ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019 **Nikola Šejvarová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Nikola Šejvarová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

INFORMOVANOST RODIČŮ O SPECIFIKÁCH PÉČE U NOVOROZENCŮ HOSPITALIZOVANÝCH NA JIP A JIRP

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

PLZEŇ 2019

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2018/2019**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Nikola ŠEJVAROVÁ**
Osobní číslo:	**Z16B0071P**
Studijní program:	**B5349 Porodní asistence**
Studijní obor:	**Porodní asistentka**
Název tématu:	**Informovanost rodičů o specifikách péče u novorozenců hospitalizovaných na JIP a JIRP**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování:

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce:

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

Seznam odborné literatury:

- DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. Neonatologie. 2. upr. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 118 str. ISBN 978-80-246-2253-8.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, Ivo BOREK a kol. Intenzivní péče o novorozence. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 447 str. ISBN 978-80-7013-547-1.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, Michal KLIMOVIČ a kol. Péče o kriticky nemocné dítě. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 414 str. ISBN 80-7013-427-5.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Hodnotící metodiky v neonatologii. 2. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 112 str. ISBN 978-80-7013-560-0.
- PETRAGLIA, Felice, Jerome F STRAUSS, Gerson WEISS a Steven G GABBE. Preterm Birth: Mechanisms, Mediators, Prediction, Prevention and Interventions. 1. vyd. Londýn: CRC Press, 2007. 212 str. ISBN 9780415392273.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Kristina Janoušková**
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. března 2019**

PhDr. Lukáš Štich
děkan

L.S.

PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. února 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2019.

……

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Nikola Šejvarová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Informovanost rodičů o specifikách péče u novorozenců hospitalizovaných na JIP a JIRP

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

Počet stran – číslované: 84

Počet stran – nečíslované: 29

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: JIP – JIRP – neonatologie – ošetřovatelská péče – nedonošený novorozenec

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřená na míru informovanosti rodičů novorozenců, kteří byli hospitalizováni na oddělení JIP nebo JIRP. Teoretická část pojednává především o nemocných a nezralých nově narozených dětech. V jednotlivých kapitolách je blíže přiblížen vývoj neonatologie a ošetřovatelská péče na jednotkách intenzivní péče. Důležitá je nejen pomoc těmto nejmenším pacientům, ale i vztah a přístup k jejich rodičům. Cílem praktické části je zjistit, zdali informace podané zdravotnickým personálem jsou pro ženy dostačující a také přijít na to, jaké mají povědomí o péči, která je poskytovaná jejich dětem na těchto odděleních. Práce má poukázat na to, jak na matky těchto novorozenců působila jednotlivá zdravotnická pracoviště. Dle mého výzkumu je většina respondentek spokojena s péčí poskytnutou nemocnicí a s možnostmi, které jim oddělení nabídlo. Téměř polovina žen uvádí jako problém nedostatek informací. Nejvíce postrádají znalosti v oblasti kojení, které jim nebyly na oddělení předány.

Abstract

Surname and name: Nikola Šejvarová

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Awareness of parents about the specifics of care for hospitalized newborns at neonatal intensive care units

Consultant: PhDr. Kristina Janoušková

Number of pages – numbered: 84

Number of pages – unnumbered: 29

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 31

Keywords: NICU – neonatology – nursing care – premature newborn

Summary:

This bachelor thesis is focused on the level of awareness of parents of newborns who were hospitalized in the ICU or neonatal ICU department. The theoretical part deals mainly with sick and immature newborn children. Individual chapters in this thesis describe the development of neonatology and nursing care in NICUs. It is not only vital to help these smallest of patients, but also the relationship and attitude towards their parents. The aim of the practical part is to discover what specific knowledge and perception do women have of the care being provided for their children is in these departments and to come to conclusion, wheter the information provided by the medical staff is sufficient enough. The intent of this thesis is to examine and describe how mothers of these newborns were treated by individual health care facilities. According to the research, most mothers are satisfied with the care provided by the hospital and with the possibilites offered by the department. Almost half of women, however, report a lack of information received, which they view as a problem. They mostly lack adequate breastfeeding knowledge which is rarely passed on by the department.

Předmluva

Současný svět poskytuje mnoho možností a tudíž i ve zdravotnictví se dostává neustálým pokrokům. Vývojem prošla i ošetřovatelská péče o nezralé a nemocné novorozence. To především na oddělení JIP a JIRP, kde je tato péče velice specifická. Aby bylo dosaženo co největší kvality, musí být o tyto nejmenší pacienty postaráno 24 hodin denně. Důležité je udržovat denní biorytmus a zajistit, co nejlepší prostředí pro jejich vývoj. K tomu přispívá i kooperace zdravotníků s rodiči. Mým cílem bylo zmapovat, jaké metody a specifika v ošetřovatelské péči se praktikují v jednotlivých zařízeních a jakým způsobem se přistupuje k rodičům hospitalizovaných novorozenců. Odpovědi dotazovaných respondentek by měly posloužit k tomu, aby se mohly odstranit nedostatky, které matky uvedly. Čím více se budeme snažit rodičům porozumět a pomoci jim, tím lepší zajistíme podmínky pro správný vývoj dítěte, jak po zdravotní, tak po psychické stránce.

