

Individualizovaná vývojová péče u novorozenců

Leona Benadová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

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

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Leona Benadová**
Osobní číslo: **H14090**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Individualizovaná vývojová péče u novorozenců**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury týkající se tématu bakalářské práce.
Vymezení pojmů v oblasti péče o předčasně narozeného novorozence na JIRP.
Stanovení a formulace cíle práce.
Vypracování kazuistiky a realizace průzkumu na novorozenecké JIRP.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace kazuistiky a výsledků šetření, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Hodnotící metodiky v neonatologii. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-560-0.

JANOVA, Jan a STRAŇÁK Zbyněk. Neonatologie. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2994-0.

LUDINGTON-HOE, S. M., GOLANT, S. K. Kangaroo Care. The best you can do to help your preterm infant. New York: Bantam Books, 1993. ISBN 0-553-37245-9.

TROUPOVÁ, Jitka a HANZL Milan. Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2010. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-8982-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martina Králíková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016



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



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 27.2.2017

Armáda
.....

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez věcného 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 užit 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 výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl ná úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídáne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou individualizované vývojové péče u dětí předčasně narozených, hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Cílem teoretické části je popsat předčasný porod, rozdělení předčasně narozených novorozenců, specifika péče o novorozence na jednotce intenzivní péče a systém péče o tyto děti.

Obsahem praktické části je kazuistika novorozence hospitalizovaného na JIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a kvalitativní výzkum, který se zaměřuje na matky a novorozence hospitalizované v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně v letech 2016-2017. Tento výzkum se zabývá prvky individualizované vývojové péče a zapojením rodičů do péče o děti.

Klíčová slova:

Předčasný porod, nezralý novorozenec, novorozenecká JIP, individualizovaná péče, klokánkování.

ABSTRACT

This bachelor thesis is focused on individualized developmental care of preterm born babies, which are hospitalized on intensive care unit. The bachelor thesis is divided on theoretical and practical part.

The goal of the theoretical part is to describe preterm birth, classification of preterm born babies, particularities of new born babies care in intensive care unit and care system.

The subject matter of the practical part is a case interpretation of the new born baby hospitalized in intensive care unit in Tomáš Baťa Regional Hospital in Zlín and qualitative research which is focused on mothers and new born babies hospitalized in Tomáš Baťa Regional Hospital in Zlín in years 2016-2017. This research is focused on elements of individualized developmental care and involvement of the parents in childcare.

Keywords:

preterm birth, immature infant, intensive care unit for new born babies, individualized care, kangaroo mother care

Poděkování

Děkuji Mgr. Martině Králíkové, za odborné vedení bakalářské práce, za poskytnutí cenných rad, připomínek a konzultací při zpracování.

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

Leona Benadová

Ve Zlíně dne 17. 5.2017

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PŘEDČASNÝ POROD	12
1.1 DEFINICE.....	12
1.2 PŘÍČINY.....	12
Komplikace v průběhu gravidity.....	12
Epidemiologické faktory.....	12
Faktory iatrogenní, medikamentózní a vzniklé při invazivních diagnostických metodách.....	13
Vážné zdravotní potíže ze strany rodičky.....	13
1.3 DIAGNOSTIKA.....	13
1.3.1 Předčasný porod hrozící – partus praematurus imminens.....	13
1.3.2 Předčasný porod počínající – partus praematurus incipiens.....	13
1.3.3 Předčasný porod v běhu – partus praematurus in cursu.....	13
1.3.4 Předčasný odtok plodové vody – defluvium liquoris amnialis praecox.....	14
1.4 TERAPIE.....	14
1.4.1 Tokolytická léčba.....	14
1.4.2 Léčba antibiotiky.....	14
1.4.3 Léčba kortikosteroidy.....	15
1.4.4 Aplikace progesteronu.....	15
1.4.5 Léčba inkompetence děložního hrdla.....	15
1.5 VEDENÍ PŘEDČASNÉHO PORODU.....	15
2 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ	17
2.1 NEZRALÝ NOVOROZENEC.....	18
2.2 HRANICE VIABILITY.....	19
3 PÉČE O PŘEDČASNĚ NAROZENÉ NOVOROZENCE	21
3.1 PERINATOLOGICKÁ CENTRA V ČR.....	21
3.2 OŠETŘENÍ NEZRALÉHO NOVOROZENCE.....	22
3.3 HOSPITALIZACE NA JIRP A JIP.....	22
3.3.1 Přístrojová technika na JIP.....	22
3.3.2 Klokánkování.....	24
3.3.3 Polohování.....	24
3.3.4 Péče o kůži.....	25
3.3.5 Péče o vyprazdňování.....	26
3.3.6 Výživa.....	26
3.3.6.1 Enterální.....	26
3.3.6.2 Parenterální.....	27
3.3.7 Bazální stimulace.....	27

3.4	INDIVIDUALIZOVANÁ VÝVOJOVÁ PÉČE – NIDCAP (NEWBORN INDIVIDUALIZED DEVELOPMENTAL CARE AND ASSESSMENT PROGRAM)	29
3.5	PÉČE SE ZAMĚŘENÍM NA RODINU A PODPORA RODIČŮ	31
3.5.1	Péče rodičů o dítě	32
3.6	PROJEKT MALÉ MIMI – POKOJE S INDIVIDUALIZOVANOU PÉČÍ V KRAJSKÉ NEMOCNICI TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ	32
II PRAKTICKÁ ČÁST		33
4	KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	34
4.1	CÍLE PRÁCE	34
4.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR	34
4.3	POUŽITÁ METODA.....	34
4.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	35
4.5	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	36
4.6	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	37
4.6.1	Odpovědi na otázky.....	37
4.7	INDIVIDUALIZOVANÁ PÉČE O NOVOROZENCE NA JIP – KAZUISTIKA	48
4.8	DISKUZE.....	51
5	ZÁVĚR.....	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		57
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		60
SEZNAM TABULEK.....		61
SEZNAM PŘÍLOH.....		62

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala problematiku individualizované vývojové péče o předčasně narozené děti.

Jelikož péče o předčasně narozené děti jde stále kupředu, je důležitou prioritou nejen záchrana života předčasně narozeného dítěte, ale také zajištění kvalitních podmínek pro jeho další vývoj. Předčasný porod je velmi těžkou situací zejména pro rodiče, kteří na tento problém nejsou připraveni a neví, co je čeká. V dnešní době se v perinatologických centrech rozvíjí tzv. „Individualizovaná vývojová péče“ (NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Cílem tohoto programu je ochránit nezralý nervový systém předčasně narozeného novorozence, zabezpečit co největší zapojení rodičů do péče o novorozence a navázat velmi úzkou spolupráci mezi rodiči předčasně narozených dětí a zdravotnickým personálem.

V této práci budou vymezeny pojmy týkající se předčasného porodu, klasifikace předčasně narozených dětí a péči o předčasně narozené děti. K péči o předčasně narozené novorozence budou zmíněna perinatologická centra v České Republice, ošetření nezralého novorozence, péče o nedonošeného novorozence na JIP, systém péče NIDCAP a zejména systém péče zaměřený na rodinu.

Cílem práce bude zjistit, jaké prvky individualizované péče jsou využívány, zmapovat úroveň spolupráce, zapojování do péče a podpory rodičů předčasně narozených dětí a zjistit, zda jsou rodiče srozumitelně informováni. Dále bude zjišťována spokojenost matek v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘEDČASNÝ POROD

1.1 Definice

Za předčasný porod považujeme porod po dokončeném 22 týdnu gravidity až k dokončenému 37. týdnu gravidity. 5-10% těhotenství končí ve vyspělých zemích předčasným porodem. (ŠEBLOVÁ, 2013, s. 286)

1.2 Příčiny

Komplikace v průběhu gravidity

- infekce
- krvácení v graviditě
- vícečetné gravidity
- polyhydramnion
- inkompetence děložního hrdla
- celkový zdravotní stav těhotné
- předčasný odtok plodové vody
- intrauterinní růstová retardace plodu
- insuficience placenty
- vrozené vývojové vady plodu

Epidemiologické faktory

- stáří rodičky
- váha a výška rodičky
- socioekonomický status rodiny
- nedostatečná prenatální péče
- užívání tabáku, drog a toxických látek
- faktory psychologické
- neplánované těhotenství
- opakované předčasné porody
- nepřiměřený pohlavní styk (Čech, 2014, s. 247)

Faktory iatrogenní, medikamentozní a vzniklé při invazivních diagnostických metodách

Vážné zdravotní potíže ze strany rodičky

1.3 Diagnostika

Určujeme čtyři stádia předčasného porodu:

1.3.1 Předčasný porod hrozící – *partus praematurus imminens*

V počátku předčasného porodu žena pociťuje tlak v podbřišku, silný výtok z pochvy a bolesti v zádech. Žena pociťuje kontrakce dělohy trvalejší povahy, bolestivé a různé intenzity. Při vaginálním vyšetření je patrné zkrácení hrdla děložního, jeho dilatace, změna konzistence. Jeho lokalizace je ventrální nebo mediální. Může dojít k předčasnému odtoku plodové vody, výhřezu vaku blan či prolabující malé části plodu. (Čech, 2014, s. 247)

Jako další diagnostické metody jsou používány ultrazvukové vyšetření plodu a ultrazvuková cervikometrie, biochemická vyšetření na přítomnost fibrinoektinu, vyšetření infekčních markerů (leukocyty, CRP, cytokiny), průkaz předčasně odtékající plodové vody, kardiografické vyšetření, biofyzikální profil plodu (dýchací pohyby a pohyby končetinami plodu, množství plodové vody, změny ve flowmetrii, měření průtoků v a. umbilicalis). (Čech, 2014, s. 247)

1.3.2 Předčasný porod počínající – *partus praematurus incipiens*

Bolestivý pocit se přeměňuje na pravidelné kontrakce. Hrdlo se otevírá a zkracuje. Často vychází hojný krvavý výtok – odchází hlenová zátka. (Slezáková, 2011, s. 156)

1.3.3 Předčasný porod v běhu – *partus praematurus in cursu*

Dilatace porodních cest se zvětšuje, většinou odtéká plodová voda, velká část plodu vstupuje do pánve. (Čech, 2014, s. 248)

1.3.4 Předčasný odtok plodové vody – defluvium liquoris amnialis praecox

Situace, kdy dojde k odtoku plodové vody a nejsou přítomny děložní kontrakce, je velmi nepříznivá z důvodu hrozící infekce plodu a případného rizika předčasného odloučení placenty a akutní hypoxie plodu. (Čech, 2014, s. 248)

1.4 Terapie

Rodička s příznaky předčasného porodu by měla být okamžitě přijata na gynekologicko – porodnické oddělení a transportována do perinatologického centra. (Čech, 2014, s. 248)

1.4.1 Tokolytická léčba

K prodloužení těhotenství se využívají tokolytika. Pokud jde však o intraamniální infekci, tak se tokolytická léčba nevyužívá. Pokud se zabrání porodu alespoň na 48 hodin, považuje se tato léčba za úspěšnou. Období 48 hodin je důležité k indukci plicní zralosti plodu kortikosteroidy a k případnému převozu rodičky do perinatologického centra. Indikace pro akutní tokolýzu je v období od 24 + 0 do 33 + 6 t.g.. Před 20. týdnem gravidity není aplikace účinná. (Čech, 2014, s. 248)

