personál JIP a manžel | - |
| Pocity při prvním kontaktu s dítětem | radost, bolest, strach, samota | obrovská radost | bezmoc, nejistota, přesvědčení | strach o dítě |
| Doprovod manžela, případně někoho z rodiny | ano, otec dítěte | sestra z JIP, poté manžel | ano, manžel | sama |
| Dotaz někoho na pocity matky po prvním kontaktu s dítětem | kromě otce dítěte nikdo | ne | matka na pokoji, manžel | ne |
| Důležitost dotazu na pocity matek po prvním kontaktu s nedonošeným dítětem, případně zpětné ocenění | ne | strach a nejistota rozebírána s manželem a se sestrami z JIP | ano, nevíte co bude dál, kdo nemá oporu v manželovi tak určitě ano | ne, absence otázek v danou chvíli, využití samoty s dítětem |

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|--|--|---|---|--|
| | Marie (R5) | Hana (R6) | Michaela (R7) | Adriana (R8) |
| Rady matkám nedonošených dětí, které poprvé vidí své dítě | přání štěstí a zdraví | upozornit na miniaturnost a množství „hadiček“ a monitorů, žít přítomností a nemyslet na budoucnost | neví, slova se těžko hledají | upozornit na „miniaturnost“ dítěte, snaha potěšit, uklidnit, sdělení svého příběhu |
| První fyzický kontakt s dítětem | za 2 týdny | za 2 dny | za 1 měsíc a půl | za 3 týdny první dotek |
| Zhodnocení míry zapojení do péče o dítě, pocit dostatečného zapojení | na JIP ¹⁹ horší, IMP ²⁰ dostatečné | když to zdraví dítěte dovolilo, okamžité, do té doby doteky a hlazení | odstříkávání a dovoz mateřského mléka | na JIP ne, IMP okamžité |
| První nejobtížnější chvíle při péči o dítě | dítě v náručí, dítě maličké | maximální opatrnost, jinak nic obtížného | „miniaturnost“ dítěte, při jídle dítě přestávalo dýchat | práce s dítětem vzhledem k jeho drobnosti |
| Nejdůležitější momenty v péči o dítě na neonatologickém oddělení | zvládnutí všech povinností | přístup lékařů a sester k dítěti a matce | přístup sester (pohlazení, něžnost) | aby dítě mělo zdravotní péči, kterou potřebuje |
| Představa o průběhu péče o dítě po propuštění domů | jako u každého novorozence | ano, informovanost dostatečná | ano, informací dostatek, velká nejistota | ano, během pobytu v nemocnici nacvičení, sžití se s dítětem |
| Klokánkování (začátek, ovlivnění vztahu k dítěti) | do tří týdnů, pocit stoprocentní matky | tři měsíce po narození, neoblíbenost klokánkování ze strany dítěte | dva měsíce po porodu, velmi krátce, převoz dítěte do Brna | dva a půl týdne po narození, upevnění vztahu s dítětem |

¹⁹ JIP - jednotka intenzivní péče

²⁰ IMP - intermediární péče

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|--|
| | Marie (R5) | Hana (R6) | Michaela (R7) | Adriana (R8) |
| Klokánkování (pocity) | krásné | štěstí | zvláště, energie a impulsy ze strany dítěte | výborné |
| Klokánkování (přání, myšlenky, předsevzetí) | myšlenky na spoustu věcí | chvilu štěstí, vše zlé, ať už je za námi | ať už jsme konečně všichni pohromadě doma | žádné myšlenky, neustálé prohlížení dítěte |
| Dřívější setkání s tématem nedonošených dětí | ne | TV, internet, kamarádka | ano, časopisy, TV pořad | ne, nikdy |
| Znalost problémů nedonošených dětí (specifikace) | samozřejmě, odmítnutí se vyjadřovat | nezralost tkáně, nutnost UPV, sepse, retinopatie | infekce, krvácení, postižené oči, mentální zaostalost | infekce, retinopatie, gastroezofageální reflux |
| Dostatek informací po porodu (srozumitelnost a dostatečnost) | ano, dostačující | ano, dostačující a srozumitelné | ano, dostačující, dotazy na lékaře, četba informací | ne, žádné informace, informace od manžela |
| Spokojenost s informacemi během pobytu na oddělení | ano | ve Zlíně spokojenost, v Brně částečná spokojenost | ano | ano, spokojenost |
| Jiné zdroje informací o nedonošených dětech (jaké) | četba knihy v porodnici | knihy, webové stránky Nedoklubka, Modrý koník, Centrum rané péče | žádné jiné informace, považuje za dostačující informace a sdělení od lékařů | webové stránky Nedoklubka, projekt Miminko do dlaně, porovnání s kamarádkami |
| Znalost možných zdrojů podpory pomoci a dalších zdrojů | ano | ano, letáčky z nemocnice, od personálu, od kamarádek | ano, z brožur a letáků | ano, informace od laktační sestry, k dispozici brožury a letáky |

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|--|--|--|--|--|
| | Marie (R5) | Hana (R6) | Michaela (R7) | Adriana (R8) |
| Stav dítěte po narození a jeho vývoj v průběhu hospitalizace | výborný stav dítěte, každým dnem lepší | po narození zavedení UPV ²¹ , krvácení, sepse, ileostomie | po narození aplikace surfaktantu, UPV, za 2 měsíce střevní infekce, při krmení pauzy při dýchání | po narození křížení, infekce, posléze stav lepší a lepší |
| Doba trvání hospitalizace dítěte v porodnici | 2 měsíce | 158 dní | 4 měsíce | 2 a půl měsíce |
| Názor na využití služeb psychologa během hospitalizace | neví | osobně bez potřeby, po zhoršení stavu dítěte konzultace vhodná | pomoc manžela, pokud to nefunguje, potřeba psychologa | negativní, jelikož matka kolem sebe měla spoustu lidí, kteří jí pomohli a se kterými mohla konzultovat |
| Využití služeb psychologa z pohledu jednotlivých matek | ne | doporučení každému, kdo se objeví v těžké situaci | neví | - |
| Přístup zdravotnického personálu k dítěti a matce | velmi dobrý | ve Zlíně matka hodnotí přístup jako perfektní, v Olomouci uspokojivý a v Brně průměrný | ve Zlíně vysoká úroveň, v Brně chladný přístup | výborný |
| Hmotnost dítěte při propuštění domů | 2.000 g | 2.100 g | necelé 2.000 g | 2.020 g |
| Poučení o průběhu po propuštění z porodnice | oční lékař, neonatologická poradna, neurolog | kompletní informace o všem | vzorné | vysvětlení kontrol, okamžité objednání termínů na kontroly dítěte |
| Dostatek či nedostatek potřebných informací | dostatek | informací dost | ano, stálé dotazy na něco | dostatek informací o všem |

²¹ UPV - umělá plicní ventilace

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|--|--|---|---|---|
| | Marie (R5) | Hana (R6) | Michaela (R7) | Adriana (R8) |
| První pocity při pobytu doma, sžívání se s novým prostředím | jako každá matka s prvním dítětem doma | mírná nervozita, do posledního dne vše v pořádku | změna v chování dítěte, dítě je doma spokojené, klidné | pocity štěstí z pobytu doma, vliv na kojení, rozkojení se |
| Zvládání situace doma (pomoc s dítětem) | - | manžel a dcera jako psychologická podpora | manžel, děti, víra, láska | manžel, intenzivní zapojení do péče a dopřátí odpočinku matce |
| Zvládání chodu domácnosti, péče o rodinu, dítě | jako každá jiná matka | druhorodička, bez problémů, pokud bylo potřeba pomoci, byla nablízku rodina | s pomocí manžela a dětí zvládnutí všeho | nezvládání, rozdělení funkcí s manželem |
| Docházka na pravidelné kontroly dítěte (aspekt psychický, fyzický) | jako každá jiná matka | plánování dvou kontrol najednou | s pomocí rodiny v pohodě, velká únava | v pořádku, finanční náročnost z pohledu dojíždění |
| Pocity před kontrolami dítěte a po nich | - | strach a následná úleva | jednou dole, jednou nahoře | těšení se na kontroly, na vážení, na informace |
| Cvičení Vojtovy metody | ano | dodnes | 10 měsíců | ano, do jednoho roku (kalendářního) |
| Největší radosti a starosti během prvního roku dítěte | radost jak dítě roste | radosti - stabilizovaný stav a pár gramů navíc, starosti - zdravotní výkyvy k horšímu | radosti - přetočení na bok, paci paci, tak tak všelijak | radost jak se dítě vyvíjí, roste, žádné starosti |
| Zpětná vazba, možné změny, rozhodnutí, během prvního roku dítěte (co udělat jinak) | nic | vyžádání jednoho komplexního vyšetření krve a moči dítěte | nic | nic |

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|
| | Marie (R5) | Hana (R6) | Michaela (R7) | Adriana (R8) |
| Narozením dítěte ovlivnění vztahu s partnerem, dětmi | ne | ne, volba správného muže po svém boku, druhé dítě pochopilo vážnost situace | vzájemná podpora s manželem, podpora dětí | s manželem ne, vztah prarodičů k dítěti specifický, strach z dítěte, vztah jako k postiženému dítěti |
| Názory a postoje rodiny a okolí k matce a dítěti | jako ke každému novému členu rodiny | nesmírná podpora a pomoc ohledně hlídání, všichni drží palce dodnes | odsouzení ze strany rodiny, matky, podpora v manželovi, dětech a kamarádkách | všichni dítě milovali a obdivovali |
| Zdravotní a celkový stav dítěte v současné době | velmi dobrý | dobrá, jí, pít neumí, strabismus, léky proti ledvinovým kamenům | vzorný, dítě zdravé, uvědomění si, jak vše mohlo dopadnout | pořád jenom k lepšímu |

Okruh otázek k rozhovoru s matkami nedonošených dětí (výzkumný vzorek A2: matky v domácnosti s dítětem v batolecím období) je uveden v příloze III. Doslovné přepisy rozhovorů jsou k nahlédnutí v samostatné pevné vazbě, která je označena jako příloha bakalářské práce.

S matkami předčasně narozených dětí se mi komunikovalo velmi dobře. Jejich příběhy byly zajímavé. I na matkách bylo často vidět, že jsou za rozhovor rády, což následně potvrzovaly na konci rozhovorů a e-mailových zpráv. Některé psaly o tom, že je zvláštní takto konkrétně a uceleně na uplynulé období vzpomínat, že je to pro ně první příležitost.

10 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ B

10.1 Cíl výzkumného šetření B (R9 - R12)

Výzkumné šetření B bylo zaměřeno na zjištění informovanosti zdravotnického personálu o pocitech rodičů a o rezervách v podpoře rodiny předčasně narozeného dítěte. V rámci krizové intervence předčasně narozených dětí hraje důležitou roli zdravotnický personál. Je nutné, aby si tento personál uvědomoval, že rodiče se nacházejí v náročné situaci, kterou jim mohou svým přístupem pomoci překonat. Zvláště zpočátku je nejdůležitější správná komunikace mezi rodiči a zdravotnickým personálem. Rodiče mají potřebu mít otevřené, jasné a snadno dostupné informace. Potřebují znát všechna rizika a okolnosti, které se vztahují ke zdravotnímu stavu jejich dítěte. Pro úspěšné zvládnutí této, převážně nečekané situace, jsou důležité informace, které rodiče zbavují pocitů nejistoty a úzkosti.

10.2 Použitá metoda B

Výzkumné šetření bylo zpracováno na podkladě výsledků průzkumného šetření. K získání dat byla použita metoda nestandardizovaného, polostrukturovaného rozhovoru se zdravotnickým personálem. Okruhy otázek k rozhovoru byly vytvořeny na základě studia odborné literatury. Rozhovoru se zdravotnickým personálem předcházelo seznámení s účelem výzkumného šetření, nahráváním rozhovoru a způsobem nakládání s informacemi. Informace získané z rozhovorů byly doslovně přepsány z audiozáznamu a dále analyzovány.

10.3 Charakteristika zkoumaného vzorku B

Výzkumný vzorek B tvořili zdravotničtí pracovníci neonatologického oddělení. Zdravotnický personál zastupovala lékařka, staniční sestra a dvě sestry všech věkových kategorií, různého stupně vzdělání a s různou délkou praxe.

Rozhovory s personálem byly realizovány v průběhu mé stáže na neonatologickém oddělení v lednu 2012. Během rozhovorů měl dotazovaný zdravotnický personál prostor k vyjádření svých pocitů, dojmů a zkušeností. Rozhovory probíhaly v klidu v místnosti bez přítomnosti rodičů předčasně narozených dětí. Všechny respondentky z řad zdravotnického personálu souhlasily s výzkumným šetřením.

Tabulka V: Složení výzkumného vzorku B

| Jméno ²² | Věk | Pracovní pozice | Dosažené vzdělání | Praxe na oddělení |
|---------------------|--------|--------------------|--|-------------------|
| Gabriela (R9) | 46 let | lékařka | vysokoškolské | 17 let |
| Pavčina (R10) | 42 let | staniční sestra | střední zdravotní, specializace dětská sestra | 15 let |
| Ema (R11) | 35 let | všeobecná sestra | střední zdravotní | 5 let |
| Jana (R12) | 25 let | porodní asistentka | vysokoškolské | 2 roky |

Věk respondentek se pohyboval od 25 let do 46 let, průměrný věk dosahoval 37 let. Praxe na oddělení se u vybraných respondentek pohybovala od 2 let do 17 let.