Poděkování

Mé poděkování patří především vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Kristině Janouškové za její přínosné rady, poskytnuté zkušenosti a také za ochotu a čas, který mi věnovala. Velice si cením též trpělivosti a podpory od mé rodiny. V neposlední řadě vřelé díky zasluhují maminky nedonošených dětí, na základě jejichž odpovědí, mohla být sestavena praktická část této bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ 11
SEZNAM TABULEK 12
SEZNAM ZKRATEK 13
ÚVOD 14
TEORETICKÁ ČÁST 16
1 ZÁKLADNÍ NEONATOLOGICKÉ POJMY 16
1.1. Klasifikace novorozence 16
1.1.1. Klasifikace dle gestačního věku 16
1.1.2. Klasifikace dle porodní hmotnosti 16
1.1.3. Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku 17
1.1.4. Klasifikace dle zralosti 17
1.2. Hodnocení poporodní adaptace 17
1.3. Fyziologický novorozenec a známky zralosti 18
1.4. Nedonošený novorozenec a známky nezralosti 19
1.5. Komplikace předčasně narozených dětí 20
1.5.1. Syndrom dechové tísně 20
1.5.2. Bronchopulmonální dysplazie 21
1.5.3. Otevřená tepenná dučej 21
1.5.4. Nekrotizující enterokolitida 22
1.5.5. Žloutenka 22
1.5.6. Infekce 22
1.5.7. Anémie 23
1.5.8. Krvácení 23
1.5.9. Osteopatie a retinopatie 24
2 NEONATOLOGIE V ČR DŘÍVE A DNES 25
2.1. Statistika 27
3 PROSTŘEDÍ JIP A JIRP 28
3.1. Personál 28
3.2. Zajištění tepelných ztrát a vhodného prostředí 28
3.2.1. Interní klima 28
3.2.2. Historie a současná podoba inkubátorů 29
3.2.3. Vyhřívané lůžko 32

3.3. Péče o hospitalizovaného novorozence 32
3.3.1. Koupel, manipulace a polohování 32
3.3.2. Pozitivní doteky 34
3.3.3. Něžná péče 35
3.3.4. Péče zaměřená na vývoj 35
3.3.5. Péče o novorozence v inkubátoru 36
3.4. Výživa 37
3.4.1. Enterální a parenterální výživa 37
3.4.2. Alternativní metody krmení 39
3.4.3. Kojení a jeho výhody 40
3.5. Rodiče nedonošených novorozenců 41
3.5.1. Pocity při předčasném narození dítěte 41
3.5.2. Pomoc zdravotního personálu 41
3.5.3. Sdělení nepříznivé diagnózy 42
3.5.5. Péče zaměřená na rodinu 43
PRAKTICKÁ ČÁST 45
4 FORMULACE PROBLÉMU 45
5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY 45
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU 46
7 METODA SBĚRU DAT 47
8 ORGANIZACE VÝZKUMU 47
9 ANALÝZA ÚDAJŮ 48
10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ 88
11 DISKUZE 93
12 ZÁVĚR 97
13 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY
14 SEZNAM PŘÍLOH

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Věk dotazovaných matek 48
Graf č. 2 – Počet těhotenství a porodů matek hospitalizovaných novorozenců 49
Graf č. 3 – Příčiny předčasného porodu 50
Graf č. 4 – Příčiny hospitalizace 52
Graf č. 5 – Odpovědi jiné 52
Graf č. 6 – Týden porodu 54
Graf č. 7 – Podíl dvojčat a jednočetné gravidity 55
Graf č. 8 – Vícečetné těhotenství 55
Graf č. 9 – Hmotnost novorozenců 57
Graf č. 10 – Místa hospitalizace novorozenců 58
Graf č. 11 – Den první návštěvy 59
Graf č. 12 – Metody prvního kontaktu s novorozencem 60
Graf č. 13 – Četnost návštěv 62
Graf č. 14 – Vztah s všeobecnou sestrou nebo porodní asistentkou 65
Graf č. 15 – Možnosti oddělení 66
Graf č. 16 – Klokánkování 67
Graf č. 17 – Zapojení matek do péče o dítě 68
Graf č. 18 – Odpovědi jiné 69
Graf č. 19 – Metody výživy novorozenců 70
Graf č. 20 – Alternativní metody krmení 71
Graf č. 21 – Podpora kojení 72
Graf č. 22 – Formy předávání informací ohledně péče o novorozence 75
Graf č. 23 – Odpovědi jiné 76
Graf č. 24 – Spokojenost s péčí 80
Graf č. 25 – Nedostatek informací 82
Graf č. 26 – Délka pobytu na oddělení JIP/JIRP 83
Graf č. 27 – Návštěvnost centra vývojové péče 84
Graf č. 28 – Doba od propuštění 85
Graf č. 29 – Odpovědi jiné 86