Látky s tokolytickými účinky:

- beta – sympatomimetika (hexoprenalin)
- magnezium sulfát
- inhibitory prostaglandinové syntézy (indometacin)
- blokátory kalciového kanálu (nifedipin)
- antagonisté oxytocinu (atosiban)

1.4.2 Léčba antibiotiky

Tato léčba je velmi důležitá především při známkách infekce. Kombinaci antibiotik upřesňujeme podle výsledků kultivačního vyšetření. U předčasně odteklé vody je podání antibiotik profylaktické v celé ČR. Doporučuje se kombinace antibiotik, ampicilinu a gentamycinu. Penicilin se podává po 30 týdnu gestace v iniciační dávce 5 mil. IU i.v. dále 2,5 mil IU i.v. v intervalu 4 – 6 hodin. Při alergiích jsou indikovány klindamycin nebo vankomycin. (Čech, 2014, s. 250)

1.4.3 Léčba kortikosteroidy

Glikokortikoidy jsou důležité pro zralost tělních systémů zejména dýchacího. Zajišťují produkci surfaktantu a riziko syndromu respirační tísně se snižuje. Snižuje se také výskyt nitrokomorového krvácení u novorozence. Aplikují se dvě dávky betametazonu 14 mg i. m. s odstupem 24 hodin, nebo 4 dávky dexametazonu 8 mg i. m. po 6 – 12 hodinách. Účinky se projevují do 24 hodin a setrvávají 7 dnů po podání. Doporučená aplikace kortikosteroidů je od 24 + 0 do 34 + 6 t.g. a to i při odteklé plodové vodě. (Čech, 2014, s. 250)

1.4.4 Aplikace progesteronu

Progesteron je hormon umožňující relaxaci dělohy. Aplikuje se vaginálně v dávce 200 mg denně. V České republice je přirozený progesteron obsažen v přípravku Utrogestan. (Čech, 2014, s. 251)

1.4.5 Léčba inkompetence děložního hrdla

Řešením inkompetence děložního hrdla je cerkláž, při kterém se provede cirkulární steh, který se odstraní 2 týdny před termínem porodu. Tento zásah mívá však následky ve formě fibrózní jizvy, která má za následek rigiditu branky. Cerkláž se dnes v praxi provádí minimálně. (Čech, 2014, s. 251)

1.5 Vedení předčasného porodu

Předčasný porod před 32 týdnem by měl být veden v perinatologickém centru. Předčasný porod v rozmezí 32 a 37 týdne by měl být veden v zařízení obsahující alespoň jednotku intermediální péče. (Roztočil, 1996, s. 110)

Vaginálně lze vést porod pouze v případě, zda je nezralý plod v poloze záhlavím. Porod plodu v poloze koncem pánevním nebo do 2500 g musí být císařským řezem. Porodník musí při rozhodování o vaginálním porodu posoudit, zda je děložní hrdlo zralé, zhodnotit jeho postavení a konzistenci. V případě předčasného porodu má děloha sklon k nadměrné děložní činnosti, což může způsobit hypoxii plodu. Na hlavičku nezralého plodu působí cervikokraniální tlak během kontrakce. Tento nadměrný tlak může způsobit pokles průtoku v centrálním nervovém systému plodu. Neustálé střídání poklesů průtoku krve a jeho

obnovení vede k hypoxickým změnám cév v CNS a poté k intrakraniálnímu krvácení. (Čech, 2014, s. 252)

Čím je plod menší, tím větší by se měla provádět episiotomie lokálním znecitlivěním. Je dobré zachovat vak blan co nejdéle, aby co nejdéle chránil hlavičku před tlakem okolí. (Roztočil, 1996, s. 110)

Při porodu je proto nutné kontrolovat jak srdeční akci plodu, tak intenzitu kontrakcí dělohy. Kontrakce dělohy je možné regulovat parciální tokolýzou či epidurální analgezií. V případě, že se u plodu rozvine hypoxie, je nutné porod ukončit císařským řezem.

Indikace k císařskému řezu nastává v případě vícečetného těhotenství do 32 t. g., rozvoje chorioamnitidy, neúspěšné preindukce, odhadu porodní hmotnosti menší než 750 g. (Čech, 2014, s. 252)

2 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ

Novorozence dělíme dle několika parametrů:

Tabulka 1: Dle gestačního věku

Nedonošený novorozenec	Do 36 + 6 t. g.
Donošený novorozenec	Od 37 + 0 t.g.
Přenášený novorozenec	Od 42 + 0 t. g.

Zdroj: (Dort, 2013, s. 15)

Tabulka 2: Dle porodní hmotnosti

Makrozomní	4500 g a vyšší
S normální porodní hmotností	2500 g – 4499 g
S nízkou porodní hmotností	Méně než 2500 g
S velmi nízkou porodní hmotností	Méně než 1500 g
S extrémně nízkou porodní hmotností	Méně než 1000 g

Zdroj: (Dort, 2013, s. 15)

Tabulka 3: Dle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku

Eutrofický novorozenec	Hmotnost odpovídá týdnu gestace
Hypotrofický novorozenec	Hmotnost je pod 10. percentilem hmotnosti pro daný týden gestace
Hypertrofický novorozenec	Hmotnost je nad 90. percentilem hmotnosti pro daný týden gestace

Zdroj: (Dort, 2013, s. 15)

Tabulka 4: Dle zralosti

Extrémně nezralé	Narozené do 28. t. g. s hmotností do 500 – 999 g. (ELBW – Extremely Low Birth Weight)
Velmi nezralé	Do 32. t. g. s porodní hmotností 1000 – 1499 g (VLBW – Very Low Birth Weight)
Středně nezralé	Do 34 t. g. s porodní hmotností 1500 – 1999 g (LBW –Low Birth Weight)
Lehce nezralé	Do 38 t. g. s porodní hmotností 2000 – 2499 g (LBW – Low Birth Weight)

Zdroj: (Borek, 2012, s. 27)

2.1 Nezralý novorozenec

Jako nezralý novorozenec je definován novorozenec narozený na hranici 37 + 0 týdně gestace. Nezralost u dětí vede k poruchám poporodní adaptace. Plíce novorozence jsou nezralá a dochází k rozvoji syndromu dechové tísně, která může mít za následek rozvoj chronické plicní nemoci. Krevní oběh novorozence je nestabilní a projevuje se hypotenzí a hypoperfuzí orgánů. Brzy po narození může dojít k poškození mozku a centrální nervové soustavy, které nese dlouhodobé následky. Nezralostí novorozence dochází ke zpomalení trávicího traktu a snížení množství trávicí kapacity, z tohoto důvodu je velmi pomalé zavádění enterální výživy. Ledviny jsou velmi citlivé hlavně k hypoxii a jejich funkce je nedozralá. Díky nezralosti jater dochází k hyperbilirubinémii, která je způsobena přebytkem bilirubinu. Předčasně narozené děti jsou termolabilní díky nízkému množství podkožního tuku. U nedonošených novorozenců dochází k metabolickým poruchám, jako jsou hypoglykemie a hypokalcemie.

Novorozenec je velmi ohrožen infekcí díky nezralosti imunitního systému, a proto je zvláště důležitá jeho ochrana před infekcí. Kůže novorozenců je velmi citlivá na jakékoliv poškození, např. dezinfekční přípravky, neopatrné sundávání náplasti. (Dort, 2014, s. 40)

2.2 Hranice viability

Hranice viability je v České republice dána 24 týdnem gestace. Krom gestačního týdne je dalším hodnotícím parametrem porodní váha. Většinou platí čím nižší porodní váha, tím horší prognóza.

Šedá zóna je období mezi 23 až 24 týdnem gestace. Toto období nazývané „šedá zóna“ je vyznačována jak medicínskou nejistotou přežití dítěte, tak kvalitou života dítěte narozeného v tomto období.

Problémem je, že není možné přesné určení stáří plodu. Kdy se gestační věk počítá od prvního dne poslední menstruace do data porodu. Dle tvrzení odborníků se nejpravděpodobnější stáří těhotenství dle menstruace může lišit až o 14 dní a ultrazvukový odhad má přesnost 10-14 dnů. (Kuře, 2014, s. 74-76)

Tabulka 5: Doporučení pro resuscitaci a zahájení intenzivní péče u dětí narozených na hranici viability

Týden gestace	Postup	Výjimky
21	Neresuscitovat (resuscitace jen experimentálně)	Pouze s povolením etické komise v rámci výzkumu, je nutný informovaný souhlas rodičů.
22	Neresuscitovat (resuscitaci nezvažovat, nenabízet)	Resuscitovat pouze ve výjimečných případech pokud je to v nejlepším zájmu dítěte.
23	Není definován	Na přání rodičů, ale lékař není povinen provádět léčbu proti svému klinickému přesvědčení, jestliže si myslí, že by léčba neměla smysl. Na prvním místě musí posoudit, zda dítě netrpí, jestli může zmírnit

		<p>utrpení, a zvážit pravděpodobné následky intenzivní péče. Ponechají-li rodiče rozhodnutí na lékařích, měli by usoudit, jaká je správná péče o dítě.</p> <p>Není-li čas probírat způsob léčby s rodiči před porodem, tím by měl uvážit poskytnutí plné intenzivní péče do doby, dokud nebude možné konzultovat stav dítěte s rodiči.</p>
24	Plná intenzivní péče, příjem na JIP	Pouze v případě, že se rodiče shodnou s lékaři, že léčba není v nejlepším zájmu dítěte.
25	Plná intenzivní péče, příjem na JIP	Těžké postižení neslučující se ze životem.