10.4 Způsob zpracování dat

Sesbíraná data od zdravotnického personálu byla přepsána do písemné podoby. Rozhovory byly opakovaně pročitány s cílem identifikovat a označit sledované odpovědi. Tyto odpovědi byly na základě podobnosti seskupovány do kategorií a přepsány do předem nadefinovaných tabulek. Měla jsem tak před sebou odpovědi rozdělené do významově stejných kategorií, což mi pomáhalo lépe se ve výpovědích orientovat. Tyto odpovědi jsem opakovaně pročetla, vybírala nejdůležitější výpovědi a údaje. Snažila jsem se nalézt vlivy a příčiny jednotlivých způsobů chování, také podobnosti a rozdíly mezi jednotlivými respondentkami. Postupně se tak začaly vynořovat možné vlivy a vztahy.

²² Jména účastnic výzkumu byla záměrně změněna.

10.5 Výsledky výzkumného šetření B

10.5.1 Kategorizace dat výzkumného vzorku B v tabulkách

Tabulka VI: Souhrnná vyjádření respondentek výzkumného vzorku B

Výpovědi respondentek, jež jsou uvedeny v tabulkách jsem se rozhodla pro lepší přehlednost a porozumění parafrázovat, přesto je obsah jednotlivých výpovědí zachován.

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|--|--|---|--|---|
| | Gabriela (R9) | Pavčina (R10) | Ema (R11) | Jana (R12) |
| Pocity rodičů po předčasném narození dítěte | maximální zaskočení | šok, matky zmatené s pocity viny | pocit viny ze strany matky | bezmoc, smutek, nejistota |
| Potřeba podpory rodičů při prvním kontaktu s dítětem | důraz na jejich rodičovství, jejich neměnný vztah k dítěti | psychicky, odstříkávání mateřského mléka je prvním krokem k lepší psychice | příprava na optický šok, nižší porodní váha dítěte, inkubátor, „hadičky“ | příprava na vzhled dítěte po porodu, jeho „miniaturnost“ „hadičky“, edukace rodičů lékaři, brožury, knihy |
| Druhy podpory rodičů při vypořádávání se s obtížnou situací po narození dítěte | množství informací, uvědomění, že v tom nejsou sami | rodina, personál, brožury, neomezený přístup k dítěti | okamžitá možnost být v kontaktu s dítětem, práce s laktací | zaměření na kojení, stimulace prsů, informační brožury |
| Druhy rozptýlování obav rodičů při prvním kontaktu v péči o dítě | aby se dítěte nebáli, aby si uvědomili, že v tom nejsou sami, podpořit je v kojení | okamžité zapojení matek do povinností o dítě | zvládnutí péče v porodnici, dostatek informací, názorný výklad | zaměstnat matky, motivovat ke kojení, edukace lékaři |
| Dostatečné zapojení rodičů do péče o jejich dítě na oddělení | snaha je, každý to vnímá jinak, potřeby rodičů jsou větší i menší | personál rodiče zapojuje nejvíce na oddělení intermediárním, na rooming přichází rodiče perfektně „zaučení“ | na JIP klokánkování, na oddělení intermediárním daleko větší, ze strany personálu snaha o maximální zapojení | na JIP klokánkování, na oddělení intermediární péče postupné, ze strany personálu dostatečné zapojení |

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|--|--|--|--|--|
| | Marie (R5) | Hana (R6) | Michaela (R7) | Adriana (R8) |
| Nejvýznamnější podpora rodičů v péči o jejich dítě na oddělení | nebát se, přijmout dítě takové, jaké je, zamezení rozkolu mezi partnery | aktivní zapojení do péče o dítě | dostatek literatury, snažit se zaměstnat mysl, nejen ruce | příběhy jiných rodičů s dobrým koncem, podpořit a poučit o důležitosti kojení či odstříkávání mateřského mléka |
| Potřeba zlepšení kontaktu rodičů s dítětem na oddělení | poskytnutí maximálního možného času a prostoru matce a otci být s dítětem | vize primáře k pořízení hotelového bytu, absence finančních prostředků | - | - |
| Způsob edukace rodičů o odstříkávání mateřského mléka | první kontakt, práce s prsy, důležitost prvních kapiček, tvorba mléka pozvolná | z letáků o laktaci | formou brožury | formou brožury, speciální tiskopis, individuální konzultace s lékaři a sestrami |
| Působení příběhů ostatních rodičů, kteří prožili předčasný porod | spíše pozitivní | dobře, brožurky z Nedoklubka | individuální, ne vždy šťastný konec příběhu | pozitivní, očekávání pozitivní budoucnosti |
| Doporučení zdrojů, ze kterých se rodiče dozví informace o dítěti | kniha Narodilo se předčasně, dialog s personálem, rady druhých matek | kniha Narodilo se předčasně, brožurky z Nedoklubka | od personálu pečujícího o dítě, nevhodnost informací z internetu | kniha Narodilo se předčasně, internet s ověřenými stránkami |
| Obavy rodičů do budoucna (čeho, proč, možnost opatření) | obavy z následků, okamžitý strach | obavy ze zdraví dítěte, zda bude rovnocenné zdravým a donošeným dětem | zaneprázdnění stávající situací, otázku budoucna neřeší | obavy z postižení, obava z reakce okolí na dítě |

| Otázky z rozhovorů | Jména respondentek | | | |
|--|--|--|--|---|
| | Marie (R5) | Hana (R6) | Michaela (R7) | Adriana (R8) |
| Přístup k rodičům předčasně narozeného dítěte na oddělení (jak, proč, z jakého důvodu) | potřeba vysvětlovat, sounáležitost k dítěti, sdílet nálady rodičů, podpora v možnosti využití psychologa | individuální přístup, každá matka je jiná povaha, ke každé se musí přistupovat jinak, individuálně | individuální přístup ke každému z rodičů a s tím spojený odborně zaškolený personál sester | empatický a soucitný přístup, postupné podávání informací, postupné úkolování matek |

Okruh otázek k rozhovoru se zdravotnickým personálem pečujícím o nedonošené děti (výzkumný vzorek B) je uveden v příloze IV. Doslovné přepisy rozhovorů jsou pak k nahlédnutí v samostatné pevné vazbě, která je označena jako příloha bakalářské práce.

Domnívám se, že výpovědi respondentek jsou velmi citlivé a příběhy rodičů natolik jedinečné, že lze jejich autorky identifikovat. Z tohoto důvodu a také na přání respondentek jsem záměrně změnila jejich jména. Považuji tedy za vhodné nezveřejňovat doslovné přepisy rozhovorů v elektronické verzi bakalářské práce. Tyto materiály budou k nahlédnutí pouze v tištěné verzi bakalářské práce.

DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem se snažila odpovědět na tyto otázky:

- jaké mají pocity rodiče nedonošených dětí v souvislosti s předčasným narozením jejich dítěte,
- jaké jsou priority rodičů nedonošených dětí v oblasti edukace a podpory rodiny předčasně narozeného dítěte,
- jaké rezervy vnímá zdravotnický personál v oblasti edukace a podpory rodiny předčasně narozeného dítěte.

K výsledkům výzkumného šetření jsem dospěla analýzou dvanácti rozhovorů, ze kterých jsem stěžejní informace kategorizovala do předem nadefinovaných tabulek, které mi napomohly se ve výpovědích jednotlivých respondentek lépe orientovat. Z celkového počtu respondentů bylo osm matek předčasně narozených dětí, které jsem pro přehlednost zařadila do dvou skupin. První skupinu A1 tvořily čtyři matky (R1 - R4) předčasně narozených dětí, které byly se svými dětmi hospitalizovány na neonatologickém oddělení. Druhou skupinu A2 tvořily matky (R5 - R8), jejichž předčasně narozené dítě je nyní starší jednoho roku a vypovídaly již z domácího prostředí. Tyto dvě skupiny rodičů A1 a A2 jsem zvolila záměrně z důvodu porovnání pocitů a názorů rodičů k danému tématu. Zajímaly mě pocity, postřehy a názory rodičů, kteří situaci v současné době prožívají, a těch, kteří se na stejnou situaci mohou podívat v dostatečném časovém odstupu. Zbývající počet respondentů tvořila čtveřice členů zdravotnického personálu pečujícího o nedonošené děti (R9 - R12).

V první části diskuse chci rozebrat, jak se matky vyrovnaly s předčasným porodem svého dítěte. Respondentky popisovaly, že po porodu cítily hlavně strach, zoufalství a pocity viny a selhání. Pouze jedna z respondentek věděla o možnosti předčasného porodu vzhledem k rizikovým faktorům (věk, vícečetné těhotenství, IVF, potrat dvojčat v 6. měsíci předešlého těhotenství), který u ní proběhl ve 26. týdnu těhotenství. Respondentka uvedla, že chtěla „vydržet strašně dlouho“, protože si uvědomovala důležitost každého dne pro vývoj svých dětí. Doslovně uvedla, že „po strašně dlouhé době se s tím, tak nějak vyrovnala“.

Další respondentka uvedla, že ke svému dítěti po porodu necítila vůbec nic. Tuto skutečnost si dávala za vinu. Obrat nastal při klokánkování, kdy se začal jejich vzájemný vztah tvořit a upevňovat. Matka doslovně uvedla, že „v tuto chvíli svou dceru začala milovat“. Dokonce docházelo k situacím „vzájemných bojů“ mezi manžely, kdo bude v daný den s dcerou klokánkovat.

Dá se říci, že respondentky vesměs pociťovaly po porodu strach a bezmoc, přičemž strach převládal. Z rozhovorů s respondenty z řad zdravotnického personálu vyplynulo, že matky po porodu prožívají hlavně šok, bezmoc, smutek a nejistotu z budoucnosti. Matky mívají často výčitky, že své dítě nedokázaly donosit. Prioritou zdravotníků je klást důraz na jejich rodičovství a jejich neměnný vztah k dítěti. Je důležité podpořit je v tom, aby brali své dítě takové, jaké je, byli tady pro něj, fandili mu a dělali vše pro to, aby mohli být spolu. Když to stav dítěte dovolí je třeba umožnit rodičům co nejdříve fyzický kontakt s jejich dítětem. Důležitou a nedílnou součástí podpory rodičů je včasné, pravdivé, snadno pochopitelné, ucelené a kontinuální podávání informací o dítěti a jeho zdravotním stavu vzhledem k možnosti neočekávaných zvrátů zdravotního stavu zejména v prvních dnech života dítěte.

Vzhledem k výpovědím rodičů v rámci mého výzkumného šetření se domnívám, že si zdravotnický personál málo uvědomuje (též vzhledem ke své časové vytíženosti), jak se matky po porodu cítí. Všechny respondentky uvedly, že neměly prostor k vyjádření svých pocitů a obav na JIP, eventuálně později. Většině z nich to nevadilo, uvedly, že oporou jim byl partner a rodina. Poukazovaly na to, že je pro ně důležitější, aby se personál zabýval péčí o jejich dítě. Starost o jejich psychiku považovaly v tu chvíli za nedůležitou. Zkrátka upřednostňovaly péči o dítě, se kterou byly všechny spokojeny. Jedna z respondentek uvedla, že ji ranilo sdělení „že mohla čekat, jak se to vyvine“, ale dodala „oni to prostě berou jinak, těžko se to chápe, když se nejedná o vlastní dítě, člověk může mít načteno spoustu a stejně to nezvládá“. Další z respondentek uvedla tvrzení, že „lidé, kteří to neprožili, nepochopí“. Proto si myslím, že by se pozornost měla více zaměřit na pocity rodičů, partnerů a rodičům by se měl dát prostor k vyjádření jejich pocitů a obav.

Druhá část diskuse bude zaměřena na první kontakt matky s dítětem. Tento kontakt prožívala každá respondentka jinak. Jedna tu chvíli popsala jako kombinaci radosti, bolesti, strachu a samoty. Oproti tomu jiná zase měla pocit, že je úplně bezmocná. Další respondentka při prvním pohledu na své dítě cítila obrovskou radost, a i když se dítě narodilo ve 24. týdnu těhotenství, vnímala je jako každé jiné miminko, jen trochu menší. Všechny ty hadičky si dokázala odmyslet a nebála se jich. Během prvního kontaktu u rodičů převládal strach a nejistota, proto je nutné budovat vztah rodiče s dítětem hned od počátku. Už na JIP by měl být kontakt co nejvčasnější a nejčastější. Zjistila jsem, že ze strany zdravotnického personálu byla tato potřeba rodičů vnímána a byli podporováni různými způsoby, jak s dítětem navázat kontakt. Rodiče tak mohli své dítě navštívit prakticky kdykoliv, a to na jejich psychiku a budování vztahu k dítěti působilo velmi pozitivně.

Většina respondentek byla před první návštěvou svého dítěte dostatečně poučena o prostředí na jednotce intenzivní péče a také o tom, že je jejich dítě (děti) menší než děti narozené v termínu. Menší část respondentek tyto informace nedostala, o to více byla prostředím jednotky intenzivní péče a pohledem na své dítě zaskočena. Pro příklad jedna z respondentek vypověděla, že první pohled na dítě pro ni byl šok a dítě jí připomínalo „malého růžového králíčka“. Matky uvedly, že tyto informace o vzhledu předčasně narozeného dítěte považují za důležité a zpětně by je rády dostaly před prvním kontaktem s dítětem. Přesto, že tyto informace některé matky nedostaly, většina zdravotnického personálu uvádí důležitost příprav rodičů na „optický šok“ (nižší porodní váha dítěte, inkubátor, hadičky, monitory) při první návštěvě svého dítěte.

Na základě výše uvedeného se domnívám, že jsou rodiče před první návštěvou svého dítěte náhodně poučeni o vzhledu dítěte a prostředí jednotky intenzivní péče. Myslím si, že rodiče jsou připravováni dle časové vytíženosti jednotlivých sester. Navrhuji, aby poučení rodičů o vzhledu dítěte a prostředí jednotky intenzivní péče bylo zakotveno do standardů ošetrovatelské péče jako cíl postupného zvyšování kvality na neonatologických odděleních.