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Odpovědi jiné 51
Tabulka č. 2 – Pocity matek při první návštěvě 61
Tabulka č. 3 – Vztah s lékaři 63
Tabulka č. 4 – Edukace matek 73
Tabulka č. 5 – Zkušenosti s oddělením JIP/JIRP 76
Tabulka č. 6 – Místa porodu 78
Tabulka č. 7 – Zdravotní stav novorozenců 86

SEZNAM ZKRATEK

ABKM – alergie na bílkovinu kravského mléka

ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

BPD – bronchopulmonální dysplázie

CMV – cytomegalovirus

CNS – centrální nervová soustava

CPAP (continuous positive airway pressure) – kontinuální přetlak v dýchacích cestách

ELBW (extremely low birth weight) – extrémně nízká porodní hmotnost

FGR – růstová restrikce plodu

GDM – gestační diabetes mellitus

GIT – gastrointestinální trakt

JIP – jednotka intenzivní péče

JIRP – jednotka intenzivní a resuscitační péče

LBW (low birth weight) – nízká porodní hmotnost

NICU (neonatal intensive care unit) – novorozenecká jednotka intenzivní péče

pO_2 – parciální tlak kyslíku

PPROM (preterm prelabor rupture of membranes) – předčasný odtok plodové vody

RTG – rentgenové vyšetření

tj. – to jest

tzv. – takzvaně

USG – sonografické vyšetření

VLBW (very low birth weight) – velmi nízká porodní hmotnost

WHO (World Health Organization) – Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Medicína se musela neustále vyvíjet, aby došla až do té dnešní podoby. Nové poznatky a zkušenosti umožňují zdravotníkům poskytovat kvalitní péči i velice nedonošeným a nemocným novorozencům. Životní styl i prostředí způsobují, že neustále dochází ke vzniku komplikací a četnému výskytu předčasných porodů. Pro schopnost přežít mimo dělohu je v České republice stanovena hranice 24. týden těhotenství. Na základě této možnosti je oproti dřívějším dobám zachraňováno o mnoho více nezralých dětí. O ty nejmenší je postaráno na novorozeneckých oddělením JIP a JIRP. Důležité je ovšem si uvědomit, zdali je přednější záchrana života jedince nebo má přednost kvalita života dítěte. O tématiku týkající se nedonošených novorozenců se zajímám již delší dobu. Sama jsem si během své praxe vyzkoušela práci na oddělení novorozeneckého JIRP. Práci na jednotkách intenzivní péče považuji za psychicky náročnou, ale na druhou stranu mě tato zkušenost velice obohatila. Člověk si uvědomí, že vedle lékařské péče i pouhé jemné a láskyplné zacházení, těmto dětem napomáhá bojovat a upevňuje v nich pocit bezpečí a lásky, který potřebují pro svůj správný vývoj. Jelikož tito nejmenší pacienti neumí mluvit, je velice obtížné přijít na to, co je trápí. Proto je zásadní vytvořit si důvěrný a harmonický vztah s rodiči. Aby mohla být poskytovaná péče úspěšná a docházelo k prospívání novorozence, považuji za základ spolupráci lékařů, porodních asistentek nebo všeobecných sester s matkami a otci.

Tyto mé poznatky i to, že se od útlého věku ráda starám o malé i větší děti a mám k nim velmi vřelý vztah, mě dovedly až k samému tématu mé bakalářské práce. Zajímalo mne, zdali se takový postoj vyskytuje i v praxi. Rozhodla jsem se zaměřit především na rodiče dětí hospitalizovaných na JIP a JIRP, jejichž názor považuji za důležitý faktor při hodnocení kvality poskytované péče.

Před zpracováním teoretické části jsem si nejprve nechala ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje vyhledat rešerše. Samostatným bádáním na internetových stránkách www.google.com, za pomoci klíčových slov, které vystihují problematiku předčasně narozených dětí, jsem nalezla většinu použitých knih, na jejichž podkladě je zpracovaná má bakalářská práce.

Ve své bakalářské práci se snažím přiblížit vývoj neonatologie a jednotlivé metody využívané v ošetřovatelské péči. Zaměřuji se na rozdělení novorozenců. Dále jsem se

pokusila objasnit rozdíl mezi zdravým, donošeným jedincem a na druhé straně nezralým nedonošeným dítětem. Samostatná část věnuje pozornost rodičům a jejich potřebám a přístupu, který by jim měl být poskytnut.