Zdroj: (Zlatohlávková, 2008, s. 6)

3 PÉČE O PŘEDČASNĚ NAROZENÉ NOVOROZENCE

Hlavními ošetrovatelskými cíly v péči o nezralé novorozence jsou:

- podpora dýchání
- udržení tělesné teploty
- úspora energie dítěte
- zamezení vzniku infekce
- správná výživa a hydratace
- péče o kůži
- sledování novorozence
- podpora a povzbuzení rodičů (Borek, 2012, s. 29)

3.1 Perinatologická centra v ČR

Perinatologická centra zajišťují standardní, intenzivní, resuscitační a vysoce specializovanou neonatologickou péči. Součástí perinatologických center je nepřetržitá transportní služba. Ve svém spádovém území jsou nejvyšším konzultačním střediskem. V České republice je celkem 12 perinatologických center. Seznam perinatologických center v ČR:

- Fakultní nemocnice v Motole - Praha 5
- Všeobecná fakultní nemocnice - Praha 2
- Ústav pro péči o matku a dítě - Praha 4
- Nemocnice Most, p.o.
- Masarykova nemocnice v Ústí n.L., p.o.
- Fakultní nemocnice Hradec Králové
- Nemocnice České Budějovice, a.s.
- Fakultní nemocnice Plzeň
- Fakultní nemocnice Brno
- Fakultní nemocnice Ostrava
- Fakultní nemocnice Olomouc

- Krajská nemocnice Tomáše Bati Zlín (Perinatologie, 2017, [online])

3.2 Ošetření nezralého novorozence

Porod by měl proběhnout pokud možno v perinatologickém centru. V úvodu se provádí tokolyza, aby se získalo více času pro podání kortikoidů k dokončení maturace plic plodu a k podání antibiotik v případě zjištěné infekce. Vedení porodu musí být šetrné, doporučuje se tlumit nadměrnou sílu kontrakcí dělohy. V prvních minutách po porodu je velice důležité zabránit tepelným ztrátám, zajistit termoneutrální prostředí v inkubátoru, monitorování fyziologických funkcí, zajištění dobré poporodní adaptace a odhalení projevů případných onemocnění. (Dort, 2013, s. 40). Vitální funkce dítěte jsou vázány na jeho gestační stáří. (Janota, 2015, s. 496)

Dále se provádí opatrné ošetření a polohování. Nezbytnou součástí je podání oxygenoterapie a zajištění ventilační podpory, popřípadě podání exogenního surfaktantu. Dále se zajistí podpora krevního oběhu a parenterální výživa. Dle tolerance stravy se postupně zavádí enterální výživa. (Dort, 2013, s. 40)

3.3 Hospitalizace na JIRP a JIP

Při vstupu na novorozeneckou JIP jsou rodiče většinou šokováni množstvím hadiček a přístrojů, které se nachází v blízkosti jejich dítěte, a proto je nutné rodiče o všem edukovat. Na tomto oddělení jsou návštěvy rodičů velmi žádány, avšak může dojít k dočasnému uzavření oddělení např. v době chřipkové epidemie. Výskyt infekce je velmi nebezpečný a může mít za důsledek až úmrtí dítěte, proto je vstup na oddělení i s obyčejnou rýmou zakázán. Návštěvy prarodičů či sourozenců na JIP jsou povolovány jen na krátkou dobu a v omezeném množství. (Janáčková, 2015, s. 80)

3.3.1 Přístrojová technika na JIP

Inkubátory

Inkubátorům se někdy říká také kuvézy z francouzského slova „poule couveuse“, což v překladu znamená „kvočna“. Inkubátor odděluje dítě od vnějšího prostředí, chrání před infekcemi, zahřívá a zvlhčuje vzduch. Dítě musí být v inkubátoru umístěno tak, aby bylo viditelné a lehce dosažitelné. (Janáčková, 2015, s. 93)

Monitory

Slouží ke sledování základních životních funkcí. Měří se počet dechů, zaznamenávají apnoy. Zaznamenávají počet srdečních stahů, jejichž norma je 120-140/minutu. Měří se též saturace hemoglobinu kyslíkem. Krevní tlak se měří invazivní nebo neinvazivní. Neinvazivní je méně přesný a měří se manžetou na paži. Invazivní krevní tlak se měří přímo v tepně, nejčastěji v aortě, do níž je zaveden tenký katetr pupeční tepnou. Hodnoty invazivního krevního tlaku jsou velmi přesné a měří se po celou dobu. Tělesná teplota se měří v konečníku nebo přes kůži. (Janáčková, 2015, s. 93)

Přístroje pro podporu dýchání

Tyto přístroje jsou pro děti životně důležité. Podle stupně nezralosti a dechové nedostatečnosti jsou u dětí používány různé druhy ventilátorů.

Oxygenoterapie – využívá se u dětí s mírnou závislostí na kyslíku. Kyslík je podáván buď do inkubátoru, maskou nebo nosdrilkami. (Janáčková, 2015, s. 94)

Nasální CPAP – u dětí které jsou schopny samostatně dýchat s částečnou podporou. Dítě není zaintubováno, má na nose jen malou masku, kterou je kyslík podáván. Kyslík je podáván mírným přetlakem a tak je v plicích udržován stále pozitivní přetlak a plíce zůstávají stále rozepnuté. (Nedoklubko, 2011, [online])

Konvenční ventilace – dítě musí být zaintubováno. Ventilátor za dítě dostatečně dýchá, tento přístroj se dá nastavit tak, aby reagoval na změny jednotlivých parametrů dýchání, je možné namodelovat různé režimy dýchání. (Nedoklubko, 2011, [online])

Vysokofrekvenční ventilace – frekvence dechů je 600-900/minutu. Tato metoda je velmi bezpečná a účinná, i když na první pohled vypadá děsivě. U dětí napojených na ventilátor je velmi důležitá zvýšená toaleta dýchacích cest z důvodu rizika infekce. (Janáčková, 2015, s. 94)

Dávkovače léků (infuzní pumpy, perfuzory)

Umožňují přesné podávání léků. Dávkování pomocí dávkovačů je přené na desetinu mililitru na hodinu. Jsou jimi podávány léky i nitrožilní výživa.

Nezbytným vybavením JIP jsou také **ultrazvuk** a **pojízdný rentgen**. (Janáčková, 2015, s. 94)

3.3.2 Klokánkování

Klokánkování je metoda péče o nedonošené děti, při které se využívá kontaktu kůže na kůži buď matky, nebo otce. Tato metoda příznivě ovlivňuje jejich poporodní adaptaci. Metoda připomíná klokanici, která nosí svá mláďata ve vaku už jako velmi malá. Pochází z Kolumbie, kde matky nosily své děti kůži-na-kůži uvázané šátky, tato metoda jim usnadňovala také kojení a zároveň se děti zahřívaly. To mělo za výsledek snížení nemocnosti a úmrtnosti nezralých dětí v této zemi. Dítěti se při klokánkování ponechá jen čepička a plenka. Položí se na matčin hrudník mezi prsy. Nastaví se do tzv. žabí pozice - ručky a nožky má ohnuté, hlavičku otočenou na stranu a je přikryto dečkou. V místnosti by mělo být teplo, klid a maminka by se měla cítit pohodlně. Klokánkovat lze, když je novorozenec stabilní, s ventilátorem a dalšími monitory či infuzí. Klokánkování může probíhat až 3x denně dle stavu dítěte. Metoda není přínosná jen pro novorozence, ale i pro rodiče, kdy napomáhá ke zlepšení jejich psychického stavu. Matce stimulace bradavek napomáhá ke tvorbě mléka. (Magurová, 2009, s. 40-42)

Klokánkování pomáhá dítěti v těchto oblastech:

- stabilizace srdeční frekvence
- pravidelnější dýchání
- lepší okysličení celého těla
- delší doba spánku
- rychlejší přibývání na váze
- dítě méně pláče
- delší doba bdělosti
- zlepšení vazby s matkou
- větší pravděpodobnost dřívějšího propuštění z nemocnice (Ludington-Hoe, 1993, s. 4)

3.3.3 Polohování

Nezralí novorozenci jsou ohroženi působením gravitace vznikem oploštělé hlavičky, ramen či pánve, což má za následek poruchu či opoždění motorického vývoje.

Abychom předešli těmto komplikacím, pomáháme nezralým novorozencům polohováním.

Poloha na břiše:

Poloha na břicho je vhodná ke zlepšení oxygenace a plicní ventilace dítěte. Nezralý novorozenec je v této poloze klidnější a zbytečně se nevyčerpává ve snaze najít rovnováhu. Hlava i ramena jsou přitisknutá k podložce, dolní končetiny jsou v abdukci. (Borek 2012, s. 86)

Poloha na zádech:

Tato poloha zvyšuje pohyblivost dítěte a také jeho energetický výdej. Působení gravitace je rovnoměrně rozloženo na hlavičku a záda, zároveň je však snížena ventilace plic. Proto se využívají tzv. „hnízda“, která zajistí novorozenci udržení hlavičky ve střední rovině. Ramena, kyčle a dolní končetiny jsou v mírné flexi. Tímto uložením nedochází k tak velkému energetickému vyčerpání a zároveň se sníží napětí břicha. (Borek, 2012, s. 87)

Poloha na boku:

Poloha na boku podporuje ventilaci jen jedné plíce, proto ji používáme často jako polohu léčebnou. Poloha na boku minimalizuje rotaci ramen a kyčlí a zároveň udržuje končetiny v addukci a flexi. (Borek, 2012, s. 88)

3.3.4 Péče o kůži

Nezralí novorozenci mají kůži prosáklou, vrásčitou, mají málo podkožního tuku a jejich kůže není tak elastická. Bývá růžová a průsvitná s viditelnou cévní kresbou. Těmto dětem je důležité suchou pokožku důkladně promazávat měsíčkovým olejem. U extrémně nezralých novorozenců je kůže tmavě růžová, lesklá, velmi tenká a náchylná k poškození. Kůže má vysokou schopnost absorbovat, a proto je velmi důležité léčivé masti aplikovat jen lokálně. Je důležité předcházet otlacení kůže, a tak se například saturační čidlo přemisťuje a podlepuje Granuflexem. Náplasti se nelepí přímo na kůži, v případě nutnosti se k odstranění náplasti používá odmašťující čtverec. Nečistoty se odstraňují pouze vodou. Suchá pokožka se pravidelně promazává. (Handlová, 2013, s. 38)

3.3.5 Péče o vyprazdňování

U nedonošených dětí je velmi důležité zjistit přesnou bilanci tekutin. Používají se jednorázové pleny, které se zváží před a po použití. Pozornost také věnujeme velikosti močového měchýře a otokům. U dětí, které jsou tlumeny, může dojít k zástavě močení a je nutné je cévkovat. Smolka u nezralých dětí odchází až po několika dnech. V případě nutnosti podpory vyprázdnění se využívá nálev mateřského mléka aplikovaný pomocí cévky. U nezralých dětí je nutné sledovat prokrvení břišní stěny a kontrolovat peristaltiku, aby se předešlo nekrotické enterokolitidě. (Baťová, 2007, s. 54)

3.3.6 Výživa

3.3.6.1 *Enterální*

Základním kritériem pro zajištění kvalitní výživy je přizpůsobit nutriční hodnoty odpovídající nitroděložnímu růstu a příznivě tím ovlivnit vývoj dítěte.