Ve třetí části diskuse bude popsána důležitost zapojení rodičů do péče o jejich nedonošené dítě. Zapojení do péče o předčasně narozené dítě patří mezi nejdůležitější aspekty v podpoře rodiny nedonošeného dítěte. V současné době je v perinatologických centrech včasné zapojení do péče o nedonošené dítě velmi podporováno. Všechny respondentky uvedly spokojenost se zapojením do péče o jejich děti ve větší, či menší míře. Některé uvedly, že na jednotce intenzivní péče je zapojení horší a na jednotce intermediární péče je již dostatečné. Většina respondentek chápe snížené zapojení do péče na jednotce intenzivní péče vzhledem ke stavu dítěte, jiné si myslí, že by určité úkony kolem dítěte zvládly samy (přebalování, měření tělesné teploty atd.). Jediný „problém“ při manipulaci s dítětem spatřovaly matky v drobnosti dítěte. Jedna z respondentek uvedla, že „měla strach obléknout ručičky do rukávu, aby dítěti neublížila“. Obecně se zapojením do péče měly všechny matky radost a považovaly tento krok za „první“ malé vítězství.

Zdravotnický personál se snaží rozptýlit obavy rodičů z péče o předčasně narozené děti tím, že jim vše vysvětluje a názorně ukazuje. Podle zdravotníků je potřeba rodiče povzbuzovat, chválit a motivovat. Zdravotníci si myslí, že rodiče maximálně zapojují do péče a nevnímají v této oblasti žádné rezervy, ale připouští, že každý rodič to může vnímat jinak. I potřeby rodičů se liší, jsou individuální, záleží na povaze a situaci každého z nich. Jedna z respondentek uvádí, že „někdo má potřebu zapojení do péče menší, někdo větší“. Prioritou z pohledu zdravotníků v podpoře rodičů při péči o jejich dítě je skutečnost, aby se nebáli přijmout dítě takové, jaké je. Dále je důležité je uvědomit si, že v této situaci nejsou sami a poskytnout jim dostatek informací formou rozhovorů (se zdravotnickým personálem), brožur, knih a internetových odkazů na spolehlivé organizace nabízející pomoc rodinám nedonošených dětí. Jedna respondentka z řad zdravotníků uvedla, že je důležité prostřednictvím literatury „rodičům zaměstnat nejen ruce, ale i mysl“.

Z rozhovorů s respondentkami dále vyplynulo, že velmi pozitivní činnost v rámci zapojení do péče o dítě představovala metoda klokánkování. Jedna z respondentek uvedla, že jí klokánkování pomohlo natolik, že se do tří týdnů cítila jako stoprocentní matka. Všechny matky zažívaly při klokánkování pocity štěstí. V hodnocení této oblasti se matky shodly s názory zdravotnického personálu o významných pozitivěch, které metoda klokánkování přináší.

Většina zdravotnického personálu vyzdvihuje fyzický kontakt rodiče s dítětem, tzv. kontakt kůže na kůži. Jedna z respondentek z řad zdravotnického personálu vyzdvihuje klokánkování a klade důraz na jeho „blahodárné účinky“. Jiná respondentka zase klade důraz na klokánkování jako na jednu z forem „přípravy na kojení“ (zahájení laktace u matek). Další zase uvedla, že prostřednictvím klokánkování dochází k „vnitřnímu naladění matky na dítě, a to ji dostane do úplně jiné polohy v pozitivním slova smyslu“.

Mezi jednu z nejdůležitějších oblastí v zapojení do péče o nedonošené dítě patří edukace matek o kojení, případně odstříkávání mateřského mléka pro své dítě. Všechny matky kromě jedné uvedly, že byly edukovány o kojení a odstříkávání mateřského mléka okamžitě, jakmile to jejich zdravotní stav dovolil. Jedna z respondentek za pár hodin po porodu, druhá druhý den, další za tři dny po převozu z JIP (z důvodu těžké preeklampsie). Co se týká informovanosti respondentek o odstříkávání mateřského mléka, byly téměř všechny spokojeny. Pouze jedna z respondentek uvedla, že neměla dostatečné a úplné informace.

Z mé stáže na oddělení vyplynulo, že laktační sestry edukují matky předčasně narozených dětí o odstříkávání mateřského mléka a o možnosti jeho uskladnění. Edukují matky také o nutnosti odstříkávat mateřské mléko v pravidelných časových intervalech (co tři hodiny), a to i v noci kvůli zahájení laktace tak, jakoby se dítě k jídlu hlásilo samo. Matkám je doporučováno, aby při odstříkávání mateřského mléka myslely na své dítě, nebo se dívaly na jeho fotografii. Všichni dotazovaní využívají k edukaci letáky a brožury. Jedna z respondentek upozornila na možnost individuální konzultace k problematice o odstříkávání mateřského mléka s lékaři a sestrami.

V závěrečné části diskuse bych chtěla poukázat na psychickou podporu rodičů předčasně narozených dětí. Z průzkumného šetření vyplynulo, že všechny respondentky nacházely oporu a pomoc ve vypořádání se se svou situací u partnerů a rodiny. Šest z osmi respondentek uvedlo, že v rámci hospitalizace je důležité mít možnost využít služeb psychologa. Jedna z respondentek vůči této problematice nedokázala zaujmout stanovisko. Poslední respondentka se nad tímto tématem nedokázala zamyslet, neboť uvedla, že má kolem sebe spoustu lidí, kteří jí pomohli a se kterými mohla cokoliv konzultovat. Přesto, že se k možnosti využití služeb psychologa staví většina respondentek kladně, pouze dvě z nich této služby využily. Další dvě respondentky by zpětně konzultace s psychologem využily také.

Jedna respondentka z řad zdravotnického personálu také zdůrazňuje možnost využít služeb psychologa. Řekla, že tato pomoc je „zde rozhodně na místě“. Respondentka dále uvedla, že je jen málo matek, které si o tuto službu řeknou samy. Navrhuji, aby byly služby psychologa aktivně a citlivě nabízeny personálem, a aby byla zdůrazněna jejich důležitost a zároveň vyvrácen mýtus o tom, že „člověk využívající těchto služeb je psychicky narušený, či nemocný“.

Dále je důležité podpořit zapojení rodičů do péče o jejich nedonošené děti a poskytnout jim dostatek informací. Zjišťovala jsem, jaké znají rodiče zdroje informací, ze kterých by se dozvěděli něco o nedonošeném dítěti. Většina uvedla internet a ošetřující personál. Dvě respondentky sdělily, že znají možné zdroje podpory a pomoci jako jsou např. Nedoklubko, Centrum rané péče, projekt „Miminko do dlaně“. Oproti tomu zdravotnický personál navíc uvedl knihu „Narodilo se předčasně“, brožurky z Nedoklubka, dialog s personálem a internet s ověřenými webovými stránkami (www.nedoklubko.cz).

ZÁVĚR

Problematika edukace a podpory rodičů předčasně narozených dětí je velmi široká a citlivá. Pro zachycení důležitých aspektů této činnosti byly v bakalářské práci stanoveny tři cíle. Zmapovat pocity rodičů předčasně narozených dětí. Charakterizovat priority rodičů v oblasti edukace a podpory rodiny předčasně narozeného dítěte. Zjistit informovanost zdravotnického personálu o pocitech, podpoře a edukaci rodičů předčasně narozených dětí a případných rezervách v této oblasti. Cíle práce byly splněny.

V rámci problematiky edukace a podpory rodičů předčasně narozených dětí chci také upozornit na fakt, že ne všechny příběhy rodičů nedonošených dětí mají šťastný konec. I přes veškerou snahu lékařů a odbornou péči, která je nedonošeným dětem poskytována může dojít ke smrti dítěte. Je nutné uvědomit si že pozůstalí rodiče a celá rodina prožívají velkou bolest ze smrti dítěte. Nejdůležitější roli v prvních okamžicích v péči o pozůstalé rodiče hraje personál. Je nezbytný velmi citlivý a ohleduplný přístup k rodičům a snaha zajistit rodičům podporu v co největší možné míře. Cílem zdravotnického personálu je dodat rodičům odvalu, aby své dítě viděli, podrželi, pojmenovali a uspořádali pohřeb. Rodiče musejí mít možnost postavit se strachu ze smrti, uvědomit si bolestnou ztrátu, aby mohli začít truchlit. Snahou personálu je zajistit rodičům dostatek soukromí, aby se mohli rozloučit se svým dítětem a dát volný průchod svým emocím. Důležité je také poskytnout rodičům dostatečné, pravdivé, ucelené a srozumitelné informace o smrti dítěte a kdykoliv je zopakovat. V neposlední řadě je na místě rodičům nabídnout konzultaci s psychologem, který jim může pomoci se s touto nelehkou životní situací vypořádat, neboť smrt dítěte je to nejhorší co může rodiče v životě potkat, jak potvrzují i mnozí autoři.

Co se týká pocitů a priorit rodičů předčasně narozených dětí, byly zjištěny následující skutečnosti. Z rozhovorů s matkami vyplynulo, že rodiče vnímají svou přítomnost u dítěte od časných fází hospitalizace jako velmi důležitou pro vzájemnou interakci a kontakt s dítětem. Touží porozumět chování a reakcím dítěte. S tím souvisí skutečnost, že všechny matky využily možnosti trvalého pobytu společně s dítětem na neonatologickém oddělení. Současným trendem v neonatologii je otevřenost rodině, která dává možnost větší individualizace v péči o dítě. Pro matky je důležité rychlé vybudování a podpora pocitu, že mohou pro své dítě něco udělat.

Ve vnímání aktivit péče o dítě se většina matek shoduje, že za nepřínosnější považují kontakt dítěte s rodiči a klokánkování. Tyto aktivity přináší nesporný prospěch nedonošeným dětem i rodičům. Klokánkování podporuje roli rodičů, přináší pozitivní emoce, uspokojení z kontaktu s dítětem. Matky na oddělení preferují komfort pro dítě, minimální vyrušování a respektování individuálních potřeb dítěte. To je výzva, která vyžaduje vědomosti a zkušenosti zdravotnického personálu a podporuje význam edukace. Z informací získaných výzkumným šetřením s matkami bylo dále možné vyvodit, že matky pozitivně vnímají poskytování informací zdravotnickým personálem. Pozitivně hodnotím možnost komunikace matek se zdravotnickým personálem, což jim přináší oporu a nalezení klidu pro péči o dítě. Dostupnost sester kdykoliv je pro matky důležitá. Rodiče očekávají, že sestry poznají, jak se cítí a pomohou jim. Nezbytným předpokladem navázání spolupráce s rodiči předčasně narozených dětí je komunikace, neustálé opakování, ujišťování a předávání informací tak, aby je rodiče chápali a rozuměli jim. Kromě profesionality očekávají rodiče nedonošených dětí od zdravotnického personálu trpělivost při opakovaném vysvětlování aspektů zdravotního stavu jejich dítěte. Začlenění do péče o dítě vnímá většina rodičů jako dostačující. Většina matek se shodla na tom, že díky zapojení sebe sama do péče o své dítě se cítí připraveny na domácí péči a mají pocit, že vše zvládají.

Závěrem bych chtěla zmínit realizaci odborné psychologické pomoci na neonatologickém oddělení. Z vlastní zkušenosti mohu usoudit, že erudovaný psycholog není na oddělení běžně přítomen a zájem o setkání v rámci podpory matek předčasně narozených dětí je ze strany matek hospitalizovaných novorozenců velmi individuální. Z výzkumného šetření s matkami vyplynulo, že nabídka setkání matek nedonošených dětí s psychologem v rámci jejich podpory je zatím přijímána s rozpaky.

K otázce informovanosti zdravotnického personálu o rezervách v edukaci se vztahují následující výsledky. Základem péče o předčasně narozené děti není „pouze“ snaha o jejich přežití, ale především optimalizace jejich vývoje. Zdravotnický personál musí efektivně a intenzivně pracovat nejen s nedonošenými dětmi, ale i s jejich rodiči. To vyžaduje, aby zdravotnický personál porozuměl nedonošeným dětem, rodičům a měl potřebné znalosti, zkušenosti, praktické dovednosti. Důležitou roli zde má nejen přítomnost, ale i spokojenost rodičů. Záleží také na kvalitě komunikace mezi rodiči a zdravotnickým personálem. Rodiče zároveň poskytují zdravotnickému personálu pečujícímu o jejich dítě důležitou zpětnou vazbu, jak ve vztahu k péči o dítě, tak k interakci s rodiči.

Na základě rozhovorů s rodiči jsem vyvodila následující výstupy bakalářské práce:

- poučit rodiče nedonošených dětí o vzhledu dítěte a prostředí jednotky intenzivní péče a zakotvit toto poučení do standardů ošetrovatelské péče jako cíl postupného zvyšování kvality na neonatologických odděleních,
- aktivně a citlivě nabízet služby psychologa personálem a zdůrazňovat jeho důležitost a opodstatněnost v podpoře rodičů předčasně narozených dětí (vyvrácení mýtu o tom, že člověk využívající služeb psychologa je psychicky narušený, či nemocný),
- dostatečným způsobem informovat a edukovat rodiče předčasně narozených dětí (formou brožur a letáků na nočních stolcích, na chodbách, nástěnkách apod.) o možných zdrojích podpory a pomoci v oblasti informačních zdrojů (občanské sdružení Nedoklubko, občanské sdružení Zrnka, Modrý koník - webové stránky pro budoucí maminky) a tím pádem podporovat jejich včasné zapojení do péče o nedonošené dítě, dosažení pocitu důvěry matek v sebe sama, ve zvládnutí péče o nedonošené dítě,
- zajistit neonatologickým sestřám a personálu dostatečné studijní a psychické podpory a výchovy podporující rodinu nedonošeného dítěte (sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče, edukátorka, pomocnice, zástupkyně zájmů dítěte, zavedení systemizace pracovních míst, aby vlivem nedostatku času, či příjmem dalšího dítěte nedocházelo k destabilizaci dětí atd.),

- podporovat instalaci informačních tabulí na neonatologických oddělení jako pozitivní prostředek pro zbavení se strachu a podporu nalezení klidu rodičů (rozmístění tabulí na chodbách oddělení, na tabulích vystavit fotografie předčasně narozených dětí, které byly na neonatologii hospitalizovány, zachycení dalšího vývoje dítěte a jeho pokroků v životě, tvorba příběhů, které vytváří a dávají k dispozici rodiče sami sobě).