Jelikož existuje v České Republice velké množství porodnic, od malých okresních až po velká perinatologická centra, mou snahou bylo získat porovnání jednotlivých pracovišť. Za cíl mého bádání jsem si stanovila zjistit, jak moc jsou matky informovány o péči poskytované na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče. Důvody, které vedly k hospitalizaci novorozence, se zabývám na začátku mého dotazníku. Dále bylo mou snahou přijít na příčinu vzniku komplikací. Další část výzkumného šetření je věnována vztahu a přístupu zdravotnického personálu k matkám. Abych mohla jednotlivá pracoviště porovnat, zeptala jsem se žen, jaké možnosti a metody jim byly v různých nemocnicích nabídnuty. V závěru dotazníku zjišťuji, zdali si děti nesou nějaké následky do života a zdali by si rodiče vybrali danou nemocnici znovu, kdyby si mohli vybrat.

Z výsledků šetření vyplývá, že by si měl zdravotnický personál snažit uvedené nedostatky zlepšit. Především je potřeba ženám předat více informací tam, kde si nejsou tak jisté. Důležité je mít trpělivost a klidně jim dané nejasnosti znovu zopakovat. V této situaci, která je nejen pro matky, ale i otce velice stresová a náročná, bychom se měli snažit postarat nejen o novorozence, jakožto o pacienty na oddělení, ale zabývat se jimi ve všech oblastech i s jejich rodiči. Z této práce si mohou převzít podstatné informace i rodiče, jež tato problematika zajímá nebo se jich přímo týká, při výběru zdravotnického zařízení.

„Nezáleží jen na rodičích a vychovatelích, ale na celé obci, jak se dítě vyvíjí.“ (Platón)

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ NEONATOLOGICKÉ POJMY

Neonatologie je medicínský obor vycházející z pediatrie. Zabývá se především novorozenci. Pečuje jednak o zdravé, ale i nedonošené, nemocné a velmi nezralé jedince. Česká neonatologie se svým neustálým zlepšováním kvality poskytované péče a inovováním léčebných postupů řadí mezi země s nejnižší neonatální mortalitou na světě. (Dort, Dortová, Jehlička a kol., 2013, str. 13-14)

1.1. Klasifikace novorozence

Novorozence lze po porodu zhodnotit a následně zařadit do příslušné skupiny. Každá má svá kritéria, na základě nichž je možno nově narozené děti rozdělit. Nejvíce se dnes využívají klasifikace dle gestačního věku, porodní hmotnosti a jejich vzájemného vztahu. V praxi se uplatňuje i neméně významná klasifikace dle zralosti. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, s. 23)

1.1.1. Klasifikace dle gestačního věku

Délka normálního fyziologického těhotenství se všeobecně stanovuje na 280 dnů, tomu odpovídá 40 ukončených týdnů a z toho plyne 10 lunárních měsíců. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 32)

- Nedonošený novorozenec – narozený před termínem porodu, tj. předčasně narozený novorozenec, gestační věk do 36 + 6 dokončených týdnů a dnů
- Donošený novorozenec – narozený v termínu porodu, to odpovídá gestačnímu věku od 37 + 0 do 41 + 6 dokončených týdnů a dnů
- Přenošený novorozenec – narozený po termínu porodu, gestační věk od 42 + 0 dokončených týdnů a dnů a starší

1.1.2. Klasifikace dle porodní hmotnosti

- Obrovský (makrosomní) novorozenec 4500 g a vyšší
- Novorozenec s normální porodní hmotností 2500 g – 4499 g
- Novorozenec s nízkou porodní hmotností (LBW) pod 2500 g
- Novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností (VLBW) pod 1500 g
- Novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností (ELBW) pod 1000 g

(Dort a kol., 2011, s. 14)

1.1.3. Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku

- Eutrofický novorozenec – porodní hmotnost odpovídá dosaženému gestačnímu stáří (AGA – appropriate for gestational age)
- Hypotrofický novorozenec – porodní hmotnost je nižší než hmotnost odpovídající gestačnímu stáří a pohybuje se pod 5. percentilem (SGA – small for gestational age)
- Hypertrofický novorozenec – porodní hmotnost nad 95. percentilem odpovídajícího gestačního stáří, tudíž vyšší než by se předpokládalo (LGA – large for gestational age)

(Roztočil a kol., 2017, s. 528)

1.1.4. Klasifikace dle zralosti

- Extrémně nezralý novorozenec – narozený do ukončeného 28. týdne gestace s hmotností do 999 gramů
- Velmi nezralý novorozenec – ten, který se narodí do 32. týdne gestace s hmotností 1000 – 1499 gramů
- Středně nezralý novorozenec – narozený do 34. týdne gestace s hmotností 1500 – 1999 gramů
- Lehce nezralý novorozenec – ten, který se narodí do 38. týdne gestace s hmotností 2000 – 2499 gramů

(Fendrychová, 2013, s. 12)