Nejvhodnější stravou pro novorozence je mateřské mléko, které příznivě působí jako prevence infekce, průjmových onemocnění, zánětů středního ucha, bakteriálních meningitid a nekrotizujících enterokolitid v prvních týdnech života. Samostatné mateřské mléko však nedokáže naplnit nároky rostoucího nezralého novorozence. I přes tento nedostatek se stále dává přednost mateřskému mléku. U nedonošených dětí se proto do mléka přidávají práškové formy živin (bílkoviny, sacharidy, minerály – vápník, fosfor, železo, zinek, jod, mangan, selen a také vitamíny). Živinám v této formě se říká tzv. fortifikátory. Fortifikátory jsou pouze doplňkem mateřského mléka nebo umělé stravy, nikoliv náhradou. Používají se jen v nemocniční péči na doporučení lékaře. V případech, kdy kojení není možné, přistupuje se k zavedení umělé výživy. Tato umělá výživa obsahuje více živin v malém objemu z důvodu malé kapacity žaludku oproti běžným umělým výživám. Do umělé výživy se přidávají probiotika, která slouží k umělému osídlení trávicího traktu, které kojené děti dostávají přirozeně od matky a jsou velmi důležité pro rozvoj imunity. Díky nedostatečnosti svěrače jícnu dochází u nedonošených dětí k častému ublinkávání. Tento problém se časem zlepšuje. Řešením může být pití malých dávek nebo polohování dítěte do zvýšené polohy. Dalším řešením může být přidání přípravku s obsahem vlákniny nebo škrobu, které zabrání vracení mléka do jícnu. Sát a polykat se děti naučí později. Důležité je však dítě pravidelně přikládat k prsu a stimulovat tím produkci mateřského mléka. (Dvořáková, 2010, s. 20-22). Nezralé dítě je však většinou

zpočátku krmeno gastrickou sondou. Nejideálnější je dosažení plného kojení. (Troupová, 2010, s. 34)

U nezralých novorozenců je důležité eliminovat negativní stimuly, které mohou být u krmení vyvolány. Například bychom neměli dítěti podávat mateřské mléko na tišení bolesti, ale měli bychom zvolit raději sacharózu. Dále je důležité, aby si dítě nespojilo jídlo s pocitem dušení.

K podpoře sacího reflexu využijeme orofaciální stimulaci, kterou provádí fyzioterapeut a po zaučení i matka. Matka se naučí také správnou techniku kojení. (Fakultní nemocnice Brno, 2017, [online])

3.3.6.2 Parenterální

Život zachraňujícím postupem pro nezralé děti, které nemůžou přijímat stravu enterálně, je parenterální výživa. Tato výživa se podává ve vacích způsobem all-in-one. Připravují se formou magistra liter za použití nutričních substrátů připravených přesně pro konkrétní nezralé dítě. Pro přípravu vaků all-in-one je velice důležitá přísná sterilita a jsou složeny ze sacharidů, bílkovin a tuků. (Dvořáková, 2010, s. 20-22)

3.3.7 Bazální stimulace

Prioritou bazální stimulace u nezralých dětí je podpořit vlastní identitu, umožnit komunikaci s okolím, zvládnout orientaci v prostoru a čase.

Základní pravidla pro bazální stimulaci u nezralých dětí:

- ticho
- zakryté inkubátory
- rytmus den/noc
- iniciální dotek
- klokánkování
- somatická stimulace
- stimulace úst dítěte jako nácvik sacího a polykacího reflexu
- umožnit rodičům co největší podíl na péči o dítě (Friedlová, 2012, s. 43 – 44)

Prvky bazální stimulace

- somatická
- vestibulární
- vibrační
- taktilně-haptická
- olfaktorická (čichová)
- optická (zraková)
- auditivní (sluchová)
- orální (senzorika a motorika dutiny ústní) (Friedlová, 2007, s. 34)

U nezralých dětí v inkubátorech je důležité vytváření prostředí co nejvíce podobného intrauterinnímu. Děti se polohují do hnízdeček, kde jsou limitovány jasnými okraji, které působí na jejich kůži. Pokud je to možné, je dobré děti co nejčastěji klokánkovat. Při této činnosti dochází k mnoha druhům stimulace najednou. Dochází ke stimulaci somatické, vibrační (jestliže matka mluví), čichové a auditivní. Auditivní a oftalmologické podněty lze v případě, že není možné novorozence klokánkovat, poskytnout vložení do inkubátoru. Například tampony nasáklé potem matky či mateřským mlékem, aromaterapie či nahraný audiozáznam. (Friedlová, 2012, s. 43 – 44)

3.4 Individualizovaná vývojová péče – NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)

Na počátku 80. let byl v Bostonu založen program s názvem NIDCAP - Newborn individualized Development Care and Assessment Program – individualizovaná vývojová péče o novorozence a program sledování, hodnocení. Tento program se zabývá poznáním maturace, vývoje mozku in utero a tzv. syntaktivní teorií vývoje. Nejpřirozenějším prostředím pro plod je děloha. Nedonošené děti se proto dostávají do prostředí, které je jim nepřirozené a dochází tím k ovlivnění vývoje dítěte. Dochází ke vzniku vývojových vad, poruchám mentálního a duševního vývoje. Pro systém péče NIDCAP je velmi důležité pozorování chování nezralého novorozence a poté jeho vyhodnocení a využití pro zlepšení prostředí, požadavků a nároků pro novorozence v jeho nepřirozeném prostředí inkubátoru. Tento systém péče sleduje přes 90 složek a charakteristik chování dítěte v systémech: motorickém, autoregulačním, posturálním, pozornostním (attention) a autonomním. Pozorováním dítěte lze přesně přizpůsobit péči požadavkům a nárokům jednotlivého dítěte. NIDCAP má za hlavní cíl navázat velmi úzkou spolupráci mezi rodiči předčasně narozených dětí a zdravotnickým personálem. Dalším cílem je co největší zapojení rodičů do péče o dítě, která zlepší jejich vzájemný vztah. Realizace tohoto systému však není jednoduchá, důležité je vyškolení personálu, ochota rodičů účastnit se, zajištění vhodného prostředí a nemalé finanční zajištění. Snahou některých nemocnic je zabezpečení alespoň některých principů systému NIDCAP, což může být například princip „wee care“, jehož cílem je zaškolení veškerého personálu v omezení činností, které by ovlivnily zdravotní stav nezralého novorozence negativním způsobem.

Hodnotí se 7 základních bodů neuroprotektce:

- péče rodičů o dítě
- ochrana spánku
- péče o kůži
- polohování a manipulace s dítětem
- omezení bolesti a stresových faktorů
- správná výživa
- neuroprotektivní prostředí (Macko, 2015, s. 25)

Některé základní prvky vývojové péče:**Ticho**

Místnost, kde leží miminka v inkubátorech je oddělená. Mluví se zde tiše a netelefonuje. (Janáčková, 2015, s. 106)

Šero

Inkubátory jsou zakryté. Na miminko by nemělo mířit žádné ostré světlo. (Janáčková, 2015, s. 106)

Čichové podněty

Dítěti umožňujeme získávat příjemné čichové vjemy jako je např. látka s vůní matky či mateřského mléka. (Janáčková, 2015, s. 106)

Sdružování výkonů

Pokud je to možné, tak se výkony provádějí vždy najednou, aby nebylo miminko často rušeno. Většinou se provádí každé tři hodiny toaleta a krmení. Popřípadě se zároveň udělají odběry a provede vyšetření. (Janáčková, 2015, s. 106)

Iniciální dotek a dotek na rozloučenou

Na začátku i na konci každého vyrušení dítěte by mu mělo být dáno najevo, že se něco bude dít. Dotek by měl být jasně daný na určité místě, aby dítě poznalo, zda se jedná o rodiče, nebo o personál. Místo iniciálního doteku by mělo být zaznamenáno na inkubátoru. (Janáčková, 2015, s. 106)

Doteky

Musí být klidné, pomalé a jemné. (Janáčková, 2015, s. 107)

Klokánkování

Muže provozovat maminka i tatínek. Dítě cítí kontakt kůže na kůži, slyší dýchání a tlukot srdce rodiče. V tomto prostředí se cítí zcela v bezpečí. Zlepšuje se psychický stav jak matky, tak dítěte a navíc dochází k podpoře laktace. (Janáčková, 2015, s. 107 - 108)

Kojení

Upevňuje citové pouto mezi matkou a dítětem. Mateřské mléko obsahuje velké množství živin a proušek upravených přesně pro potřebu daného dítěte. (Janáčková, 2015, s. 113)

3.5 Péče se zaměřením na rodinu a podpora rodičů

Tvorba citového vztahu mezi nezralým novorozencem a jeho matkou či otcem je velmi složitá. Důležitou roli hrají v tomto procesu zdravotní sestry, které by měly být pro rodiče průvodci a oporou. Základem je umožnit rodičům péči o dítě a získat informace o stavu dítěte. (Borek, 2012, s. 181)

Péče zaměřená na rodinu umožňuje rodičům aktivně se zúčastňovat péče o jejich dítě a je tak příkladem holistického přístupu k péči. Proto je velmi důležité, aby se rodiče stali rovnocennými partnery zdravotnických pracovníků. (Borek, 2012, s. 181)

Podstatou péče zaměřenou na rodinu je co největší zapojení matky i otce do péče. Řada studií dokazuje, že častý kontakt s matkou či otcem přináší prospěch ke zlepšení psychomotorického vývoje. V pozdějším věku jsou na tom děti, kterým byla poskytnuta individualizovaná péče, lépe, jak děti, u kterých tato péče poskytnuta nebyla. (Malé mimi, 2015, [online].)

Prostředí neonatální JIP je pro rodiče stresující, a proto i informovaní rodiče prožívají při návštěvě svého dítěte šok. Rodiče mají strach, neví, co přijde a jaké budou následky. Pro rodiče je důležité dostat co nejvíce informací, které však nejsou schopni přijmout. V tomto období je velmi důležitá komunikace s rodiči k navázání vzájemného vztahu a spolupráce, je třeba neustále opakovat informace, aby rodiče všemu rozuměli. Pokud je verbální komunikace s daným rodičem obtížná, je možné zvolit metodu podání informací letáky či videem. (Borek, 2012, s. 182)

Dle Darbishirové (1994) prochází rodiče, jejichž dítě je hospitalizováno na JIRPN, třemi fázemi vývoje:

- naivní důvěřivostí – pro rodiče jsou důležité informace, ujištění, pocit bezpečí a podpory
- vystřízlivěním – zajímají se o péči, která je poskytnuta jejich novorozenci
- spojenectvím – spolupracují s personálem pro dosažení plánovaných cílů.

Separace dítěte od matky může způsobit jak psychické problémy u matky, tak může dojít i ke špatnému psychickému vývoji dítěte.

Opatření, která by tuto separaci redukovala:

- pokoje pro matky v rámci JIRPN

- návštěvy dítěte kdykoliv
- dostupnost každodenních telefonních dotazů

V kritických okamžicích života dítěte mají rodiče právo být v jeho blízkosti. (Borek, 2012, s. 184)

3.5.1 Péče rodičů o dítě

Péče na jednotce intenzivní péče je zaměřená na individualizovaný přístup, a proto je důležité, přizpůsobit se každému dítěti tak, aby bylo vše dle jeho potřeb. Důležitou věcí je včasné zapojení rodičů do péče o předčasně narozeného novorozence. Rodiče se učí dítě přebalovat, měřit mu teplotu, a pokud je to možné, tak i krmit. Pokud je to možné, rodiče co nejdříve začínají klokánkovat. Klokánkuje se asi 30 minut. Se zlepšujícím se stavem dítěte se doba klokánkování prodlužuje až na 3 hodiny.