Hlavním výstupem této bakalářské práce je vypracování edukačního materiálu pro rodiče předčasně narozených dětí. Snažila jsem se o zmapování nejdůležitějších informací pro rodiče (matky) nedonošených dětí. Při tvorbě edukačního materiálu jsem vycházela z výsledků průzkumného šetření zaměřeného na pocity a priority rodičů v oblasti edukace a podpory rodiny předčasně narozeného dítěte.

Jelikož je problematika předčasně narozených dětí relativně nová a zkoumaná především z lékařského hlediska, předpokládám, že hlavní přínos mé bakalářské práce spočívá prvotně ve zmapování tématu. Dále se domnívám, že by práce mohla odhalit, co rodiče vůbec potřebují, aby mohli bezpečně a účinně rozvíjet vztah se svým nedonošeným dítětem. Tento můj názor potvrzuje také zájem občanského sdružení Nedoklubko, pracujícího s rodiči předčasně narozených dětí, o výsledky, který v bakalářské práci předkládám.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 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.
- BOREK, Ivo et al., 2001. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Vyd. 2. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-338-4.
- DOKOUPILOVÁ, Milena et al., 2009. *Narodilo se předčasně*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.
- DORT, Jiří et al., 2004. *Neonatologie. Vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0790-5.
- DUŠOVÁ, Bohdana, 2005. *Edukace v ošetrovatelství*. Ostravská univerzita: Zdravotně sociální fakulta Ostrava. ISBN 80-7169-893-8.
- ENKIN, Murray et al., 1998. *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-417-7.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2004. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-405-4.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Hodnocení chování novorozence. *Neontologické listy*. Praha: Česká neontologická společnost. 2005, r. 2, č. 2, s. 32-38.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-447-4.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al., 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 2. část. Péče o novorozence*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-489-4.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3940-3.
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
- GEISEL, Elizabeth, 2004. *Slzy po porodu. Jak překonat depresivní nálady*. Praha: On Women Press. ISBN 80-86356-32-9.

HÁJEK, Zdeněk et. al., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.

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.

JUNGWIRTHOVÁ Iva a Terezie HRADILKOVÁ, 2002. Sdělování nepříznivé diagnózy. „...Když není všechno tak, jak si přáli...“ Praha: Státní zdravotní ústav. (brožura)

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KYČERKOVÁ, Jiřina. Ošetrovatelský proces u rodičky s dg partus praematurus. Sestra. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Sanoma Magazines Praha. 2003, roč. 13, č. 11, s. 39-40. ISSN 1210-0404.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Vyd. 4. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

MACKŮ, František a Evžen ČECH, 2002. *Porodnictví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 80-86073-92-0.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2003. *Úvod do ošetrovatelství I.díl - Systémový přístup*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.

MIKULANDOVÁ, Magdalena, 2004. *Těhotenství a porod. Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0205-X.

MUNTAU, Ania Karolina, 2009. *Pediatric*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2525-3.

MYDLIL, Václav, VOCEL, Jiří et al. 1982. *Praktická neonatologie*. Praha: Avicenum.

PREKOPOVÁ, Jiřina, 2009. *Pevné objetí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-614-8.

PRŮCHA, Jan, 1997. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-170-3.

PRŮCHA, Jan, 2005. *Moderní pedagogika*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 80-7367-047-X.

ROSSOVÁ, Kübler Elisabeth, 1995. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Praha: EM Reflex.

ROZTOČIL, A. et al., 2001. *Porodnictví*. Brno: IDV PZ. ISBN 80-7013-339-2.

RUFFER Josef. Jednotka intenzivní a resuscitační péče novorozenců. [online]. Nedoklubko, [cit.2009-01-22]. Dostupné z: http://www.nedoklubko.cz/nejcastejsi_diagnozy.asp

ŘIHÁNKOVÁ, Jana. Matka a nedonošené dítě. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce Dagmar Opatřilová.

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.

SOBOTKOVÁ, D., JANÍKOVÁ. M., LUCKÁ et. al., 1999. Pomoc rodičům při narození rizikového dítěte nebo při perinatálním úmrtí. *Neontologické listy*. 1999, č. 4, s. 173-176.

SOBOTKOVÁ Eva, JUNGWITHOVÁ, Ivana a Věra GABRIELOVÁ, 2002. Nedonošené dítě a rodiče. „...Když není všechno tak, jak si přáli“. Praha: Státní zdravotní ústav. (brožura).

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2006. *Jak řeší rodinné krize moderní žena*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1567-8.

THOMASMA, D. C. a T. KUSHNEROVÁ, 1996. *Od narození do smrti. Etické problémy v lékařství*. Vimperk: Mladá Fronta. ISBN 80-204-0883-5.

UHLÍŘOVÁ, Jana. Postavení edukace v systému ošetrovatelské péče v pediatrii. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Jitka Pecháčková.

VELEMÍNSKÝ, M., 2003. *Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující ZSF JU*. Vyd. 4. České Budějovice: JU. ISBN 80-7040-643-7.

ZÁVODNÁ, Vlasta, 2005. *Pedagogika v ošetrovatelství*. Vyd. 2. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-193-X.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Moje rodina [online]. 2010 [cit. 2011-04-22]. Babyklokánci.

Dostupné z: www: <<http://www.moje-rodina.cz/spolecnost/babyklokanci>>.

Nedoklubko [online]. 2011 [cit.2011-06-03]. Cíle sdružení.

Dostupné z: www: <<http://nedoklubko.cz/o-nas/cile-sdruzeni/>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|-------------|--|
| g.t. | gestační týden |
| JIP | jednotka intenzivní péče |
| ELBW | extrémně nízká porodní hmotnost (extremely low birth weight infant) |
| VLBW | velmi nízká porodní hmotnost (very low birth weight) |
| LBW | nízká porodní hmotnost (low birth weight) |
| PROM | předčasný odtok plodové vody |
| ROP | retinopatie nedonošených |
| OMM | odstříkané mateřské mléko |
| OMM priming | dokrmování (stimulace) odstříkaným mateřským mlékem |
| TK | krvní tlak |
| TT | tělesná teplota |
| tj. | to je |
| g | gram |
| cm | centimetr |
| UNICEF | Dětský fond Organizace spojených národů (z angl. United Nations Children's Fund) |
| CPAP | ventilační režim (angl. zkr. continuous positive airway pressure) |
| IVF | mimotělní oplodnění vajíček, jako nejčastěji využívaná metoda asistované reprodukce (in vitro fertilizace) |
| IMP | intermediární péče |

SEZNAM TABULEK

Tabulka I: Složení výzkumného vzorku A1

Tabulka II: Složení výzkumného vzorku A2

Tabulka III: Souhrnná vyjádření respondentek výzkumného vzorku A1

Tabulka IV: Souhrnná vyjádření respondentek výzkumného vzorku A2

Tabulka V: Složení výzkumného vzorku B

Tabulka VI: Souhrnná vyjádření respondentek výzkumného vzorku B

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Edukační materiál pro rodiče předčasně narozených dětí

Příloha II: Okruh otázek k rozhovoru s matkami předčasně narozených dětí (výzkumný vzorek A1: matky hospitalizované v nemocnici)

Příloha III: Okruh otázek k rozhovoru s matkami předčasně narozených dětí (výzkumný vzorek A2: matky v domácnosti s dítětem v batolecím období)

Příloha IV: Okruh otázek k rozhovoru s personálem (výzkumný vzorek B: zdravotnický personál pečující o předčasně narozené děti)

PŘÍLOHA I: EDUKAČNÍ MATERIÁL PRO RODIČE PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

ÚVOD

1 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DĚTI

- 1.1 CO SE DĚJE V NEMOCNICI?
- 1.2 CO SE DĚJE S DÍTĚTEM NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE?
- 1.3 KDO SE O DÍTĚ STARÁ?
- 1.4 JAK MŮŽETE DÍTĚTI POMOCI?

2 KOJENÍ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

- 2.1 NEŽ ZAČNETE KOJIT
- 2.2 ODSÁVÁNÍ MATEŘSKÉHO MLÉKA
- 2.3 ODSÁVEJTE PRAVIDELNĚ
- 2.4 PIJTE HODNĚ VODY
- 2.5 MASÁŽ PRSOU PŘED ODSÁVÁNÍM
- 2.6 KOJENÍ NEDONOŠENÉHO MIMINKA

3 KLOKÁNKOVÁNÍ

- 3.1 VÝHODY KLOKÁNKOVÁNÍ

4 JAK SE LÉPE CÍTIT PO NAROZENÍ NEDONOŠENÉHO DÍTĚTE

5 PŘI ODCHODU DÍTĚTE Z NEMOCNICE DOMŮ

6 NESROVNÁVEJTE NEDONOŠENÉ DÍTĚ S DONOŠENÝM

7 REHABILITACE S NEDONOŠENÝM DÍTĚTEM

- 7.1 REFLEXNÍ REHABILITACE PODLE VOJTY (VOJTOVA METODA)
- 7.2 BOBATH KONCEPT NEBOLI SENZOMOTORICKÉ UČENÍ
- 7.3 PLAVÁNÍ KOJENCŮ
- 7.4 HIPOTERAPIE

8 CO SLEDOVAT BĚHEM VÝVOJE NEDONOŠENÉHO DÍTĚTE

9 TIPY A RADY OD RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

- 9.1 LÉKAŘI, KTERÉ POTŘEBUJE VĚTŠINA NEDONOŠENÝCH DĚTÍ
- 9.2 CO BY URČITĚ NEMĚLO CHYBĚT V DOMÁCÍ LÉKÁRNICE
- 9.3 JAK PODÁVAT LÉKY
- 9.4 NEJČASTĚJI UŽÍVANÉ VITAMÍNY A LÉKY U NEDONOŠENÝCH DĚTÍ
- 9.5 OČKOVACÍ KALENDÁŘ NEDONOŠENÉHO DÍTĚTE V PRVNÍCH DVOU LETECH

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ÚVOD

Milá maminko,

narodilo se Vám dítě mnohem dříve, než jste očekávala. Hlavou se Vám honí mnoho otázek, na které byste nejraději znala okamžitě odpověď. Prožíváte nyní stav nejistoty a obav o Vaše dítě. Tímto materiálem bych Vám ráda pomohla najít odpovědi na některé otázky.

Je však důležité, abyste se se svými obavami svěřila a společně se zdravotnickým personálem se podílela v rámci svých možností na léčbě a pomoci svému dítěti. Nikdo nikdy nemůže úplně nahradit matčino pohlazení, pochování, povídání, zpívání.

Přesto, že se nacházíte v nelehké situaci je dobré si vytvořit nějakou rámcovou představu o budoucnosti, aby jste měli kam napřímít své síly. Snad Vám tyto kapitoly pomohou na cestě na jejímž počátku stojíte Vy a Vaše dítě.

1 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DĚTI

Každá maminka si přeje, aby se její dítě narodilo v pořádku. Ale co když se miminko rozhodne vykouknout na svět předčasně? Miminko dozrává během těhotenství postupně, a čím později dojde k předčasnému porodu, tím je zralejší a tím méně zdravotních komplikací také hrozí.

Pokud se Vaše dítě narodí jen několik dní před 38. týdnem (hranice pro předčasný porod) a jeho váha není nižší než 2.500 gramů, nemusíte se obávat. S největší pravděpodobností bude vaše miminko naprosto zdravé. Čím dříve se ale narodí, tím hůře. Ovšem ani tehdy si nemusíte nic vyčítat. Příčiny předčasného porodu jsou různé a může to být i onemocnění, za které nemůžete. Hlavně si neříkejte, že je to vaše vina. I v případě hodně nedonošených dětí je tu naděje, že bude vaše miminko v pořádku. Lékaři dnes dovedou „zachránit“ plod, jehož váha se pohybuje kolem půl kilogramu. [1]

1.1 Co se děje v nemocnici?

Bohužel to není jednoduché ani pro miminko, ani pro Vás. Ze dne na den se změní totiž život celé rodině a to mnohem více než u zdravých donošených dětí. Miminka bývají umístěna ve speciálních inkubátorech, nezdělaná kdy mají kolem sebe spoustu hadiček a přístrojů, které jim pomáhají s jídlem nebo třeba s dechem. Jsou pod stálou péčí sester a lékařů, a rodiče k nim mají jen omezený přístup. Což klade velkou zátěž na psychiku. Bohužel i zdravotní stav je často nejistý, mění se doslova z hodiny na hodinu, takže nepropadejte panice, když se malinko zhorší, nic to neznamená. Jen prodloužení pobytu v porodnici, který se může protáhnout i na pár měsíců. To ale za život stojí, ne? A jednoho dne přijde dobrá zpráva, že můžete jít domů. [2]

1.2 Co se děje s dítětem na jednotce intenzivní péče?

Novorozenecká jednotka intenzivní péče je místo, kde jsou hospitalizováni riziková a nedonošená novorozenci. K tomu je potřeba spousta přístrojů, léků a samozřejmě trénovaný personál. Nedonošenému dítěti je potřeba zajistit vše potřebné, aby se mohlo dál vyvíjet. Vlastně všechny orgány a systémy jsou nezralé - nefunguje termoregulace, plíce, dítě má problémy s udržení tlaku, zajištěním vnitřního prostředí a látkové výměny, trávicí trakt není dozrálý na příjem a zpracování potravy, nefungují plně ledviny, nezralý je i zrak, sluch, imunitní systém. [1]

1.3 Kdo se o dítě stará?

O Vaše dítě pečuje tým zdravotnických pracovníků, jejichž práce se navzájem prolíná, jednotlivé kroky na sebe úzce navazují a jsou nezaměnitelné, avšak vždy mají společný cíl - poskytnout Vašemu dítěti vzhledem k jeho zdravotnímu stavu co nejdokonalejší a nejlepší péči, kterou můžeme v rámci svých možností (personál, materiální, technické a přístrojové vybavení) nabídnout a splnit. Tento tým tvoří dětské lékaři - neonatologové, lékaři konziliáři, dětské sestry, zdravotničtí laboranti, rehabilitační pracovníce, rentgenoví laboranti, sanitářky.