1.2. Hodnocení poporodní adaptace

Hodnocení poporodní adaptace zavedla americká anesteziolożka Apgarová v roce 1953, po níž nese název Apgar skóre. Stanovuje se u novorozence bezprostředně v první minutě po narození, následně po pěti minutách a s odstupem času po deseti minutách. Toto skóre nás informuje o tom, zdali novorozenec přechod do nového prostředí zvládne sám nebo potřebuje pomoc. Kontroluje se pět základních projevů dítěte. Každý z nich je ohodnocen 0 body, 1 bodem nebo 2 body. Součet bodů udává informace o celkovém stavu. První je srdeční frekvence, která by měla být u fyziologického novorozence vyšší než 100 tepů za minutu, pokud je nižší, odečte se jeden bod. Může nastat i moment, kdy fonendoskopem není slyšet nic, a proto se neudělí žádný. Jako druhý projev se hodnotí dechová aktivita. Za křik je udělen maximum bodů, méně za nepravidelné lapavé dýchání a nula při absenci dechu. Dále sledujeme svalový tonus. Na pokus o natažení horních i dolních končetin, by měl fyziologický novorozenec odpovědět pohybem rukou i nohou zpět do flekční polohy,

jestli tomu tak není a je tonus chabý anebo žádný, snížíme vždy hodnotu o jeden bod. Reakce na podráždění se projeví u dítěte, když se hýbe a pláče. V případě, že pohyb je nevýrazný a objevují se oslabené reakce grimasou, nelze udělit plný počet bodového ohodnocení. Poslední sledujeme barvu kůže na centrálních i periferních místech. Za fyziologii se považuje růžová barva. Akrocyanóza, může přetrvávat i déle. Bledé a cyanotické, ale nesmí být celé tělo a hlavička. Pokud celkové skóre je mezi 7 – 8 body, znamená to mírnou asfyxii. Střední asfyxie je při hodnocení 4 – 6 body. Pokud má novorozenec méně než 3, jedná se o těžkou asfyxii. (Fendrychová, 2013, s. 24) Ke vzniku asfyxie dochází na základě kombinace hypoxie (tj. nedostatečné zásobení organismu nebo jednotlivých tkání kyslíkem) a ischemie (tzv. nedostatečné prokrvení organismu). To vede k následné hypoxemii (pokles pO2), hyperkapnii (vzestup pCO2) a metabolické acidóze. (Straňák, Janota a kol., 2015, str. 90)

1.3. Fyziologický novorozenec a známky zralosti

Zralý, zdravý a fyziologický novorozenec má být narozen v termínu porodu. Váha by se měla pohybovat mezi 2500 – 4500 g a délka by měla odpovídat průměrně 50 cm. Normální hodnota tělesné teploty je okolo 36, 4 – 36, 8 °C, pokud měříme v axile. Obvod hlavičky je přibližně 34 cm. Dechová aktivita je o něco nižší než u dospělého člověka a činí průměrně 40 dechů/min. Srdeční aktivita je v rozmezí 100 – 160 tepů /min. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, s. 27)

Kůže zralého novorozence by měla být růžově zbarvená a na povrchu kryta mázkem. Pro další správný vývoj je potřeba i dobře vyvinutý tukový polštář. Na zádech mohou být po porodu viditelné zbytky lanuga (= jemné chloupky). Dalším znakem donošenosti jsou žlutobělavé tečky na nose zvané milia. V oblasti obličeje by se měly vyskytovat teleangiektázie. Pro zralého novorozence jsou typické jemné vlásky. Struktura ušních boltců se má vyznačovat správným tvarem, pevností a dobře vyvinutou chrupavkou. Dívčí genitál je zralý, pokud velké stydké pysky překrývají malé a u chlapců musí být sestouplá varlata. U donošenců nehty přesahují konce špiček prstů. Na celých ploskách nohou je na pohled viditelné rýhování. Mezi poslední projev zralosti patří dobře vyvinuté prsní areoly. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 215)

1.4. Nedonošený novorozenec a známky nezralosti

Nedonošený novorozenec je ten, který se narodí před termínem porodu. Porodní váha je nižší než 2500 g. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 28, 35) Tělesná teplota se pohybuje v rozmezí 36, 2 – 37, 2 °C. (Straňák, Janota a kol., 2015, str. 490) Různé stupně nezralosti odpovídají příslušnému týdnu těhotenství, ve kterém matka porodí. Celkově se tedy hodnotí vývin novorozenec při narození a posuzuje se především gestační věk. Záleží i na vývoji jednotlivých orgánových soustav a na tom, jakou mají schopnost pracovat samostatně mimo dělohu.

Nedonošenost a nezralost může mít různé příčiny. Velmi často se na důvod nepřijde. V některých případech je nezralost způsobena již během těhotenství, kdy matka vstoupí do gravidity s nějakou chorobou nebo onemocní v průběhu. Choroby, které mohou souviset s nezralostí dítěte, jsou diabetes mellitus, onemocnění srdce, infekce a mezi zdravotní potíže související s graviditou řadíme indukovanou hypertenzi a placentární abnormality. Mezi rizikové faktory patří i alkohol a drogy. Předčasný porod můžou zapříčinit i vrozené vývojové vady.