Velmi důležité je rodiče pravidelně informovat a edukovat také o správné hygieně a dezinfekci rukou. Ruce se nejdříve umyjí mýdlem až po lokty a poté se zdezinfikují. Nehty na rukou by měly být ostříhané a nenalakované. Po vyndání rukou z inkubátoru je nutné si je znovu zdezinfikovat. (Krajská nemocnice Tomáše Bati, 2016, s. 1 – 3)

3.6 Projekt Malé Mimi – pokoje s individualizovanou péčí v Krajské nemocnici Tomáše bati ve Zlíně

Hlavní myšlenkou projektu Malé Mimi bylo umožnit matkám předčasně narozených dětí být svým dětem co nejdříve nablízku. Díky sbírce, probíhající od října 2015 bylo možné zrekonstruovat pokoje pro matky a jejich nedonošené děti.

Ve čtvrtém patře porodnice byly vybudovány tři pokoje, díky kterým budou matky, jejichž děti jsou již stabilnější, svým dětem neustále na blízku. Pokoje jsou vybaveny postelí pro matky, inkubátorem a rozkládacím křeslem pro tatínka.

V sedmém patře porodnice jsou vybudovány nové pokoje pro maminky, jejichž děti je nutné stále hospitalizovat na JIP. Výhodou těchto pokojů hotelového typu je, že maminky nemusí za svými dětmi dojíždět z domova a mohou je tak navštěvovat pravidelně z pohodlí nemocnice. (Oficiální stránky města Zlína, 2017, [online])

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Cíle práce

1. Zmapovat implementované prvky individualizované péče na JIP
2. Zmapovat úroveň spolupráce, zapojování do péče a podpory rodičů předčasně narozených dětí
3. Zjistit, zda je rodičům poskytován dostatek informací a co očekávají od zdravotnického personálu.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření bylo provedeno se sedmi respondentkami (R1-R7), které byly hospitalizovány v letech 2016 a 2017 v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně se svými předčasně narozenými dětmi na neonatologickém oddělení.

V kazuistice je uvedena respondentka, která byla hospitalizována také v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně se svou předčasně narozenou dcerou.

4.3 Použitá metoda

Práce byla zpracována na podkladě výsledků kvalitativního výzkumného šetření pomocí dotazníku s otevřenými otázkami. Dotazník byl umístěn na sociální síť Facebook a vyplněn sedmi matkami. Podmínkou pro výběr respondentek byla hospitalizace předčasně narozeného novorozence v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, a následná hospitalizace na neonatologickém oddělení v letech 2016-2017.

Dotazník obsahoval 21 otevřených otázek (viz příloha). Byly pokládány takové otázky, aby splnily jednotlivé cíle, které byly předem stanoveny.

Odpovědi na jednotlivé otázky jsou vepsány do tabulek s autentickými odpověďmi matek.

Pro lepší pochopení problematiky individualizované péče je v druhé polovině praktické části bakalářské práce uvedena kazuistika předčasně narozeného novorozence hospitalizovaného v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně.

4.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkumné šetření probíhalo formou vložení dotazníku s otevřenými odpověďmi na sociální síť Facebook do skupiny Nedonošená miminka, zázrak života. Na dotazník mi odpovídaly matky, které byly hospitalizovány v letech 2016 a 2017 v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně se svými předčasně narozenými dětmi na neonatologickém oddělení.

Respondentka č. 1 – 30 let, podruhé těhotná, porod ve 26+3 císařským řezem, narodilo se děvčátko s hmotností 900 g a délkou 36 cm.

Respondentka č. 2 – 33 let, první těhotenství, porod ve 32+5 spontánně záhlavím, narodil se chlapec s hmotností 1900g a délkou 42 cm.

Respondentka č. 3 – věk 37 let, poprvé těhotná, porod císařským řezem ve 24+5, narodil se chlapec s váhou 820 g a délkou 25 cm.

Respondentka č. 4 – věk 27, poprvé těhotná, porod spontánně záhlavím ve 34+0, narodil se chlapec s hmotností 3250g a délkou 42 cm.

Respondentka č. 5 – věk 26 let, poprvé těhotná, porod císařským řezem v 32+2, narozeno děvče s hmotností 1700g a délkou 40 cm.

Respondentka č. 6 – věk 31 let, druhé těhotenství, porod spontánně záhlavím v 32+0, narozen chlapec s hmotností 1660 g a délkou 38 cm.

Respondentka č. 7 – věk 37 let, druhé těhotenství, porod spontánně záhlavím ve 30+1, narozeno děvče s hmotností 1290g a délkou 37 cm.

Tabulka 6: složení výzkumného vzorku

Respondentka	Věk	Gravidita	Způsob porodu	Týden narození	Pohlaví	Porodní hmotnost	Porodní délka
R1	30	2	SC	26+3	děvče	900g	36cm
R2	33	1	Spont. záhlavím	32+5	chlapec	1900g	42cm
R3	37	1	SC	24+5	chlapec	820g	35cm
R4	27	1	Spont.	34+0	chlapec	3250g	42cm

			záhlavím					
R5	26	1	SC	32+2	děvče	1700g	40cm	
R6	31	2	Spont.	32+0	chlapec	1660g	38cm	
			záhlavím					
R7	35	2	Spont.	30+1	děvče	1290g	37cm	
			záhlavím					

Zdroj: vlastní zpracování

Kazuistika:

Respondentka 33 let, III gravidita, porod SC v 27 +1, děvčátko 840 g a 34cm

4.5 Způsob zpracování dat

Získané informace z rozhovorů budou autenticky přepsány do tabulek. Každá otázka do jedné tabulky. Ke každé otázce jsou přiřazeny odpovědi od 7 respondentek. Pro přehlednost jsem zvolila zkratky pro jednotlivé respondentky. Respondentka č. 1 (R1), respondentka č. 2 (R2), respondentka č. 3 (R3), respondentka č. 4 (R4), respondentka č. 5 (R5), respondentka č. 6 (R6) a respondentka č. 7 (R7).

Pro lepší pochopení individualizované péče je uvedena v druhé polovině praktické části kazuistika předčasně narozeného novorozence od narození až po propuštění do domácí péče.

4.6 Výsledky výzkumného šetření

4.6.1 Odpovědi na otázky

Tabulka 7: První informace o dítěti

Respondentka	Kdy jste dostala první informace o dítěti?
R1	<i>V den porodu.</i>
R2	<i>Okamžitě po porodu.</i>
R3	<i>Několik hodin po císařském řezu.</i>
R4	<i>Ihned po porodu.</i>
R5	<i>Ihned po probuzení z narkózy po císařském řezu.</i>
R6	<i>Ihned po porodu</i>
R7	<i>Ihned po porodu</i>

Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce ženy odpovídaly na otázku, kdy dostaly první informace o stavu jejich dítěte. Všechny matky dostaly první informace o dítěti hned, jakmile to bylo možné. Matky po císařském řezu byly informovány po probuzení z narkózy a matky po spontánním porodu ihned po porodu a ošetření dítěte.

Tabulka 8: Srozumitelnost informací

Respondentka	Byly tyto informace srozumitelné?
R1	<i>Ano, paní doktorka mi vše srozumitelně vysvětlila.</i>
R2	<i>Ano</i>
R3	<i>Ano, i když jsem se na některé věci ptala vícekrát.</i>
R4	<i>Ano</i>
R5	<i>Ano</i>
R6	<i>Ano</i>
R7	<i>Ano, ale i přesto jsem se několikrát ujišťovala, zda je miminko v pořádku.</i>

Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka je směřována na srozumitelnost poskytnutých informací o stavu předčasně narozeného dítěte. Všechny matky udávají, že jim byly poskytnuty srozumitelné informace. V případě nejasností jim bylo srozumitelně odpovězeno.

Tabulka 9: Zdroje informací

Respondentka	Co pro vás bylo nejvýznamnějším zdrojem informací
R1	Zdravotnický personál, knihy
R2	Zdravotnický personál
R3	Ostatní maminky nedonošených dětí, zdravotnický personál
R4	Zdravotnický personál, Internet
R5	Zdravotnický personál
R6	Zdravotnický personál
R7	Zdravotnický personál, knihy o nedonošených miminkách

Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka směřovala na zdroje informací, které matky předčasně narozených dětí využívají. Nejčastějším zdrojem informací je dle matek zdravotnický personál, tuto odpověď vyslovily všechny matky. Dalšími udávanými zdroji byly knihy, internet a komunikace s jinými matkami předčasně narozených dětí.

Tabulka 10: První návštěva dítěte

Respondentka	Kdy jste poprvé navštívila vaše miminko?
R1	<i>Druhý den po porodu</i>
R2	<i>Asi 4 hodiny po porodu, otec s ním byl ihned.</i>
R3	<i>Druhý den</i>
R4	<i>Miminko bylo pryč jen pár hodin poté jsme byli spolu</i>
R5	<i>Druhý den po císařském řezu</i>
R6	<i>V den porodu</i>
R7	<i>Následující den po porodu</i>

Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka se zabývá první návštěvou miminka. Tři respondentky uvádějí, že své dítě uviděly ihned po porodu, další druhý den.

Tabulka 11: První doteky

Respondentka	Kdy jste se poprvé miminka dotkla a jak?
R1	<i>Druhý den po porodu jsem pohladila ručičku.</i>
R2	<i>Asi 4 hodiny po porodu, syna jsem měla na hrudi.</i>
R3	<i>Dotkla jsem se ručičky v inkubátoru</i>
R4	<i>Chovala jsem si hned na porodním sále</i>
R5	<i>Druhý den jsem si ho mohla pohladit v inkubátoru</i>
R6	<i>Jemně a něžně jsem si jej pohladila v inkubátoru.</i>
R7	<i>Den po porodu jsem si ho hladila v inkubátoru</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

Následující otázka se zabývala prvními doteky. Většina matek uvádí, že si své dítě pohladily poprvé v inkubátoru. Respondentky R2 a R4 si své děti chovaly již na porodním sále.

Tabulka 12: Navštěvování na JIP rodinnými příslušníky

Respondentka	Navštěvoval miminko na JIP ještě někdo další z rodiny?
R1	<i>Ne, jen já a přítel.</i>
R2	<i>Ano, manžel a prarodiče.</i>
R3	<i>Manžel, babička, dědeček a strejda</i>
R4	<i>Jen tatínek</i>
R5	<i>Manžel</i>
R6	<i>Manžel</i>
R7	<i>Tatínek a brácha</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

Další otázka se zabývala návštěvami dítěte na oddělení jednotky intenzivní péče. Každá respondentka uvedla, že za dítětem na JIP docházel tatínek. Respondentka R2 a R3 uvádí navíc návštěvu prarodiči. Respondentka R7 uvedla navíc návštěvu sourozence.

Tabulka 13: Klokánkování

Respondentka	Kdy jste poprvé klokánkovala?
R1	<i>Poprvé jsem klokánkovala asi po týdnu.</i>
R2	<i>4 hodiny po porodu.</i>
R3	<i>Asi 4 dny po císařském řezu</i>
R4	<i>Ihned po porodu</i>
R5	<i>Týden po porodu</i>
R6	<i>Druhý den po porodu</i>
R7	<i>Další den po porodu</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

První klokánkování udávaly respondentky v různém rozsahu. Nejdříve klokánkovaly respondentky R2 a R4 v den porodu. Nejpozději klokánkovala respondentka R5 a to týden po porodu.