Lékař neonatolog mimo jiné hodnotí zdravotní stav dítěte, určuje léčbu, vyšetření, která jsou pro zdárný průběh léčby nutná, provádí léčebné zákroky, poskytuje rodičům informace o zdravotním stavu dítěte. Podle potřeby dochází na jednotku intenzivní a resuscitační péče lékaři - konziliáři. Zrak kontroluje pravidelně oftalmolog. Dětský neurolog sleduje vývoj nervového systému, projevy a chování dítěte. Z dalších specializovaných odborníků to jsou např. chirurgové, kardiologové nebo genetici. Dětská sestra po celých 24 hodin je v kontaktu s dítětem, pečuje o dítě, plní jeho potřeby, sleduje jeho projevy, chování, vše zaznamenává, upozorňuje na jakékoliv změny zdravotního stavu. Rehabilitační pracovníce podle individuálních potřeb dítěte provádí vhodné masáže, cvičení. Zdravotničtí a rentgenoví laboranti zajišťují výsledky vyšetření. Sanitářky pečují o čisté prostředí. [3]

1.4 Jak můžete dítěti pomoci?

Svou přítomností, něžnými doteky, pohlazením, tichým promlouváním i zpěvem můžete pomoci svému miminku. Pokud dovolí zdravotní stav, můžete své miminko pochovat v náručí. Velice příjemné pro dítě je přiložení nahatého tělíčka dítěte na holou hrud' matky. Dítě slyší tlukot matčina srdce. Cítí bezpečí a jistotu. Dále je třeba zajistit dítěti přirozenou výživu - mateřské mléko. S technikou odšťikávání a kojení Vám vždy ochotně poradí a pomůže zdravotnický personál. [3]

Víte, že ...?

Předčasně narozené děti se podle týdnu těhotenství v momentě porodu orientačně rozdělují do několika skupin. Vždycky však také záleží na jejich váze, kondici a vůli žít.

- 24. - 28. týden: extrémně nezralé děti, podle váhy je šance na přežití kolem 70 procent, s vývojovými odchylkami se bude potýkat 40 procent z nich.
- 28. - 32. týden: těžce nezralé děti, přežívá asi 90 procent z nich, 15 procent mívá nějaký handicap - lehký i závažnější.
- 32. - 34. týden: dobrá prognóza, odchylky od neuropsychického vývoje (opoždění) se objeví asi u 5 procent z nich.
- Po 34. týdnu: bez větší újmy na zdraví by měly přežít všechny, prognóza je velmi dobrá. [2]

2 KOJENÍ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

Kojení, i když s předčasně narozeným miminkem může být složitější, je jedna z nejlepších věcí, kterou můžete pro své malé miminko udělat. Kojení poskytuje ideální výživu pro nedonošené miminko, protože složení mateřského mléka se automaticky přizpůsobuje potřebám Vašeho dítěte. Mateřské mléko obsahuje správné množství kalorií, mastných kyselin, vitamínů, bílkovin pro Vaše nedonošené dítě. Je lépe stravitelné než umělá výživa, což je důležité pro zažívací systém nedonošených dětí, který ještě není tak vyvinutý jako u donošených novorozenců. Při kojení se stabilizuje dýchání, zásobování kyslíkem a srdeční funkce. V prvních dnech pomáhá mlezivo k rychlejšímu vyloučení smolky, čímž lze v mnoha případech zabránit novorozenecké žloutence (hyperbilirubinémii) nebo ji zmírnit, což je pro předčasně narozené nebo nemocné dítě ještě důležitější než pro zdravé. [4]

2.1 Než začnete kojít

Pokud se dítě narodí předčasně, nemusí být schopno kojení ihned. Nedonošené děti jsou zpravidla zpočátku krmeny přes nasogastrickou sondu, zvláště pokud se narodí před 33. týdnem gestačního stáří. Miminka, dokud nedosáhnou 32. - 33. týdne gestačního stáří, ještě nemají vyvinutý sací a polykací reflex, které jsou potřebné pro kojení. Existuje několik věcí, které můžete udělat a pomoci tak Vašemu dítěti se nejlépe připravit na kojení. Také Vám hodně mohou pomoci laktační poradci a zdravotnický personál, se kterými se můžete poradit v otázkách kojení Vašeho miminka. [4]

2.2 Odsávání mateřského mléka

I když nebudete moci pravděpodobně hned Vaše dítě kojít, můžete mu poskytovat své mateřské mléko, které budete odsávat a nosit svému dítěti. Odsávání je pro Vás velmi důležité, protože Vaše dítě ještě nemůže mateřské mléko sát a stimulovat tak Vaše tělo k produkci mléka. Prvních několik týdnů po porodu je rozhodujících pro spouštění laktace. Jelikož se Vaše dítě ještě není schopno přisát k prsu, budete muset stimulovat tvorbu mléka pravidelným odsáváním. Nemocnice Vám může zapůjčit odsávačku, která je pro Vaše potřeby nejvýhodnější, ale můžete si také zakoupit svou odsávačku - elektrickou (vhodná je např. Medela). [4]

Uchovejte, vše co odsajete, nezáleží na množství. Při prvním odsávání můžete odsát pouze velmi malé množství nažloutlé tekutiny. Může se to zdát jako velmi malé množství, a můžete se ptát, zda stojí za to, jej vůbec uchovávat. Určitě ano. Jedná se o mlezivo, které je velmi důležité pro Vaše miminko, protože je velmi bohaté na sacharidy, bílkoviny a ochranné látky. Během prvních krmení Vaše dítě nebude potřebovat mnoho mléka, takže každá kapka mleziva je potřebná a důležitá. [4]

2.3 Odsávejte pravidelně

Protože je Vaše nedonošené miminko tak malé, může se Vám zdát, že není těžké uspokojit jeho potřeby odstříkaným mlékem. Díky tomu můžete být v pokušení neodsávat mléko tak často. Je třeba odsávat mléko každé 3 - 4 hodiny, i když odsáváte více mléka, než potřebuje Vaše dítě. Vždy můžete mléko, které je nadbytečné, zmrazit a uchovat na pozdější dobu. Odsávejte tedy zhruba každé 3 hodiny po dobu 10 - 15 minut při použití dvojité elektrické odsávačky. V noci můžete mít intervaly trochu delší, ale ne delší než 5 hodin. V ideálním případě by mělo odsávání napodobit harmonogram kojení dítěte, takže jakmile bude dítě kojeno z prsu, Vaše tělo již je připraveno sladit se s potřebami dítěte. Je důležité odsávat mléko často, protože je pak tělo stimulováno k další produkci mléka. Nedonošené děti mohou sát slaběji a nemusí sát tak efektivně jako donošené děti. Odsávání Vám pomůže vytvořit „zásoby mléka“ na pozdější dobu. [4]

2.4 Pijte hodně vody

Vypijte velkou sklenici vody asi hodinu před plánovaným odsáváním. Můžete si sklenici vody také nechat v blízkosti během odsávání, protože odsávání způsobuje, že můžete dostat žízeň a budete potřebovat doplnit tekutiny. [4]

2.5 Masáž prsou před odsáváním

Masírujte svá prsa před odsáváním, pomůže Vám to tak odsát více mléka. Také zkuste masírovat svá prsa, když jste na chvíli přerušily odsávání z důvodu pocitu, že už nemáte žádné mléko. Přerušování odsávání, masáž prsou a další odsávání způsobí to, že odsajete více mléka pro Vaše dítě. [4]

2.6 Kojení nedonošeného miminka

Jakmile bude Vaše dítě dostatečně silné, můžete začít s kojením. Můžete jej začít přikládat k prsům, které může zpočátku jen olizovat, později bude chvilku zkoušet sát, než začne polykat větší množství mléka. Nedonošené děti potřebují ke kojení více času než donošené děti. Krmení může trvat 40 minut až hodinu. Jestliže dítě odmítá sát nebo usíná, přerušete kojení a zkuste to později. Pokud Vám kojení nepůjde, neváhejte kontaktovat laktační poradkyni, která Vám pomůže s kojením Vašeho miminka. Vaše dítě nemusí sát dostatečně, aby vyprázдниlo Vaše prsa - proto je dobré odsát ještě po kojení Vaše prsa, abyste se ujistily, že v nich již žádné mléko nezbyvá. Nedonošená miminka mohou sát během kojení pouze z jednoho prsu. Je to zcela běžné a není to nic, čím byste se měly znepokojovat. Potom je dobré odsát mléko z prsu, ze kterého dítě nepilo.

Věnujte dostatek času také odpočinku a spánku, nebojte se požádat o pomoc i své blízké (psychická podpora) i odborníky (jak už zmiňovaný laktační poradce, tak i pomoc psychologa). Nesnažte se být dokonalou matkou, která musí vše 100 % zvládnout, vždy když se nebude dařit, mějte na paměti, že jste to právě Vy a Vaše psychická pohoda, které jsou pro Vaše miminko to nejdůležitější a to, co potřebuje ze všeho nejvíce. [4]

Víte, že ...?

Matky, které porodily nedonošené dítě, mají jiné složení mateřského mléka než ty, které porodily v termínu. Mléko má vyšší obsah bílkovin, vápníku a sodíku a vyšší kalorickou hodnotu. Pokud není možné zajistit takové mléko, podává se dětem speciální formule mlék pro nedonošené děti. V našich porodnicích se mateřské mléko jiných matek „cizím“ dětem podává. [1]

3 KLOKÁNKOVÁNÍ

Dotýkejte se hodně svého dítěte. Mnoho nemocnic podporuje klokánkování. Než své miminko budete moci klokánkovat, musí být dostatečně stabilní - musí buď dýchat samo, nebo mít minimální ventilační podporu, musí být schopno udržet si fyziologickou srdeční frekvenci, saturaci a tělesnou teplotu, zatímco je chováno - klokánkováno. Klokánkování je typ péče - kůže na kůži. Při klokání metodě je dítě z inkubátoru vertikálně položeno na obnažený hrudník (prsa) matky, nebo také otce, na hodinu nebo víc denně. Rodič sedí přímo u inkubátoru. Infúze, monitorovací připojení a CPAP hadice (pro kyslík) mohou zůstat na svém místě. Klokánkování pomáhá matce a dítěti vytvořit si vzájemné pouto a zároveň pomáhá v přípravě ke kojení a poskytuje i další zdravotní výhody pro nedonošené děti. [4,5]

3.1 Výhody klokánkování

Dostatečný tělesný kontakt přináší pozitivní psychologické a fyzické výhody jak pro dítě, tak pro jeho matku. Pomáhá předčasně narozeným dětem rychleji se zotavit, rychleji se jim vyvíjí mozek a rychleji přibývají na váze. Dále:

- výskyt apnoických záchvatů a plicních selhání se snižuje,
- uměle ventilované děti využívají méně kyslíku z přístroje,
- tělesná teplota je mnohem udržovanější,
- monitorovací zařízení ukazuje pravidelnější dýchání,
- některá onemocnění jsou léčitelnější,
- čím více kojení, tím méně infekcí dýchacích cest, průjmů atd.,
- matky využívající klokání metodu více a déle kojí,
- spokojenost matek se zdravotnickými výkony je mnohem vyšší,
- děti, které absolvovaly klokání metodu, pláčou do věku 6 měsíců mnohem méně než děti, které ji neabsolvovaly,
- matky jsou méně úzkostlivé se zacházením se svými miminky,
- matky se naučí mnohem lépe se starat o své děti (umývání, oblékání),
- matky mohou odejít z nemocnice mnohem dříve,

- matky projevují více sebejistoty, když dítě přijde domů,
- největší výhoda: metoda přináší úlevu stresovému aparátu dítěte od velké zátěže, které je vystaveno, nadměrnému světlu, hluku a narušenému dennímu rytmu, od odborných výkonů. [5]

Víte, že ...?

Kanadská studie zjistila, že i dokonce u předčasně narozených miminek snižuje fyzický kontakt s matkou (dotyky, klokánkování) bolest během nepříjemných lékařských procedur.

Výzkumníci sledovali 61 dětí narozených v 28. - 31. týdnu těhotenství, kteří museli podstoupit odběr krve z patičky nejméně dvakrát před propuštěním z nemocnice. První odběr byl proveden u novorozence ležícího v inkubátoru. Další byl proveden u dítěte, kterého před zákrokem měla matka umístěného na holé hrudi mezi svými prsy po dobu 15 minut (klokánkování). Výzkumníci hodnotili míru bolesti pomocí stupnice hodnotící srdeční puls, saturaci hemoglobinu kyslíkem a pomocí behaviorálních ukazatelů, jako je např. mimika obličeje.

A výsledek? Průměrné skóre bolesti se neliší u obou dětí 30 a 60 sekund po zákroku, ale liší se po 2 minutách, kdy děti, které předtím matka chovala, měli o polovinu nižší bolest než děti v inkubátorech. [6]

4 JAK SE CÍTIT LÉPE PO NAROZENÍ NEDONOŠENÉHO DÍTĚTE

Jestliže jste se nedávno stali rodiči předčasně narozeného miminka, pravděpodobně se stále vzpamatováváte z prvotního šoku. Zřejmě jste ještě nebyli připraveni na příchod nového člena rodiny, na to, abyste už byli rodiče.