Kůže nedonošeného dítěte se výrazně liší od fyziologického svým tmavě červeným zbarvením, které je způsobeno malým množstvím podkožního tuku, odkrývající cévní kapiláry. Lanuga je mnohem více a častěji se objevuje olupování kůže. Chrupavky ušních boltců nedosáhly úplného vývinu a jsou měkké. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 215) Tvar hrudníku mají též rozdílný, je spíše užší a plošší a nejsou na něm zcela vyvinuty prsní areoly. Změna je i v umístění úponu pupečníku. U nedonošených novorozenců se nachází blíže k symfýze. Dívčí i chlapecký genitál nedosáhl konečné fáze vývoje. Velké stydké pysky u předčasně narozených ještě nepřekrývají malé stydké pysky. A u dětí mužského pohlaví varlata nejsou často sestouplá v šourku. Měkké nehty nezralých novorozenců nepřesahují konce prstů a u celých plosek chybí rýhování. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 28, 33-35)

Nezralí novorozenci potřebují čas na dozrání, proto se ve většině případů umisťují na jednotku intenzivní péče. Pokud se narodí dříve než ve 35. týdnu je třeba zajistit maturaci plic, jelikož nejsou plíce zralé. Důvodem je chybění surfaktantu, tj. látka snižující povrchové napětí, která napomáhá k fungování plicních alveolů. Pozornost by se měla věnovat i otvoru v srdeční přepážce, jehož uzávěr je zpomalen nedonošeností a musí se mu dopomoci léky. Organismus těchto novorozenců je velmi citlivý na infekci a má větší

náchylnost ke krvácení. Větší stupeň nezralosti také souvisí s nevyvinutým mozkem. Dbát se musí především na dostatečné zásobení kyslíkem ke správnému dozrání. Většina nedonošenců ještě není schopna sama pozřít mateřské mléko, tudíž jsou vyživováni pomocí sondy. Příčinou je nevyvinutý sací reflex. (Šimůnková, 2010, str. 71-74)

1.5. Komplikace předčasně narozených dětí

Předčasný porod nedonošeného dítěte s sebou přináší řadu zdravotních komplikací. Ty dělíme na krátkodobé a dlouhodobé. Komplikace spojené s nezralostí zvyšují míru mortality a morbidity. Čím dříve se dítě narodí, tím více přidružených problémů bude mít. (George T Mandy, 2017, online) Důležitý je u nezralých novorozenců vývoj plic. Aby mohlo dojít k samovolnému dýchání, musí být přítomen surfaktant. Pokud tato látka chybí, dochází k rozvoji syndromu dechové tísně a bronchopulmonální dysplazie. Mezi další nejčastější krátkodobé komplikace řadíme otevřenou tepennou dučej. Velmi často nedonošenci mají problém s trávením a funkcí střev a objevuje se u nich nekrotizující enterokolitida. S nezralostí souvisí i výskyt žloutenky, infekce a anémie nebo také nedostatek vápníku a sodíku. Problémy jsou i s hladinou cukru v krvi, která bývá vysoká nebo naopak velmi nízká. Mezi vzácné, ale přesto časté komplikace, se kterými se setkáváme, patří krvácení do mozkových komor nebo přímo do tkáně. (Bodnár, Gromská, str. 6) Předčasný porod způsobuje mimo jiné i vznik osteopatie a retinopatie. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 30-32)

Dlouhodobé komplikace jsou nejčastěji epilepsie, ADHD, dětská mozková obrna, malý vzrůst nebo chronické onemocnění. (Bodnár, Gromská, str. 6)

1.5.1. Syndrom dechové tísně

Syndrom dechové tísně se objevuje u nezralých novorozenců. Důvodem výskytu je nezralost plic a tím pádem i nedostatek surfaktantu. Tato látka snižuje povrchové napětí a má za úkol zabránit zkolabování plicních alveolů na konci výdechu. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 30)

Projevuje se ztíženým a zrychleným dýcháním (až 60-70 dechů/min). Dále se sníží hodnota saturace a zvýší se srdeční frekvence (160 úderů/min a více). (Dort a kol., 2011, str. 117) Při expiraci dochází ke gruntingu, tj. naříkavý výdech. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 30)

Z ošetřovatelské stránky musíme u novorozence pravidelně kontrolovat tělesnou teplotu, krevní tlak, puls, dýchání, diurézu, stolici, stravu a zbytky. Zaznamenáváme také ventilační parametry, saturaci, podané léky a infuze. (Dort a kol., 2011, str. 124)

Léčba se zaměřuje na stabilizaci dýchání a oběhu. Podstatné je udržení normoxémie a to pomocí ventilační podpory a přívodu kyslíku. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 30)