Tabulka 14: Docházení na JIP

Respondentka	Jak často jste miminko navštěvovala?
R1	<i>Po dobu hospitalizace každé 3 hodiny asi 5xdenně. Po mém propuštění jsem dojížděla asi 4x týdně.</i>
R2	<i>Každý den, byla jsem hospitalizovaná na oddělení a docházela jsem každé 3 hodiny.</i>
R3	<i>Každý den, vždy po 3 hodinách přes den.</i>
R4	<i>Na JIP bylo miminko asi jen 5 hodin, poté jsme spolu byli celý pobyt společně na pokojíčku.</i>
R5	<i>Denně, vždy na krmení a přebalování</i>
R6	<i>Každé 3 hodiny 6x denně</i>
R7	<i>Jak to bylo možné, každé 3 hodiny od 7:00 – 22:00</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

Návštěvy dětí na jednotce intenzivní péče probíhaly u respondentek každé 3 hodiny. Respondentka R1 po propuštění dojížděla 4x týdně. Respondentka R4 byla ubytovaná společně s dítětem na pokoji s individualizovanou péčí

Tabulka 15: Zapojování do péče

Respondentka	Jak jste se zapojovala do péče?
R1	<i>Mohla jsem přebalovat, měřit teplotu a později krmit.</i>
R2	<i>Veškerou péči jsem dělala já, pouze 1x za noc jsem poprosila sestřičku, aby dala synovi mlíčko sondičkou.</i>
R3	<i>Měření teploty, přebalování, klidnění při vyšetření.</i>
R4	<i>Dělala jsem vše, přebalovala, krmila, koupala, měřila teplotu.</i>
R5	<i>U miminka jsem se starala o vše - krmila, přebalovala, klokánkovala, měřila teplotu atd. Na co jsem nestačila nebo jsem neuměla, s tím mi pomohla sestřička.</i>
R6	<i>Veškeré starání o miminko, přebalování, krmení atd.</i>
R7	<i>Přebalování, měření teploty, držení sondy</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

Další otázka se zabývala zapojením rodičů do péče o novorozence. Všechny respondentky uvedly, že jim bylo umožněno dítěti měřit teplotu, přebalovat a později i krmit.

Tabulka 16: Přítomnost matek u invazivních výkonů

Respondentka	Byla jste přítomna u invazivních výkonů?
R1	<i>Ne, nebylo mi to umožněno.</i>
R2	<i>Ano, vždy.</i>
R3	<i>Ano, při zavedení NGS a odběrech krve.</i>
R4	<i>Žádný nebyl potřeba</i>
R5	<i>Ano dokud byl v inkubátoru, potom už nic nebylo nutné.</i>
R6	<i>Ne</i>
R7	<i>Ne</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

Přítomnost matek u invazivních výkonu byla různá. Respondentky R1, R6, R7 a R4 přítomny nebyly. Respondentky R2, R3, R5 uvedly přítomnost u invazivních výkonů.

Tabulka 17: Pobyt matky spolu s dítětem na pokoji

Respondentka	Od kolikátého týdne jste měla miminko u sebe?
R1	<i>Miminko jsem u sebe neměla vůbec, po měsíci bylo převezeno do Brna na operaci.</i>
R2	<i>4 dny po porodu.</i>
R3	<i>Miminko je stále na JIP</i>
R4	<i>Ihned v den porodu</i>
R5	<i>Od třetího týdne</i>
R6	<i>Od jeho 35 týdne</i>
R7	<i>10 dnů po porodu</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

Respondentka R1 u sebe dítě neměla z důvodu převozu do jiné nemocnice, respondentka R2 byla hospitalizována spolu s dítětem na pokoji od čtvrtého dne, respondentka R3 měla v době dotazování dítě stále hospitalizováno na JIP, respondentka R4 byla hospitalizována na pokoji spolu se svým dítětem ihned v den porodu, respondentka R5 byla na pokoji s dítětem až od třetího týdne, respondentka R6 tři týdny po porodu a respondentka R7 desátý den od porodu.

Tabulka 18: Psychická opora matek

Respondentka	Co pro vás bylo největší psychickou oporou?
R1	<i>Rodina a starší dcera.</i>
R2	<i>Rodina a personál na neonatologii.</i>
R3	<i>Rodina, psycholog</i>
R4	<i>Manžel</i>
R5	<i>Prospívání dítěte a manželova podpora</i>
R6	<i>Manžel, rodina, kamarádky</i>
R7	<i>Knihy o nedonošených miminkách</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

Jako největší psychickou oporu udávají respondentky partnera a rodinu, dále respondentka R2 uvádí personál, respondentka R5 prospívání dítěte a respondentka R7 literaturu.

Tabulka 19: Očekávání matek od zdravotnického personálu

Respondentka	Co je pro Vás nejdůležitější u zdravotnického personálu?
R1	<i>Vstřícnost, pochopení a uklidnění.</i>
R2	<i>Empatie a láskyplné zacházení s miminkem.</i>
R3	<i>Preciznost v práci, odborné znalosti, vstřícná a hodná sestra, hezké chování k dětem a rodičům</i>
R4	<i>Ochota, podpora, ohleduplnost, pochopení</i>
R5	<i>Trpělivost a ochota sestřiček kdykoliv pomoci.</i>
R6	<i>Vstřícnost, pohoda, úsměv a dobrá nálada</i>
R7	<i>Optimismus</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

Očekávání matek od zdravotnického personálu jsou podobná. Respondentky uvádějí vstřícnost, pochopení, empatii, podporu, pomoc, dodání optimismu, dobré nálady, láskyplné chování k dětem, precizně odvedenou práci a odborné znalosti.

Tabulka 20: Spokojenost matek v KNTB Zlín

Respondentka	Byla jste v rámci hospitalizace s něčím nespokojená? Co byste změnila?
R1	<i>Ve Zlíně bylo vše v pořádku, jen k Brnu bych měla plno výhrad, na druhou stranu mi tam zachránili dceru.</i>
R2	<i>Ne, nic bych neměnila, jen strava by mohla být lepší.</i>
R3	<i>Prostředí na jedničku, chování většiny personálu také. Možná některé sestřičky na JIPu by se mohly chovat vstřícněji, ale to je o lidech. A ve všech směrech by pomohl odborný psycholog, pozorovala jsem to na řadě maminek. Pro mě zajistili psycholožku z onkologie a dva rozhovory mi velmi pomohly.</i>
R4	<i>Ne, byla jsem spokojená</i>
R5	<i>Byla jsem se vším spokojená, jen bych zrušila návštěvní hodiny. Bylo strašné vědět, že manžel může přijít jen v určitý čas, když bydlíme 100 km daleko. Naštěstí většina sestřiček nám dovolila návštěvy i v jinou hodinu.</i>
R6	<i>Ne, nic bych neměnila</i>
R7	<i>Absolutně ne, všichni byli milí a profesionální</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

Respondentky uvádí, že byli s péčí v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně spokojeny. Připomínky měla pouze respondentka R2 ke stravování a R3 k chování některých sester. Respondentka R3 také uvádí potřebu psychologa na oddělení a respondentka R5 se vyjádřila k nevyhovujícím návštěvním hodinám z důvodu velké vzdálenosti od místa bydliště.

Tabulka 21: Propuštění do domácí péče

Respondentka	Po jaké době jste byla i s miminkem propuštěna domů?
R1	<i>Po 116 dnech</i>
R2	<i>Po 3 týdnech.</i>
R3	<i>Stále hospitalizována</i>
R4	<i>Propuštění jsme byli po týdnu.</i>
R5	<i>Přibližně po měsíci</i>
R6	<i>Po měsíci</i>
R7	<i>Po 41 dnech od porodu</i>

Zdroj: Vlastní zpracování

Délka hospitalizace respondentek s dětmi se pohybuje od týdne po 116 dnů. Respondentka R1 nebyla hospitalizována po celou dobu, v pozdější fázi za dítěte dojížděla z domova.

4.7 Individualizovaná péče o novorozence na JIP – kazuistika

Anamnéza matky:

RA: otec matky sp. CMP, hypertenze, matka matky revmatické onemocnění, astma bronchiale

OA: bezvýznamná

GA: III. gravida/ III. Para 1. porod spont záhlav. 2011 děvče 3200g, 2. porod spont. záhlav. 2014 chlapec 3850g

Nynější těhotenství: TP dle UZ 11. 3. 2017, gravidita riziková, screening VVV v prvním trimestru neabsolvovala, hospitalizace (12.11 – 9. 12. 2016) dlouhodobé špinění, PPI, progresse vaginálního nálezu, indukce plicní zralosti 19. - 20. 11. 2016, chlamydie negativní, ureoplasmata negativní, mykoplasmata negativní, 9. 12. 2016 překlad na PS (gest.26+6) pro předčasný odtok PV, vaginálně krvavé hleny, děloha měkká, hrdlo 3 cm, těsně pro prst. Hlavička nad vchodem, placenta bez známek odlučování, oligohydramnion, zahájena akutní tokolýza. Dne 11. 12. 2016 u matky známky počínajícího DIC. Gravidita ukončena akutním císařským řezem ve 27+1. Řez veden transplacentárně, placenta rozbředlá 250g, vybaven nezralý plod ženského pohlaví z polohy záhlavím.

Anamnéza dítěte:

OA: dítě ze III. rizikové gravidity, 27 + 1 t. g., porod SC, 840 g/ 34cm, AS 8-7-8, oxygenoterapie. Děvčátko má na hlavě rozsáhlou ránu ve vlasaté části od délce asi 10 cm. Okraje rány přiloženy k sobě steristripem přichyceno, překryto sterilním čtvercem. Patrná mírná krevní ztráta. Přijata do inkubátoru na JIP.

Průběh hospitalizace:

Dne 11. 12. 2016 porod SC nezralý novorozenec pohlaví ženského ze III. rizikové gravidity, porod ve 27+1t.g. po předčasném odtoku PV, po dokončení indukce plicní zralosti, akutní SC pro počínající DIC u matky. Dítě vybaveno z polohy záhlavím, vitální, zaplakalo, na PS Peep přes Neopuff v 8 minutě přechodně oxygenoterapie. Děvčátko má na hlavě rozsáhlou ránu ve vlasaté části o délce asi 10 cm. Okraje rány přiloženy k sobě steristripem přichyceno, překryto sterilním čtvercem. Patrná mírná krevní ztráta. Na PS zajištěna žilní linka, akutní neurochirurgické konzilium.