Můžete se cítit velmi vzdálení svému dítěti - především na oddělení novorozenecké intenzivní péče, které je velmi hektické. Toto je však velmi důležité období pro Vás a Vaše dítě, abyste se navzájem poznali a zvykli si na rodičovskou roli.

Zde jsou některé rady, které Vám mohou pomoci získat větší jistotu ve Vaší nové roli - rodiče předčasně narozeného dítěte umístěného na oddělení intenzivní nebo resuscitační péče:

- Pokud je nedonošené miminko Vaše první dítě, musíte si připomínat, že všichni novopečení rodiče se cítí nejistě a úzkostlivě. Samozřejmě tyto pocity jsou umocněny umístěním dítěte na oddělení intenzivní péče. Dokonce, i když jste zkušený rodič, můžete mít pocity úzkosti i nejistoty. Pamatujte si, že být rodičem nedonošeného dítěte je jiné a náročné, je přirozené cítit se jako začátečník, když plníte potřeby svého dítěte.
- Buďte trpěliví, když se cítíte trapně nebo váháte, nikdo od Vás neočekává, že ze začátku budete všechno dělat správně, dejte čas sami sobě i dítěti, abyste se navzájem poznali a cítili se jako rodiče jistější ve své nové roli.
- Požádejte o pomoc, kdykoliv potřebujete. Pokud máte strach, že budete dělat chyby nebo ukážete svou nezkušenost, nebojte se požádat o pomoc zdravotnický personál. Může Vám velice pomoci podpořit Vás a ukázat jak správně pečovat o Vaše dítě. [7]

5 PŘI ODCHODU DÍTĚTE Z NEMOCNICE DOMŮ

Nedonošené miminko stráví většinou v porodnici několik týdnů nebo dokonce i měsíců. Při propuštění z porodnice si vyslechněte pozorně vše, co Vám sdělí dětský lékař. Nebojte se zastavit jej v hovoru, nechte si problém podrobně vysvětlit a případně si vše v klidu přehledně zapisujte. A to i v případě, že by měl doktor naspěch, jak se často stává. Nenechte se nikdy odbýt. Zrušte v prvních dnech a týdnech po propuštění návštěvy. Nepouštějte k miminku cizí osoby. Lahvičky a savičky, pokud je budete používat, pečlivě vyvážejte (sterilizujte). Nezapomeňte připravovat umělé mléko z prvotřídní nezávadné vody. Mějte na paměti, že riziko zažívacích obtíží a infekcí je u oslabených dětí mnohem větší.

Po příchodu domů je v nejbližších dnech vhodné oznámit praktickému dětskému lékaři, které ho jste si zvolili, že jste byli s miminkem z porodnice propuštěni domů. Je to právě on, který se dále bude po lékařské stránce starat o všechny problémy Vašeho miminka a bude Vám zodpovídat Vaše případné dotazy. Měl by to být lékař někde v blízkosti Vašeho bydliště, aby jeho dostupnost v případě problému byla co nejlepší. Ale volba záleží samozřejmě jen a jen na Vás. Nezapomeňte návštěvy praktického dětského lékaře u Vás doma využít a sepsat si všechny dotazy, které Vás ohledně péče a výživy miminka zajímají. [2]

Propuštěním do domácí péče kontakt s novorozeneckým oddělením neztrácíte. Pro Vaše dítě i pro Vás je zde k dispozici specializovaná ambulance pro perinatálně ohrožené děti, kde kromě zhodnocení tělesného, pohybového, neurologického a smyslového vývoje dítěte je možné si popovídat o všech problémech, které Vás budou tížit.

Víte, že ...?

Počítejte s tím, že nedonošené miminko mívá poruchy rytmu spánku a bdění. Může plakat více než bezproblémové dítě. Tak se obrňte trpělivostí. Na miminko co nejvíce v klidu mluvejte, často je při přebalování či cvičení hladíte a mazlete se s ním. Naučte se jemné masáže nožek a hrudníčku. Nezralé děti bývají zvýšeně dráždivé, často sebou „škubají“ a lekají se. Počítejte s tím, a s miminkem manipulujte klidně a pomalu. Nedávejte mu nikdy pod hlavu polštářek. Miminko chovejte nejlépe v zavinovačce, cítí se tam bezpečně, jako v mámině bříšku. [2]

6 NESROVNÁVEJTE NEDONOŠENÉ DÍTĚ S DONOŠENÝM

Vaše miminko strávilo v porodnici od narození různě dlouhou dobu, podle toho, ve kterém týdnu těhotenství se narodilo a jak moc bylo nemocné. Máte za sebou spoustu bezesných nocí a proplakaných kapesníků, zda všechno dobře dopadne a jednou si miminko odnesete domů. Cesta k vytouženému dnu propuštění byla určitě dlouhá, někdy i trnitá, ale je čas se na cestu domů připravit a převzít veškerou zodpovědnost a péči o miminko na sebe.

Miminko, které si můžete odnést domů, je prohlášeno za „zdravé“. To neznamená, že pravidelně dýchá, nepotřebuje monitorování. Je schopné se najíst a prospívá. Ale „záruční list“, že se nemůže nic přihodit, Vám nikdo dát nemůže.

Vaše předčasně narozené miminko bude potřebovat trochu delší dobu k tomu, aby bylo stejně šikovné jako kalendářní vrstevníci, kteří přišli na svět v předem stanoveném termínu porodu. Ty týdny, o které se narodilo dříve, je nutné minimálně v prvním roce života od kalendářního věku odečítat (můžete slyšet termín - „korigovat věk vzhledem ke gestaci“, znamená to, že když se Vaše miminko narodilo třeba v 25. týdnu těhotenství, je třeba tyto 4 měsíce odečítat od kalendářního věku). U extrémně nezralých dětí pod 750 gramů i v průběhu 2. roku života. Když budete číst v odborné literatuře, co mají děti ve kterém měsíci umět, nikdy na tento odečet nezapomínejte, jinak budete zbytečně nešťastní. Není totiž důležité, jestli miminko v daném období umí to a to, nejdůležitější je, když jeho vývoj jde stále dopředu. Ani všechny donošené děti nefungují podle tabulek.

Nesnažte se své děti s donošenými dětmi srovnávat, bude Vás to jen stresovat, a stejně to k ničemu nepovede.

Určitě se budete setkávat na ulici, ale i ve svém rodinném okolí s litováním a podivnými obličejí. Vždy bude záležet jen na Vás, jak na to zareagujete. Nikomu není nic do toho, v jakém týdnu těhotenství se Vaše miminko narodilo. Z porodnice odcházíte okolo plánovaného termínu porodu a miminko má kolem 2 kg. Proto můžete zvědavým tvářím klidně říct, že se právě narodilo - nikdo stejně nic nepozná. [8]

7 REHABILITACE S NEDONOŠENÝM DÍTĚTEM

Rehabilitace neboli fyzioterapie je v současné době již neodmyslitelnou součástí péče o nedonošené děti, protože napomáhá jejich správnému psychomotorickému vývoji. Je prováděna kvalifikovanými fyzioterapeuty a rehabilitačními lékaři.

Začíná často již v porodnici - například samotné polohování dítěte, jeho klokánkování a chování může být součástí rehabilitačního konceptu (handlingu). Dětem s onemocněním plic a dýchacích cest napomáhá dechová rehabilitace k uvolnění sekretu z plic a k celkovému zlepšení dýchání. Dětem, které mají potíže se sáním nebo polykáním, může orofaciální stimulace zlepšit ovládnutí svalů obličeje a dutiny ústní natolik, že se jim polykání výrazně vylepší. Časné zahájení fyzioterapie je nutné u dětí s poraněním periferních nervů, jako je obrna pažní pleteně, a u dětí s vrozenými vadami končetin. Je jistě ještě mnoho situací, kdy rehabilitace napomáhá v léčbě pacienta. Tuto rehabilitaci provádějí fyzioterapeuti pracující v nemocnici.

Jiná situace nastává při propuštění dítěte domů. U všech dětí ohrožených rizikovým vývojem se před propuštěním provede neurologické vyšetření a rozhodne o případném zahájení rehabilitace. Pokud se doporučí rehabilitace, je rodič v této terapii řádně zacvičen, neboť on bude nadále „hlavním fyzioterapeutem“ svého dítěte. Dítě je svěřeno do péče fyzioterapeuta v místě bydliště, kam dochází na pravidelné kontroly - zpočátku 1 - 2x týdně, později, po zvládnutí cviků, i méně často.

Nelze dostatečně vyzdvihnout důležitost intenzivní rehabilitace u dětí, které ji mají předepsanou. Lze tak příznivě ovlivnit psychomotorický vývoj dítěte, zejména pokud je rehabilitace zahájena do 4 měsíců věku.

U nás se používají dva hlavní cvičební systémy - metoda reflexní lokomoce podle Vojty (Vojtova metoda) a Bobath koncept neboli aktivní senzomotorické učení. Nabízíme shrnutí hlavních principů. [9]

7.1 Reflexní rehabilitace podle Vojty (Vojtova metoda)

Reflexní rehabilitace podle Vojty spočívá v tom, že terapeut prostřednictvím tlakového dráždění určitých míst na končetinách a trupu vyvolá svalovou souhru vedoucí k reflexnímu plazení nebo otáčení. Těmito pohybovými modely (plazením a otáčením) začíná vzpřímení těla (vertikalizace) a pohyb vpřed, které vrcholí zvládnutím samostatné chůze.

Můžete si to představit zjednodušeně také takto: mozek v každém okamžiku analyzuje všechny informace ze všech míst na těle, které k němu přicházejí. Tyto informace zpracuje a vydá podle nich výstupní informaci pro svaly, šlachy, smysly. Pokud vstupní informaci změním, mozek po příslušné analýze změní i výstup. Drážděním určitých míst na těle se vyvolávají celkové pohybové vzory zodpovědné za získání základních pohybových dovedností, jako je lezení, sed, chůze a další. Napomáhá se tak vytváření paměťových stop a nervových spojů, které umožní dítěti kvalitní pohybový vývoj i v budoucnosti. Opakováním cvičení se tato nervová spojení upevňují.

Vojtova metoda má tu výhodu, že nevyžaduje vědomou spolupráci dítěte, a může se proto použít v časném novorozeneckém a kojeneckém věku. Je také dosud jedinou fyzioterapeutickou metodou, u které, pokud je zahájena časně, byl prokázán jasný vliv na snížení výskytu lehkých a středně těžkých forem dětské mozkové obrny. Proto patří v novorozeneckém věku k metodám nejpoužívanějším, u nás téměř výlučně.

Dítě může na rehabilitaci reagovat pláčem. Není to ale proto, že by ho cvičení bolelo. Spíše se pláč považuje za normální průvodní jev - existuje domněnka, že se tak projevuje působení na centrální nervový systém, který je nucen ke změně. Druhým důvodem pláče bývá nutnost držet dítě v určité poloze, což se mu nelíbí. Věřte, že cílem cvičení není trápit Vaše dítě, ale pomoci mu se co nejlépe psychomotoricky vyvíjet.

Cvičení se zpočátku provádí 4 - 5x denně asi 5 minut, u staršího dítěte pak 2 - 3x denně 20 minut. Doba odpovídá dennímu režimu dítěte, nejlépe dopoledne a v časném odpoledni, asi hodinu před jídlem. [9]

Doporučení ...

Všem maminkám se doporučuje, aby v rehabilitaci nechaly zacvičit pokud možno i tatínky, neboť je to práce velmi časově i psychicky náročná. Dítě pro terapii nemusí mít vždy pochopení a komentáře tatínku: „Jdu pryč, ty mu budeš zase ubližovat ...“, pokud sami nezakusili, o co jde, jsou velmi demotivující.[9]

Je potřeba se na cvičení Vojtovy metody dívat pozitivně. Sobě i dítěti při cvičení stále s úsměvem opakovat, že je to pro dobro. Že až docvičí, dokáže spoustu nových věcí. I když kojeneček nechápe význam slov, vycítí matčinu sounáležitost a její klidný hlas a úsměv mu pomohou.

Pokud někomu v okolí vadí, jak se dítě při cvičení projevuje, cvičte, když jste s ním sama. Tím nejlepším argumentem proto, abyste vydržela, je přece zdravý vývoj Vašeho miminka.

7.2 Bobath koncept neboli senzomotorické učení

Bobath koncept neboli senzomotorické učení je více rozšířen v jiných zemích. Je dobrou alternativou pro některé větší děti, které již dobře netolerují cvičení Vojtovou metodou, ale obě metody lze vhodně kombinovat již od novorozeneckého věku. Bobath koncept je také vhodný pro děti s dětskou mozkovou obrnou. Využívá prostředků zevního prostředí k motivaci dítěte provést určitý pohyb. Hlavní motivací dítěte je hra, touha poznávat a prozkoumávat okolí. Terapeut nevede dítě pasivně, ale snaží se dosáhnout toho, aby dítě převzalo aktivní kontrolu nad svým pohybem. Pomocí klíčových bodů na těle a různých pomůcek terapeut postupně dítě navádí ke správnému provedení pohybu tak, že určité pohybové projevy brzdí a jiné podporuje. Dítěti je dána možnost opakovaně prožít správně vykonaný pohyb.

Bobath koncept je zakomponován do běžných aktivit všedního dne, jako je oblékání, mytí, krmení atd., a je tady v podstatě aplikován po celý den. Používá se již od novorozeneckého věku, kdy se v rámci tohoto konceptu dítě určitým způsobem nosí, drží nebo polohuje, je také součástí orofaciální stimulace a ergoterapie.