1.5.2. Bronchopulmonální dysplazie (dále jen BPD)

Bronchopulmonální dysplazie postihuje nezralé novorozence s porodní hmotností menší než 1500 g. Objevuje se v případech dlouhodobého léčení mechanickou plicní ventilací s přívodem kyslíku. Při tomto onemocnění je dítě závislé na dodání kyslíku. Poškození plic způsobuje umělá plicní ventilace, toxicita kyslíkem, infekce a nahromadění plicního sekretu. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 32)

Někteří novorozenci mající BPD potřebují dlouhodobou ventilaci plic, ale větší část můžeme posléze převést na podporu dýchání metodou CPAP (zachování spontánního dýchání novorozence a současný přívod dýchacích směsí dle potřeby) a poté na inhalační oxygenoterapii. (Dort a kol., 2011, str. 124-125)

Podstatou je udržování normoxémie (tzn. zachování pO_2 v arteriální krvi ve fyziologických hodnotách) a zajištění správné výživy, nezbytné pro růst i somatický vývoj. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 32-33)

1.5.3. Otevřená tepenná dučej

V mnoha případech u nedonošených dětí nedojde k uzavření tepenné dučeje nebo se může znovu otevřít. U plodu slouží tato spojka k vedení smíšené krve z plicnice do sestupné aorty a zajišťuje zásobení pro spodní část těla. Pokud zůstane po narození tepenná dučej otevřená, zapříčiní levopravý zkrat. To má za následek zvýšení průtoku v plicním řečišti, levé síni a komoře, aortě. Tím dojde k úniku krve ze systémového oběhu do plicnice. Hrozí tedy poškození ostatních orgánů a porušení jejich funkce. Negativní dopad to má na plíce, dojde k jejich překrvení a tím se naruší funkce. Následkem je potřeba prodloužené ventilační podpory a zvýšená potřeba kyslíku.

Projevuje se šelestem, zvýšenými pulzy na femorálních tepnách a zvětšením jater. Posoudit závažnost situace lze pomocí echokardiografického vyšetření. (Dort a kol., 2011, str. 153-154)

Léčba probíhá nejprve snížením přívodu tekutin a následuje farmakologická medikace. Pokud toto není účinné, musí se problém řešit chirurgickým podvazem tepenné dučeje. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 30-31)

1.5.4. Nekrotizující enterokolitida

Nekrotizující enterokolitida představuje infekční onemocnění střeva. Tato závažná choroba postihuje nejčastěji nedonošené novorozence v prvních týdnech života. Hlavním důvodem je nezralost střeva a ischémie její stěny, kde se uplatňují infekce. Z nich jsou to především Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis nebo Klebsiella.

Projevuje se viditelně napjatým a vzedmutým bříškem. Ve stolici lze často nalézt příměs čerstvé krve. Podávanou stravu novorozenec postupně přestane tolerovat, až dojde k nahromadění zbytků nestráveného mléka v žaludku. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 31) U dětí s touto diagnózou hrozí upadnutí do septického šoku. Mezi příznaky patří apnoické pauzy, pokles krevního tlaku nebo nestabilita tělesné teploty. (Dort a kol., 2011, str. 204) Za konečnou fázi nekrotizující enterokolitidy se považuje perforace střeva. Tu nám prokáže RTG vyšetření.

Léčba se zahajuje přechodem na parenterální výživu, širokospektrými antibiotiky a zajištěním vitálních funkcí. Do žaludku je zavedena dekompresní sonda, případně se zajistí ventilační nebo oběhová podpora. Pokud dojde k perforaci, musí dítě podstoupit chirurgický zákrok. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 31)

1.5.5. Žloutenka

Nezralost způsobuje až 80 % výskyt žloutenky u předčasně narozených dětí. Může být spojena s infekcí, jaterní lézí nebo je následkem poruch funkce gastrointestinálního traktu a vrozených poruch metabolismu. U nedonošených dětí se projeví nejčastěji mezi 24 hodinami až 2 týdny po narození. Zpozorovat ji můžeme při koncentraci bilirubinu okolo 80-120 umol/l. K detekci se využívá neinvazivní transkutánní ikterometr. Pro přesné určení hladiny je potřeba provést krevní odběr. Jako nejčastější metodou léčby využíváme modré světlo fototerapie. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 33-37)

1.5.6. Infekce

Již během těhotenství je plod ohrožen infekcemi, které mohou narušit jeho nitroděložní vývoj. Některé způsobují jeho odumření, ale s řadou z nich se dítě narodí a následky se

projeví až po porodu. Mezi prenatální infekce řadíme například CMV, syfilis, toxoplasmózu nebo lymskou boreliózu. Bakterie nebo viry přechází přes placentu od matky.

Další situace, kdy se novorozenec může infikovat, je porod. Vyvolání předčasného porodu patří mezi následky určité skupiny infekcí. Sem patří streptokoky skupiny B, kvasinky, chlamydie nebo například ureoplasmata urealyticum a stafylokoky.