Transport na JIRPn do inkubátoru, začíná kapat sufentanil,propofol. Intubace UPV a pod analgezií provedena sutura rány 14 hodin po výkonu extubována. Zavedena ventilační podpora, nosní kanyla, bez oxygenoterapie. Při přijetí na JIRPn růžová, hypotermní 36,1 C, na UPV mírně přidechne, AS pravidelná, šelest neslyšitelná, dýchání symetrické, čisté, břicho pod niveau, genitál dívčí nezralý, končetiny bez otoků a deformit, pupečník tenký, oči a nos bez sekrece. Vzhledem k rozsáhlosti poranění kryta ATB i při negat. Zánětlivých markrech. Pro významnou anemii převod erymasy ještě do 24 hodin po porodu. ATB celkem 5 dnů. Sutura se hojí per primam. Sutura se hojí per primam 9 den EX. Pro hyperbilirubinemii z nezralosti časně zahájena fototerapie, celkem 2 dny. Tolerance stravy od počátku velmi dobrá. Infuze do 5. Dne, poté plný příjem P. O., krmena fortifikovaným OMMs přídávkem proteinového suplementu, prospívá. UZ CNS s normálním nálezem. V dalším průběhu mírně nestabilní na ventilační podpoře občasné denaturace. Od 13. Dne života potřebuje kyslík v nízké frekvenci (FiO2 0,23-0,25). V kontrolních laboratorních odběrech pouze hypoproteinemie a vysoké ALP.

Od 3. Týdne života zahájena dechová rehabilitace, přelepena tapem drobná pupeční kýla a nasazena profylaktická dávka antianemik pro anemii nedonošených.

Živena fortifikovaným OMM s přídávkem proteinového suplementu, prospívá velmi dobře. Na začátku 5. Týdne prohloubena animizace indikována transfuze. Přetrvávají vysoké hodnoty ALP, navýšena dávka Vigantolu. První oční vyšetření v pořádku. 40. Den bez ventilační podpory jen oxygenoterapie s nízkým množstvím kyslíku. Od 45. Dne bez oxygenoterapie.

Po celou dobu pobytu děvčátka na JIP matka trvale hospitalizovaná, frekventivně dochází a je aktivně zapojena do ošetrovatelské péče. První kontakt s děvčátkem byl již první den po porodu, kdy matka přijela na vozíku a byla informována o stavu dcery, edukována a seznámena s chodem oddělení. Druhý den matka poučena a nosí 1 ml VMM denně. Třetí den se matka učí měřit tělesnou teplotu, přináší okolo 5 ML VMM a také poprvé klokánkuje. V dalších dnech je matka aktivně zapojena do ošetrovatelské péče, provádí dechové rehabilitace, klokánkuje a má zájem, co nejdříve to bude možné, o pobyt s dítětem společně na pokoji s plnou individualizovanou péčí.

Dne 28. 1. 2017 v 34+0 překlad z JIP na IMP. Váha 2080g, délka 42 cm. Enterální výživa VMM, CMM, PMF v dávkách 42 ml 8x denně. Mléko je podáváno gastrickou sondou, savičkou a matka také kojí. Od 34+2 matka s dítětem přeložena na pokoj

s individualizovanou péčí. Matka je samostatná přebaluje, krmí, ošetřuje, koupe, převléká, provádí dechové rehabilitace, poctivě cvičí s rehabilitační sestrou a klokákuje.

4. 2. 2017 v 35+0 váha 2440 g, délka 44 cm. Přesun na postýlku s babysense. Maminka péči zvládá. Dávku mléka pokrývá. Holčička dobře prospívá. Dne 23. 2. 2017 propuštění do domácí péče. Matka byla edukována v péči o dítě a také o návštěvách lékařů.

4.8 Diskuze

Cíl 1 : zmapovat implementované prvky individualizované péče na JIP

K tomuto cíli se vztahovaly otázky 6,8

Jako první cíl jsem si stanovila zmapovat implementované prvky individualizované péče. Otázka č 6 se zabývala prvními doteky miminka, které jsou pro děti i matky velmi důležité a každá respondentka první doteky prožívala jindy a jinak. Hypotézy jsem si nestanovila žádné, ale předpokládala jsem, že většina matek měla kontakt se svým dítětem hned po porodu. Můj předpoklad se z části vyplnil. Respondentky po vaginálním porodu, až na jednu, měly kontakt se svým dítětem ihned v den porodu, naopak respondentky po porodu císařským řezem měly první kontakt až následující den. První kontakt matky s dítětem je zásadním a velmi důležitým bodem individualizované péče, který je však ovlivněn mnoha faktory týkajícími se zdravotního stavu matky i dítěte. Dle mého názoru, by měla mít každá matka možnost si své dítě pohladit nebo se na něj alespoň podívat přes inkubátor, ale není to vždy možné, a to může vést ke zhoršení psychického stavu matky i dítěte.

Otázka č 8 se zabývala prvním klokánkováním. Výsledky u této otázky byly podobné jako u předchozí, jelikož klokánkování také závisí na zdravotním stavu matky i dítěte. Dle mého výzkumu, matky, jejichž děti byly v dobré kondici, klokánkovaly v den porodu nebo následující den, naopak děti v horším zdravotním stavu až po týdnů od porodu.

Cíl 2: zmapovat úroveň spolupráce, zapojování do péče a podpory rodičů předčasně narozených dětí

K tomuto cíli se vztahovaly otázky 5,7, 9,10,11,12,13

Spolupráce rodičů a zdravotnického personálu v péči o předčasně narozené dítě je dle mého názoru velmi důležitá. Základem spolupráce je umožnění matkám navštěvovat jednotku intenzivní péče co nejčastěji. Ve výzkumu respondentky po vaginálním porodu uvádějí, že jim bylo umožněno své dítě navštívit ihned v den porodu a respondentky po císařském řezu navštívily své dítě následující den po porodu, z důvodu operačního zákroku.

Návštěvy jsou povoleny také otcům. Některé respondentky uvedly, že jejich dítě navštěvovali také prarodiče či sourozenec. Návštěvy členů rodiny jsou však omezeny z důvodu malého prostoru na jednotce intenzivní péče a také možnosti zanesení infekce.

V dnešní době je zapojování rodičů do péče o jejich předčasně narozené děti v perinatologických centrech velmi podporováno. Matky dochází za svými dětmi v pravidelných intervalech každé 3 hodiny. Některé matky po propuštění z oddělení šestinedělí využívají také možnosti ubytování na nových pokojích, které jsou určeny pro matky předčasně narozených dětí, a byly vybudovány v Krajské nemocnici Tomáše Bati v letošním roce. V Krajské nemocnici byly též vybudovány pokoje, ve kterých může být ubytována matka s dítětem, které je již stabilnější, ale pořád potřebuje intenzivní péči. Výhodou těchto pokojů je, že jsou matky 24 hodin denně se svými dětmi a plně se jim věnují za pomoci zkušené sestry. Matkám docházejícím na JIP i matkám ubytovaným spolu se svým dítětem je umožněno děti přebalovat, měřit teplotu, klokánkovat, později i krmit sondou. Některé respondentky uvádí, že jim bylo umožněno účastnit se invazivních výkonů u jejich dětí, některým to umožněno nebylo, a to podle mého názoru z důvodu vykonat výkon ve sterilním prostředí nebo z důvodu, že by to mohlo matce psychicky uškodit.

Každá těhotná žena si představuje, že porodí v termínu zdravé miminko, které si brzy odveze domů, proto je předčasný porod pro ženu těžkou a neočekávanou událostí a je důležité tyto matky psychicky podpořit. Ve výzkumu jsem se ptala respondentek, co pro ně bylo největší psychickou oporou v této těžké situaci. Z výzkumu vyplynulo, že největší psychickou oporou byl partner, rodina a kamarádky. Jedna respondentka uvedla zdravotnický personál a další respondentka uvedla knihy o nedonošených dětech. Respondentka R3 uvedla, že jí velmi pomohl psycholog, který by měl dle mého názoru navštěvovat tyto matky pravidelně. Myslím si, že si o jeho pomoc ženy samy neřeknou, protože se stydí. Z tohoto důvodu by jim měly být jeho služby pravidelně nabízeny.

Cíl 3: zjistit zda je rodičům poskytován dostatek informací a co očekávají od zdravotnického personálu

K tomuto cíli se vztahovali otázky 2,3,4,14,15

Třetím cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda je rodičům poskytován dostatek informací a co očekávají od zdravotnického personálu. Poskytnout rodičům dostatek informací je velmi důležité. Zjišťovala jsem, kdy jim byly podány první informace a zda byly srozumitelně formulovány. Dále jsem se dotazovala na nejvýznamnější zdroj informací o předčasně narozených dětech. Všechny matky uvedly, že jim byly podány informace o jejich dítěti ihned po porodu, respondentkám po císařském řezu byly

informace sděleny ihned po probuzení z narkózy. Respondentky uvedly, že informace byly formulovány srozumitelně a pokud něčemu nerozuměly tak se doptaly. Přepokládala jsem, že v dnešní době uvedou respondentky jako hlavní zdroj informací o předčasně narozených dětech internet. Velmi mě potěšilo, že tomu tak nebylo a všechny respondentky uvedly jako odpověď zdravotnický personál, který je dle mého názoru důvěryhodnějším zdrojem informací. Internet se objevil pouze jedenkrát, respondentky dále uvedly knihy o nedonošených dětech a také ostatní maminky předčasně narozených dětí, které si mezi sebou vyprávěly zkušenosti, zážitky, předávaly dál informace a navzájem se podporovaly.

Dále jsem se zaměřila na to, co očekávají matky předčasně narozených dětí od zdravotnického personálu. Z výzkumu jasně vyplynulo, že respondentky očekávají od zdravotnického personálu jen věci, které by dle mého názoru měly být samozřejmostí pro každého zdravotnického pracovníka a to je optimismus, empatie, ochota, precizně odvedená práce, odborné znalosti a především láskyplné chování k dětem.

Na konci rozhovoru mě zajímalo, zda existuje něco, co by respondentky změnilo, nebo co se jim nelíbilo při pobytu na neonatologickém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Musím podotknout, že jsem byla velmi překvapená, jak moc pozitivní odezvu jsem od respondentek získala. Respondentky měly jen pár drobných výhrad, například ke stravě nebo k návštěvním hodinám, toto jsou však body, u kterých se nezavděčíme všem. Jako jedinou věc, kterou bych dle poznámky jedné repondentky změnila, je již zmíněné poskytování psychologické pomoci všem matkám předčasně narozených dětí. Tato pomoc, jak respondentka uvedla, jí velmi pomohla vyrovnat se s těžkou situací předčasného porodu a péčí o předčasně narozené dítě.

V druhé polovině teoretické části bakalářské práce byla uvedena kazuistika, která může napomoci k lepšímu pochopení individualizované péče. Je zde popsán celý pobyt holčičky i s maminkou na neonatologickém oddělení KNTB. Na tomto příkladu můžeme vidět, jak důležité je aktivní zapojení matky do péče o předčasně narozené dítě. Holčička se narodila ve 28 t. g., matka byla trvale hospitalizována a často za ní docházela. Byla zapojena do péče o svoji holčičku. Využívala veškerých možných metod individualizované péče, které jí byly umožněny. Tato matka byla jednou z prvních, které využily možnost pobytu společně se svým dítětem na pokoji s individualizovanou péčí, které jsou novinkou v Krajské nemocni Tomáše Bati ve Zlíně. Myslím si, že možnost zapojení matky do péče o její dceru, zlepšování zdravotního stavu a přibývání na váze, bylo to hlavní, co udržovalo tuto respondentku v dobré a aktivní náladě. Pro holčičku bylo zajisté také velmi přínosné,

že mohla trávit co nejvíce času se svojí matkou, která se věnovala jen jí. Proto doufám, že se systém individualizované péče bude dále rozvíjet i v jiných nemocnicích a pomáhat tak předčasně narozeným dětem i jejich rodičům zvládat tuto nepředstavitelně těžkou životní situaci.