Další metody rehabilitace většinou patří mezi doplňkové, nicméně velmi užitečné. Velmi dobrý vliv má zejména plavání kojenců nebo v poslední době se rozvíjející hipoterapie - terapie s pomocí koně. [9]

7.3 Plavání kojenců

Plavání kojenců nelze bohužel doporučit u dětí původně extrémně nedonošených do jednoho roku věku z důvodu nedostatečné imunity a větší nemocnosti spojené s pobytem v bazénu s ostatními dětmi. Plavání doma ve vaně či v dětském bazénku je ale samozřejmě vhodné. [9]

7.4 Hipoterapie

Hipoterapie je velice slibnou metodou - děti ji přijímají opravdu velmi pozitivně a metoda příznivě ovlivňuje jejich přístup k fyzioterapii. Velice dobře působí na děti s vyvíjející se nebo již rozvinutou dětskou mozkovou obrnou s poruchami příjmu potravy. Mezi další doplňkové metody patří ergoterapie, muzikoterapie, synergetická reflexní terapie, akupunktura, canisterapie a mnoho dalších. [9]

8 CO SLEDOVAT BĚHEM VÝVOJE NEDONOŠENÉHO DÍTĚTE

Během prvních let života dítěte se držíme tzv. korigovaného věku. To znamená, že jeho vývoj hodnotíme tak, jako by se dítě narodilo až v předpokládaném termínu porodu. Pokud tedy přišlo na svět např. o tři měsíce dříve, budeme ho v jeho půlroce posuzovat jako dítě, kterému je čtvrt roku.

Je nutné mít na mysli i fakt, že se žádné dítě nevyvíjí stále stejným tempem. Někdy se „nic neděje“ a najednou se objeví vývojová vlna, skok. Také je důležité sledovat, zda dítě některou fází „nepřeskočilo“, například by nemělo začít chodit dříve, než začne lézt.

Pokud pozorujeme, že dítě má sklony k tomu, že silně zaklání hlavu, případně se prohýbá do luku, musíme se snažit tuto reakci nevyvolávat. Proto dítě nikdy nezvedáme tak, že bychom je prsty uchopili pod krkem, a nenosíme je ve svislé poloze s tvářičkou otočenou směrem k nám. Když dítě leží na boku, podkládáme mu pod zádička váleček, a to po celé délce těla. Váleček si snadno vytvoříme tak, že stočíme např. měkký ručník.

Dáváme pozor i na to, zda dítě neotáčí hlavičku stále jen na jednu stranu. Snažíme se upoutávat pozornost dítěte například tím, že ho přesouváme v postýlce tak, aby dítě k otáčení stimulovalo venkovní světlo. Také využíváme různé hračky a stálému pokládání hlavičky k jedné straně můžeme zamezit i válečky.

Zdravý pohybový vývoj dítěte velmi dobře podpoříme, pokud mu umožníme volný pohyb na podlaze. Dítě si na ní může skvěle trénovat vzpřimování, otáčení nebo vzepření se na kolínka. Prostor, který pro něj vyčleníme, bychom si měli sami prolézt po čtyřech, abychom zjistili, zda je bezpečný (např. nikde netrčí ostré předměty nebo hrany), dostatečně teplý a zdali tam není průvan.

Velmi zdravým způsobem pohybu je lezení. Je třeba, aby dítě tuto vývojovou fází nepřeskočilo a aby lezlo co nejdéle. Když začne lézt, sledujeme, zda při odrazu, pravidelně střídá nožičky a neodráží se oběma naráz, nebo zdali nepoužívá jen jednu. Pomocí „tréninkových překážek“ v podobě molitanových válců nebo opěrek můžeme stimulovat správné odrážení nožičkami.

Pokud dítě stále zvedá jedno koleno a opírá se o chodidlo, dejme pozor, aby si tento pohyb nezafixovalo. Hned jak dítě zvedne nohu, jemně ho přidržíme za chodidlo a ono si nohu upraví tak, že se opře o koleno.

Rodiče jsou někdy netrpěliví, nemohou se dočkat dalších vývojových pokroků. Proto děti předčasně posazují nebo stavějí na nožičky. Je to velká chyba. Děťátko si samo sedá nejdříve v osmi měsících (nezapomínejme na korigovaný věk), a to z polohy na čtyřech. Dítě bychom rozhodně neměli posazovat do chodítek a hopsadel nebo je vodit za ruce. Tyto postupy narušují přirozené vzpřimování „od hlavy k patám“ a způsobují, že se těžiště těla dítěte přesunuje dopředu, a dítě proto začne chodit po špičkách nebo padá dopředu.

Dítě, které nespí, si zaslouží naši pozornost. Chce si s námi povídat, zpívat, hrát si. Proto bychom měli těmto aktivitám vymezit co nejvíce času a dítěti se věnovat. Společné hry na podlaze dítě motivují k pohybu a Vy se s ním společně můžete radovat z každého pokroku. [9]

9 TIPY A RADY OD RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

9.1 Lékaři, které potřebuje většina nedonošených dětí

Všechny děti

- pediatr
- ortoped (ultrazvuk kyčlí)
- zubař

Téměř všechny nedonošené děti

- „riziková“ poradna
- neurolog
- rehabilitační lékař
- oční
- ušní, nosní, krční (ORL)

Další často navštěvovaní specialisté

- kardiolog
- pneumolog
- chirurg
- urolog
- neurochirurg
- dermatolog
- logoped
- psycholog

Několik praktických rad

- Noste s sebou veškerou zdravotnickou dokumentaci dítěte, kterou máte k dispozici (propouštěcí zprávy, zprávy specialistů, očkovací průkaz atd.).
- Před návštěvou lékaře si předem, třeba i písemně, připravte, na co se chcete zeptat.
- Pokud něčemu nerozumíte, zeptejte se.
- Nezapomeňte si věci na přebalení dítěte, náhradní oblečení a krmení.
- Pokuste se vyhnout přeplněným čekárnám - zkuste čekat s dítětem např. na chodbě nebo venku. [9]

9.2 Co by určitě nemělo chybět v domácí lékárnice

- Teploměr.
- Odsávačka na nos, nejlépe taková, kterou jde nasadit na rouru od vysavače.
- Léky na snížení teploty, tzv. antipyretika - např. Panadol Baby sirup nebo čípky, Brufen sirup, Nurofen pro děti.
- Kapky do nosu - např. Nasivin gtt 0,01 %.
- Kapky do očí - např. OphthalmoSeptonex gtt.
- Léky proti průjmům - např. Smecta plv sus.
- Léky na kašel pro snazší odkašlávání - např. Mucosolvan junior sir.
- Léky pro tlumení kašle na noc - např. Sinecod gtt.
- Dezinfekce - např. Cutasept, u dětí starších 1 roku pokud nemají alergii na jód Jodisol nebo Betadine sol.
- Náplasti a sterilní čtverce, případně obvazy k ošetření zranění. [9]

9.3 Jak podávat léky

Než půjdete domů, měli byste vědět:

- které léky má dítě doma užívat a jakému slouží účelu,
- jakým způsobem a jak často lék podávat,
- u kterých léků je bezpodmínečně nutné dodržovat čas podání,
- zda a jaké má lék nežádoucí účinky,
- co se stane, když lék zapomenete podat nebo když ho dítě vyzvrací,
- jaký je dlouhodobý plán s podáváním daného léku.

Většina nedonošených dětí užívá léky, které je třeba užívat i doma, již před propuštěním z nemocnice. Proto není nic snazšího než se sester zeptat, jak léky připravují, jakým způsobem a kdy je podávají, a nechat se od nich zaškolit.

Jestliže bylo Vaše dítě propuštěno domů s léky nebo mu byly později léky naordinovány specialistou či dětským lékařem, je opravdu velmi důležité, aby je dostávalo. Nikdy neukončujte léčbu sami, ale tuto možnost vždy zkonzultujte s dětským lékařem.

Několik praktických rad

- Pokud má dítě užívat více léků (a zvláště pokud máte dvojčata, trojčata) je dobré napsat si jejich rozpis a pověsit ho na viditelné místo (např. na ledničku).
- Léky je dobré si předem připravit na lžičku nebo ještě lépe do injekční stříkačky, a to i v případě, že má lékovka kapátko - nepočítejte s tím, že by dítě spolupracovalo, a kapátkem se trefíte všude možně jinde, jen ne do pusy. Z tohoto důvodu si předem nakupte zásobu 2 ml stříkaček. Na malé objemy (např. na Nootropil sol.) se hodí stříkačky 1 ml, kterým se říká „tuberkulínky“.
- Stříkačky mají ještě jednu velikou výhodu - tablety v nich lze výborně rozdrtit. Pokud vyndáte píst, do stříkačky vhodíte tabletku, vrátíte píst na místo a silně na něj zatlačíte, máte v okamžiku většinu tabletek rozdrčených.
- Lze také koupit malý hmoždířek, ve kterém si léky nadrtíte a naředíte s potřebným množstvím tekutiny.
- Léky se ředí mateřským mlékem či umělým mlékem, kojeneckou vodou nebo ovocným dětským čajem, či šťávou. U větších dětí je lze na lžičce podávat v oblíbeném jídle, jako jsou ovocné jogurty apod.
- Preparáty železa se doporučují užívat nalačno (tedy alespoň 1 hodinu před jídlem či 2 hodiny po jídle) a smíchat s ovocným dětským čajem, šťávou nebo kojeneckou vodou, tedy nikoli s mlékem. Pouze v případě zažívacích problémů je lze zkusit podat při jídle.
- Stříkačku v ústech nasměřujte proti tváříčce dítěte nebo umístěte mezi dáseň a tváříčku. Poté léky aplikujte.
- Nikdy nevstříkujte obsah stříkačky dítěti směrem do krku!
- Nikdy nedávejte léky dítěti vleže, ale držte ho vždy ve zvýšené poloze!
- Pokud podáváte léky dítěti v noci, vždy si rozsviňte!
- Při kontrolách u lékaře se zeptejte, zda není třeba dávku zvýšit podle hmotnosti dítěte.

Velkým problémem je podávání léků dětem, které reagují zvracením. Buď se jedná o léky, které u dětí vyvolávají zvrácení svou chutí (spíše nechutí), nebo o podávání léků u dětí s těžkým gastroezofageálním refluxem, které při krmení více zvrací. V těchto případech je nutné vyzkoušet více variant:

- lék zamíchat do tekutiny nebo jídla, jehož chuť bude výraznější než chuť léku nebo přidat do tekutiny např. Glukopur,
- pokud dítě zvrací spíše nalačno, nakrmit asi 1/3 dávky mléka, aplikovat lék a asi za 1 hodinu dokrmit zbylé 2/3,
- pokud dítě zvrací po pozření i minimálního množství mléka, podat lék nalačno v co nejmenším množství tekutiny a nakrmit přibližně za 1 hodinu,
- pokud to lze, je také vhodné dávat léky v době před usnutím, ale ne spícímu dítěti,
- pokud dítě lék vyzvrací za 1 hodinu - zopakujte ½ dávky,
- pokud dítě lék vyzvrací za více než 1 hodinu - neopakujte podání. [9]

9.4 Nejčastější užívané vitamíny a léky u nedonošených dětí [9]

| Všechny děti | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| Lék | Název | Dávkování |
| Vitamín D | Vigantol gtt | 1 x 1 gtt denně |
| Vitamín K | Kanavit gtt | 1 x 1 gtt týdně do 1 měsíce |
| | | 1 x 1 gtt měsíčně do ½ roku |
| Téměř všechny nedonošené děti | | |
| Lék | Název | Dávkování |
| Železo trojmocné | Maltofer gtt | 1 gtt/kg 2x denně |
| Železo dvojmocné | Aktiferrin gtt | 10 gtt/kg/den rozděl do 3 dávek |
| Další často užívané vitamíny u nedonošených dětí | | |
| Lék | Název | Dávkování |
| Kyselina listová | Acidum folicum tbl. | ¼ tbl. 3x týdně |
| Vitamín B6 | Pyridoxin tbl. | 1 - 2x ½ tbl. denně |

Poznámka: gtt - kapka

Uvedeny pouze příklady firemních názvů výrobků. Přestože jde o vitamíny, jejich podávání dítěti vždy konzultujte s lékařem. Léky uchovávejte mimo dosah dětí.

9.5 Očkovací kalendář nedonošeného dítěte v prvních dvou letech [9]

| | Standardní očkování | Očkování nedonošených dětí |
|-------------------|--|--|
| 4. den - 6. týden | tuberkulóza | až ve 2. - 3. roce |
| 3. měsíc | 1. dávka hexavakcíny (záškrt, tetanus, dáivý kašel, haemophilus influenzae b, virová hepatitida B, dětská obrna) | ve 3. - 6. měsíci korigovaného věku jen čtyřkombinace (záškrt, tetanus, dáivý kašel, haemophilus influenzae b) + pneumokok |
| 4. měsíc | 2. dávka hexavakcíny | 2. a 3. dávka čtyřkombinace + pneumokok v měsíčních odstupech |
| 5. měsíc | 3. dávka hexavakcíny | |
| 15. měsíc | 1. dávka spalničky, příušnice, zarděnky | až po 2. roce |
| 11. - 18. měsíc | 4. dávka hexavakcíny (nejméně 6 měsíců po podání 3. dávky, nejpozději před dovršením 18. měsíce věku) | dětská obrna (mezi 3. a 4. čtyřkombinací) |
| | | 4. dávka čtyřkombinace + pneumokok |
| 21. měsíc | 2. dávka spalničky, příušnice, zarděnky (nejdříve 6 měsíců od první dávky, lze i později) | + virová hepatitida B až po 2. roce |

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] MUDr. KREJČOVÁ Veronika, pediatr - neonatolog. Fakultní nemocnice v Praze - Motole, novorozenecké oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky UK, 2. LF. *Dříve narození*. In: Nedonošená miminka [online]. [cit. 2010-02-21].