5 ZÁVĚR

Tato práce se zaměřuje na individualizovaný systém péče o předčasně narozené děti hospitalizované na jednotce intenzivní péče. V teoretické části jsem popsala předčasný porod, jeho příčiny, diagnostiku a léčbu. Dále jsem zde uvedla rozdělení předčasně narozených novorozenců dle gestačního věku, porodní hmotnosti a dle zralosti. Dále jsem popsala nezralého novorozence a uvedla vymezení hranice viability. V další části je popsána péče o předčasně narozené novorozence, ve které jsem uvedla perinatologická centra v České republice, ošetření nezralého novorozence a průběh hospitalizace na JIP, klokánkování, bazální stimulaci, polohování, péče o kůži, vyprazdňování a výživu. Konec teoretické části je věnován systému péče NIDCAP, péči se zaměřením na rodinu a projektu „Malé mimi“.

V praktické části jsem si stanovila tři hlavní cíle. Prvním cílem bylo zmapovat implementované prvky individualizované vývojové péče na jednotce intenzivní péče pro novorozence. Při dotazování i v kazuistice jsem dospěla k tomu, že matkám předčasně narozených dětí byl umožněn první kontakt ihned v den porodu, případě SC následující den. Nejčastějším kontaktem bylo hlazení nebo klokánkování. Dalším důležitým prvkem individualizované péče je umožnění návštěv. Respondentky uvedly, že jejich děti navštěvoval nejčastěji tatínek, ale také i prarodiče či sourozenec.

Druhým cílem bylo zmapovat úroveň spolupráce, zapojování do péče a podpora rodičů předčasně narozených dětí. Rodiče jsou do péče o své děti aktivně zapojováni. Matky pravidelně každé tři hodiny dochází na JIP ošetřovat své děti. Matky novorozence přebalují, měří jim teplotu, klokánkují, později i krmí a koupou. Matky ubytované se svými dětmi na pokojích s individualizovanou péčí se o své děti starají s pomocí kvalifikované sestry.

Jako největší psychickou oporu udávaly respondentky své partnery a rodinu. Za velmi důležitou psychickou podporu matek v tak těžké životní situaci bych uvedla jako doporučení pro praxi podporu psychologa, která by měla dle mého názoru být nabízena matkám předčasně narozených dětí opakovaně, v mém výzkumu ji bohužel uvedla jen jedna respondentka. Matky se často bojí si o pomoc říct, a proto bychom ji měli automaticky poskytovat.

Třetím cílem bylo zjistit, zda je rodičům poskytován dostatek informací a co očekávají od zdravotnického personálu. Z výzkumu vyplynulo, že rodiče dostávají dostatek

srozumitelných informací. Dle respondentek byl nejdůležitějším zdrojem informací zdravotnický personál. Očekávání rodičů jsou jasná, nejvíce si přejí, aby se o jejich děti staral vzdělaný personál, který je empatický, vstřícný a chová se láskyplně k dětem a rodičům, dodá klid, dobrou náladu a pochopení. Jako velmi pozitivní zjištění bych uvedla to, že všechny matky hospitalizovaných dětí v KNTB byly velmi spokojeny s ošetrovatelskou péčí a systémem péče v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně což je důkazem toho jak kvalitní péče je zde poskytována.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. 2., upr. Vyd. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2253-8.

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

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-560-0.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

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

JANÁČKOVÁ, Laura, Lumír KANTOR a Petr JEHLIČKA. *Maličké miminko: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí*. V Brně: Grifart, 2015. ISBN 978-809-0618-527.

JANOTA, Jan a Zbyněk STRAŇÁK. *Neonatologie*. 1. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2994-0.

LUDINGTON-HOE, Susan. *Kangaroo Care: The Best You Can Do to Help Your Preterm Infant*. New York: Bantam Books, 1993. ISBN 9780307813381.

ROZTOČIL, Aleš a kol.. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1. Brno: dvpz Brno, 1996. ISBN 80-7013-230-2.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 269 s. ISBN 9788024733739.

TROUPOVÁ, Jitka a Milan HANZL. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2010. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-8982-6.

Články:

BAŤOVÁ, Jitka. Ošetrovatelská péče o nedonošeného novorozence. *Sestra*. Praha, 2007, **3**, 54. ISSN 1210-0404.

DVOŘÁKOVÁ, Jitka. Specifikace enterální a parenterální výživy v neonatologii. *Farmi News*. Praha, 2010, **2**, 20 – 22.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v neonatologii. *Sestra*. Praha, 2012, **3**, 43 – 44. ISSN 1210-0404.

HANDLOVÁ, Zuzana a Terezie JEŽOWICZOVÁ. Péče o kůži nedonošeného dítěte. *Sestra*. Praha, 2013, **9**, 38. ISSN 1210-0404.

MACKO, Josef. Současné možnosti individualizace péče o nezletilého novorozence. *Neonatologické listy*. Praha, 2015, **21**(2), 25. ISSN 1211-1600.

MAGUROVÁ, Dagmar a Jana BODÍKOVÁ. Kangaroo Care a jeho uplatnění v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. Praha, 2009, **19**(5), 40 – 42. ISSN 1210-0404.

ZLATOHLÁVKOVÁ, Blanka. Právo a etika na hranicích životaschopnosti plodu a novorozence. *Neonatologické listy*. Praha, 2008, **14**(1), 3 – 4. ISSN 1211-1600.

Letáky:

KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI. *Režim na novorozenecké JIP*. Zlín: Neonatologické oddělení, 2016.

Elektronické zdroje:

Fakultní nemocnice Brno. *Podpora přirozené výživy novorozence* [online]. Brno: Fakultní nemocnice Brno, 2017 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/podpora-prirozene-vyzivy-novorozence/t5527>

Malé mimi. *Pomáháme předčasně narozeným dětem* [online]. Zlín: PRIA, 2015 [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <http://malemimi.cz>

Nedoklubko. *Přístroje na JIP* [online]. Nové Veselí: Nedoklubko, 2011 [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <http://nedoklubko.cz/2011/04/14/pristroje-na-jip/>

Oficiální stránky města Zlína. *Malé Mimi – už funguje* [online]. Zlín: statutární město Zlín, 2017 [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <https://www.zlin.eu/male-mimi-uz-funguje-aktuality-3466.html>

Perinatologie. *Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny* [online]. MEDIMA.cz, 2017 [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/seznam-pracovist.php>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CPAP - continuous positive airway pressure

CRP – C reaktivní protein

ČR – Česká Republika

i.m - intramuskulárně

i.v.- intravenózně

JIRP, JIP - Jednotka intenzivní a resuscitační péče

KNTB – Krajská nemocnice Tomáše Bati

NIDCAP- Newborn individualized developmental care

t. g. – týden gestace

VMM – vlastní mateřské mléko

CMM – cizí mateřské mléko

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Dle gestačního věku.....	17
Tabulka 2: Dle porodní hmotnosti	17
Tabulka 3: Dle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku.....	17
Tabulka 4: Dle zralosti.....	18
Tabulka 5: Doporučení pro resuscitaci a zahájení intenzivní péče u dětí narozených na hranici viability.....	19
Tabulka 6: složení výzkumného vzorku	35
Tabulka 7: První informace o dítěti	37
Tabulka 8: Srozumitelnost informací	38
Tabulka 9: Zdroje informací	39
Tabulka 10: První návštěva dítěte.....	39
Tabulka 11: První doteky.....	40
Tabulka 12: Navštěvování na JIP rodinnými příslušníky	40
Tabulka 13: Klokánkování.....	41
Tabulka 14: Docházení na JIP	42
Tabulka 15: Zapojování do péče.....	43
Tabulka 16: Přítomnost matek u invazivních výkonů	43
Tabulka 17: Pobyt matky spolu s dítětem na pokoji.....	44
Tabulka 18: Psychická opora matek	45
Tabulka 19: Očekávání matek od zdravotnického personálu	45
Tabulka 20: Spokojenost matek v KNTB Zlín	46
Tabulka 21: Propuštění do domácí péče	47

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Otázky k rozhovorům pro matky:

PŘÍLOHA P II: Fotografie pokoje s individualizovanou péčí v KNTB Zlín

PŘÍLOHA P III: Fotografie pokoje pro matky hospitalizovaných novorozenců na JIP

PŘÍLOHA P IV: Žádost o umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P I: Otázky k rozhovorům pro matky:

1. Kolik je vám let?
2. Kolikrát jste byla těhotná?
3. V kolikátém týdnu jste porodila?
4. Jakým způsobem jste porodila?
5. Jaká byla porodní hmotnost a délka miminka?
6. Kdy jste dostala první informace o miminku?
7. Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?
8. Co pro vás bylo nejvýznamnějším zdrojem informací?
9. Kdy jste poprvé navštívila vaše miminko?
10. Kdy jste se poprvé miminka dotkla a jak?
11. Navštěvoval Vaše miminko někdo další z rodiny již na JIP ?
12. Kdy jste poprvé klokánkovala?
13. Jak často jste miminko navštěvovala?
14. Byla jste po propuštění z ženského oddělení hospitalizovaná na neonatologickém oddělení?
15. Jak jste se zapojovala do péče?
16. Byla jste přítomna u invazivních výkonů? (např. kanylace centrálního žilního vstupu, intubace, atd.)
17. Od kolikátého týdne jste měla miminko u sebe?
18. Co pro Vás bylo největší psychickou oporou?
19. Co je pro Vás nejdůležitější u zdravotnického personálu?
20. Byla jste v rámci hospitalizace s něčím nespokojená? Co by jste na oddělení změnila?
21. Po jaké době jste byla i s miminkem propuštěna domů?

PŘÍLOHA P II: Fotografie pokoje s individualizovanou péčí v KNTB Zlín




Zdroj: www.zlin.eu

PŘÍLOHA P III: Fotografie pokoje pro matky hospitalizovaných novorozenců na JIP



Zdroj: www.zlin.eu

PŘÍLOHA P IV: Žádost o umožnění přístupu k informacím

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

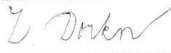
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti v průběhu realizace odborné praxe pro níže uvedenou studentku. V rámci ukončení studia studenti 3. ročníku zpracovávají bakalářskou práci, jejíž součástí je i empirická část. K realizaci této části studentka potřebuje přístup k informacím z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studentku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka.

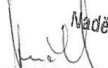
Téma bakalářské práce	Systém péče o předčasně narozené děti na JIP
Termín konání odborné praxe	6.2 – 24.2.2017
Pracoviště	KNTB Zlín / Novorozenecká JIP
Metoda výzkumného šetření	Kazuistika
Skupina respondentů	Předčasně narozený novorozenec a jeho matka
Autor bakalářské práce	Leona Benadová
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Martina Králíková

Děkujeme za spolupráci.

Ve Zlíně dne 6.2.17

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd


Razítko a podpis zástupce zařízení