Dostupné z: <http://nedonosenci.blogspot.com/2010/02/drive-narozeni-kazda-maminka-si-preje.html>

[2] BERKOVÁ Anna. *Když se narodí miminko předčasně*. In: Nedonošená miminka [online]. [cit. 2010-02-07].

Dostupné z: <http://nedonosenci.blogspot.com/2010/02/kdyz-se-narodi-miminko-predcasne.html>

[3] TUREČKOVÁ Miroslava, Regina HRUDNÍKOVÁ. *Miminko za sklem*. In: Nedonošená miminka [online]. [cit. 2009-01-10].

Dostupné z: <http://nedonosenci.blogspot.com/2009/01/miminko-za-sklem-informan-materil.html>

[4] PŘIKRYLOVÁ Lucie. *Kojení předčasně narozených dětí*. In: Nedonošená miminka [online]. [cit. 2010-01-03].

Dostupné z: <http://nedonosenci.blogspot.com/2010/01/kojeni-predcasne-narozenych-deti-kojeni.html>

[5] Jhr. J. M. C. van der Does MD, dětský psychiatr. *Klokánkování*. In: Nedonošená miminka [online]. [cit. 2009-06-13].

Dostupné z: <http://nedonosenci.blogspot.com/2009/06/klokankovani-predcasne-narozeni-detatka.html>

[6] BAKALAR Nicholas. *Mateřský dotyk pomáhá snížit bolest u novorozenců*. In: Nedonošená miminka [online]. May 5, 2008 [cit. 2009-05-31].

Dostupné z: <http://nedonosenci.blogspot.com/2009/05/normal-0-21-false-false-false.html>

[7] BABYCENTER. Babycenter.com [online]. © 1997 - 2012 [cit. 2009-05-31].

Dostupné z: http://www.babycenter.com/2_preemies-in-the-nicu-how-parents-can-help_10302236.bc

[8] Nedoklubko, o.s. *Nesrovnávejte nedonošené dítě s donošeným*. In: Nedonošená miminka [online]. [cit. 2011-11-19].

Dostupné z: <http://nedonosenci.blogspot.com/2011/11/nesrovnavejte-nedonosene-dite-s.html>

[9] DOKOUPILOVÁ, Milena, FIŠÁRKOVÁ, Barbora a Lenka NOVOTNÁ a kol., 2009. *Narodilo se předčasně*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.

PŘÍLOHA II: OKRUH OTÁZEK K ROZHOVORU S MATKAMI PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ (VÝZKUMNÝ VZOREK A1: MATKY HOSPITALIZOVANÉ V NEMOCNICI)

1. Jaké je Vaše jméno?
2. Kolik je Vám let?
3. Jaký je Váš rodinný stav? Jste vdaná, svobodná, případně žijete s partnerem?
4. Jednalo se o plánované, nebo neplánované těhotenství?
5. Jako dlouho jste o početí dítěte usilovali?
6. Bylo Vaše dítě počato spontánně, nebo za pomoci asistované reprodukce?
7. Tušila, nebo věděla jste, že je tady riziko předčasného porodu?
8. Znáte příčinu Vašeho předčasného porodu?
9. V kolikátém týdnu těhotenství se Vaše dítě narodilo?
10. Jaké je pohlaví Vašeho dítěte a jaké má jméno?
11. Jaká byla její / jeho porodní hmotnost a délka?
12. Máte ještě nějaké děti? Byly donošené, nebo nedonošené?
13. Mohla byste případně srovnat pocity po předčasném a fyziologickém porodu?
14. Kdy jste byla poprvé na návštěvě za svým dítětem?
15. Doprovázel Vás manžel, nebo někdo z rodiny?
16. Kdy Vám byl umožněn první fyzický kontakt s dítětem?
17. Setkala jste se s problematikou předčasně narozených dětí již dříve?
18. Víte, jaké specifické problémy se mohou u předčasně narozených dětí vyskytnout, a můžete některé uvést?
19. Dostala jste, dle Vašeho názoru, po porodu první informace včas a byly pro Vás srozumitelné a dostatečné?
20. Jste spokojena s poskytováním informací o Vašem dítěti během jeho pobytu na neonatologickém oddělení (o zdravotním stavu, vyšetřovacích a léčebných metodách, popř. o možnostech kontaktu s dítětem)?

21. Využíváte také jiných zdrojů informací o problematice předčasně narozených dětí (jakých, z jakého důvodu)?
22. Jaké informace Vám chyběly?
23. Víte o možných zdrojích podpory, pomoci a dalších zdrojích informací?
24. Myslíte si, že je přítomnost matky / rodičů u dítěte důležitá již na JIP? Proč?
25. Byl Vám kontakt s dítětem aktivně nabídnut personálem?
26. Jak byste zhodnotila své zapojení do péče o dítě, máte pocit dostatečného zapojení?
27. Co pro Vás bylo zpočátku nejobtížnější při péči o Vaše dítě?
28. Co je pro Vás nejdůležitější v péči o dítě na specializovaném pracovišti?
29. Je něco, co Vám nevyhovuje během kontaktu s dítětem na specializovaném pracovišti?
30. Máte představu, jak bude probíhat péče o Vaše dítě po propuštění domů?
31. Jak jste se cítila / cítili po předčasném narození Vašeho dítěte v prvních dnech?
32. Jak vnímáte své dítě - jeho stav, prostředí JIP, zdravotnický personál?
33. Měla / měli jste prostor pro vyjádření svých pocitů, obav (na JIP, event. později)?
34. Co Vám osobně nejvíce pomáhá vyrovnat se s touto nelehkou situací?
35. Myslíte si, že je vhodné mít možnost využít služeb psychologa během hospitalizace?
36. Případně využila byste těchto služeb?
37. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu k Vám a Vašemu dítěti?
38. Co si myslíte o roli sestry ve vztahu k Vám a Vašemu dítěti?

PŘÍLOHA III: OKRUH OTÁZEK K ROZHOVORU S MATKAMI PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ (VÝZKUMNÝ VZOREK A2: MATKY V DOMÁCNOSTI)

1. Jaké je Vaše jméno?
2. Kolik je Vám let?
3. Jaký je Váš rodinný stav? Jste vdaná, svobodná, případně žijete s partnerem?
4. Jak dlouho jste o dítě usilovali?
5. Bylo Vaše dítě počato spontánně nebo za pomoci asistované reprodukce?
6. Znáte příčinu Vašeho předčasného porodu?
7. Ve kterém týdnu těhotenství se Vaše dítě narodilo?
8. Proběhl porod spontánně nebo císařským řezem?
9. Jaké je pohlaví Vašeho dítěte a jaké má jméno?
10. Jaká byla jeho/její porodní hmotnost a délka?
11. Měla jste možnost vidět své dítě bezprostředně po porodu?
12. Co jste ke svému dítěti cítila po porodu a jak se city vyvíjely?
13. Kdy jste byla poprvé poučena o kojení a odstříkávání mateřského mléka?
14. Byla jste spokojena s poučením a informacemi o kojení a odstříkávání mateřského mléka?
15. Myslíte si, že je přítomnost rodičů u dítěte důležitá již na JIP a proč?
16. Byl Vám aktivně nabídnut personálem kontakt s dítětem?
17. Kdy jste byla poprvé na návštěvě za svým dítětem?
18. Připravil Vás někdo na to, jaké je prostředí, kde Vaše dítě leží, a jak dítě vypadá, že je maličké, případně že je monitorováno a obklopeno spoustou hadiček?
19. Pokud ano, kdo Vás připravil a na co přesně Vás upozornil?
20. Jak jste se cítila, když jste poprvé uviděla svoje dítě?
21. Doprovázel Vás manžel, nebo někdo z rodiny?
22. Pokud ne, byla u Vás sestřička, nebo někdo jiný ze členů zdravotnického personálu?

23. Pokud nikdo, ocenila byste zpětně, kdyby s Vámi poprvé někdo byl?
24. Zeptal se Vás někdo, jak se cítíte poté, co jste poprvé uviděla své dítě?
25. Pokud ne, byla byste zpětně ráda, kdyby někdo přišel a zeptal se, jak se cítíte a rozptýlil alespoň trochu Vaše obavy a Váš strach, který jste v tu chvíli cítili?
26. Kdybyste mohla, co byste řekla mamince, která se poprvé přišla podívat na své předčasně narozené dítě? Co byste řekla před tím, než by došla za svým dítětem a ve chvíli, kdy se na něj dívá, či chvíli poté?
27. Kdy Vám byl umožněn první fyzický kontakt s dítětem?
28. Jak byste zhodnotila své zapojení do péče o dítě, měla jste pocit dostatečného zapojení?
29. Co pro Vás bylo zpočátku nejobtížnější při péči o Vaše dítě?
30. Co pro Vás bylo nejdůležitější v péči o Vaše dítě na specializovaném pracovišti?
31. Měla jste představu, jak bude probíhat péče o Vaše dítě po propuštění domů?
32. Kdy jste začali provádět klokánkování, ovlivnilo to nějak Váš vztah k dítěti?
33. Jak jste se v tu chvíli cítila?
34. Myslela jste na něco?
35. Setkala jste se s problematikou předčasně narozených dětí někdy dříve?
36. Pokud ano, u koho a jak jste situaci cizího člověka, kterému se předčasně narodilo dítě, vnímala?
37. Víte, jaké specifické problémy se mohou u předčasně narozených dětí vyskytnout, a můžete některé uvést?
38. Dostala jste, dle Vašeho názoru, po porodu první informace včas a byly pro Vás srozumitelné a dostatečné?
39. Byla jste spokojena s poskytováním informací o Vašem dítěti během jeho pobytu na neontologickém oddělení (o zdravotním stavu, vyšetřovacích a léčebných metodách, případně o možnostech kontaktu s dítětem?)
40. Využívala jste nebo nadále využíváte také jiné zdroje informací o problematice předčasně narozených dětí (jaké, z jakého důvodu, jaké informace Vám chyběly)?

41. Věděla jste o možných zdrojích podpory pomoci a dalších zdrojích informací?
42. Jaký byl stav Vašeho dítě po narození a jak se v průběhu hospitalizace vyvíjel?
43. Jak dlouho bylo Vaše dítě hospitalizováno v porodnici?
44. Myslíte si, že je vhodné mít možnost využít služeb psychologa během hospitalizace?
45. Případně využila byste těchto služeb?
46. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu k Vám a Vašemu dítěti?
47. Jakou mělo Vaše dítě hmotnost při propuštění domů?
48. Jak jste byli poučeni při propuštění z porodnice (zda máte navštěvovat lékaře, jaké, jak často)?
49. Měla jste dostatek informací, které jste potřebovala, nebo jste chtěla mít více informací, co se týče dítěte?
50. Bylo něco, co Vás v prvních dnech doma zaskočilo a dalo se tomu předejít, kdyby Vás na to někdo upozornil?
51. Jak jste se cítili a jak jste prožívali první chvíle doma? Jaké bylo sžívání s jiným prostředím - jak jste Vy a dítě vnímali změnu prostředí? Změnilo se něco? Pokud ano, co?
52. Kdo Vám nejvíce pomáhal situaci zvládat? V čem ta pomoc spočívala?
53. Jak jste zvládala chod domácnosti, péči o rodinu, dítě?
54. Jak jste zvládala docházet na pravidelné kontroly? Jak časově, tak po stránce psychické i fyzické - cítila jste se unavená?
55. Jaké byly Vaše pocity před kontrolami a po nich?
56. Cvičili jste Vojtovu metodu?
57. Co Vám během prvního roku Vašeho dítěte dělalo největší radosti a starosti?
58. Co byste uvítala, aby v prvním roce péče o Vaše dítě bylo jinak? Pokud něco ano, upřesněte.
59. Udělala byste s odstupem času něco jinak?
60. Ovlivnilo předčasné narození Vašeho dítěte a vše, co je s tím spojeno, Váš vztah s partnerem, dětmi a rodinou? Jak?

61. Jaké byly názory a postoje Vaší rodiny a okolí k Vám a Vašemu dítěti?

62. Jak se dále vyvíjí zdravotní a celkový stav Vašeho dítěte?

PŘÍLOHA IV: OKRUH OTÁZEK K ROZHOVORU S PERSONÁLEM (VÝZKUMNÝ VZOREK B: ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL PEČUJÍCÍ O PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DĚTI)

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše vzdělání?
3. Kolik let pracujete na neonatologickém oddělení?
4. Jak si myslíte, že se cítí rodiče po předčasném narození dítěte?
5. Jak si myslíte, že je potřeba podpořit rodiče při prvním kontaktu s nedonošeným novorozencem?
6. Co si myslíte, že pomáhá rodičům při vypořádávání se s jejich obtížnou situací v prvních dnech po předčasném narození dítěte?
7. Jak pomoci rodičům při jejich prvním kontaktu s dítětem?
8. Myslíte si, že se rodiče cítí být dostatečně zapojeni do péče o své dítě na specializovaném pracovišti?
9. V čem je podle Vás třeba nejvíce podporovat rodiče v péči o jejich dítě na specializovaném pracovišti?
10. Myslíte si, že je něco, co je potřeba zlepšit při kontaktu rodičů s dítětem na specializovaném pracovišti?
11. Jak edukujete rodiče předčasně narozených dětí o odstříkávání mateřského mléka?
12. Jak myslíte, že na rodiče působí příběhy ostatních rodičů, kteří si také prožili předčasný porod?
13. Jaké byste doporučila zdroje informací, ze kterých se rodiče dozví něco o nedonošeném dítěti?
14. Čeho si myslíte, že se rodiče nejvíce bojí do budoucna?
15. Jak si myslíte, že je třeba přistupovat k rodičům předčasně narozeného dítěte na specializovaném pracovišti?