Po porodu se nejčastěji dítě nakazí přes špatně umyté ruce personálu nebo při výkonech, u kterých se nedodrží sterilní prostředí. Přenašeči jsou i ostatní novorozenci a rodina. Jsou to respirační viry nebo gramnegativní střevní bakterie. Výskyt nozokomiální infekce novorozenců na jednotkách JIP a JIRP má nejčastěji na svědomí stafylococcus aureus.

Nutné je dodržování bariérového systému ošetřování. Ke každému novorozenci přistupujeme individuálně a před i po každém kontaktu si pečlivě dezinfikujeme ruce. (Dort a kol., 2011, str. 189- 195)

1.5.7. Anémie

Během III. trimestru běžně u fyziologického těhotenství dochází k transplacentárnímu přísunu železa plodu. Pokud se novorozenec narodí předčasně, zásoby jsou nižší a může postupem času dojít k nedostatku železa v organismu nedonošeného dítěte. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 30)

Mezi příčiny řadíme pokles tvorby erytropoetinu po porodu a sníženou proteosyntézu. Za vznik této nemoci mohou i časté krevní odběry.

Projevuje se bledostí kůže a sliznic. Snížené jsou hodnoty erytrocytů, hemoglobinu i hematokritu. (Dort a kol., 2011, str. 174)

Kontroluje se především barva kůže, krevní tlak, srdeční činnost a prokrvení končetin. (Dort a kol., 2011, str. 177)

1.5.8. Krvácení

Riziková doba pro výskyt krvácení je prvních 72 hodin po porodu. Až v 15 % se u nezralých novorozenců s velmi nízkou porodní váhou objevuje periventrikulární krvácení. Některá z nich jsou malého charakteru a většinou bezvýznamná. Nebezpečná jsou ta, která se rozšíří až do postranních komor nebo do mozkového parenchymu. USG vyšetření CNS napomáhá k objevení rozšiřujícího krvácení. Zapříčinit může i rychle zvětšující se obvod hlavy, doprovázený nepravidelnými neurologickými projevy nebo rozestup velkých švů či

napjetí velké fontanely. Tento problém se řeší zavedením zkratu. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 31)

1.5.9. Osteopatie a retinopatie

Zabránit nedostatečné mineralizaci kostí, která může hrozit u předčasného porodu, lze včasným podáním dostatečného množství vápníku, fosfátů a vitamínu D. Retinopatie způsobuje proliferativní změny a novotvorbu cév. Poškozuje nezralou vyvíjející se sítnici. Způsobit může až oslepnutí. Důležitá jsou pravidelná vyšetření oftalmologem. Předejít tomu lze řádně prováděnou oxygenoterapií. (Dort a kol., 2011, str. 139-140)

2 NEONATOLOGIE V ČR DŘÍVE A DNES

Obor neonatologie se v České republice začal rozvíjet o několik let později než ve světě. Zlepšující se kvalita péče a organizace přispěly ke snížení novorozenecké úmrtnosti. V 40. letech si odborníci začali uvědomovat, jak důležitá je mezioborová spolupráce mezi porodníkem a pediatrem. Již tehdy uznávali matku a dítě jako jeden biologický celek, který potřebuje mít pevný citový vztah. Velmi důležité bylo vzdělávání v péči o novorozence, které měly mít nejen matky, ale i sestry, porodní asistentky a lékaři. Zaměřeno bylo jak na fyziologii, tak na patologii. Do této doby bylo o patologické novorozence pečováno při dětských oddělení.

Až v roce 1949 byl v Brně otevřen první samostatný novorozenecký primariát. Cílem bylo především snížit úmrtnost a navýšit počet živě narozených a zdravých dětí. Po letech úspěšného snížení mortality začalo patnáctileté období zaostalosti v péči o matku a dítě. V této době společnost nepovažovala na smysluplné udržovat při životě těžce nezralé a nemocné novorozence. Tyto děti považovali pouze jako zátěž a celoživotní břemeno pro rodiny i celý národ.

Oddělení pro nedonošené děti se začala objevovat na počátku 60. let. Zpočátku nebyla péče o tyto pacienty na dobré úrovni. Parenterální výživa obsahovala pouze glukózu a sůl a oxygenoterapie byla špatně kontrolována.

První zmínky o ventilační podpoře pochází ze 70. let. Využívalo se jednak nepřetržitého pozitivního tlaku vzduchu (nazální CPAP) nebo distenzní terapie (pulmarka). Tyto metody dosáhly velkého úspěchu. Odborníci se proto snažili zachraňovat novorozence s co nejnižší porodní váhou. V roce 1978 vznikla samotná neonatologická sekce a poté i první jednotky intenzivní péče. V těchto letech položila základy i nová perinatologická centra.

V 90. letech došlo i na zlepšení přístrojového vybavení a kvality péče. Na novou techniku si personál dlouho zvykal a její obsluhování zabralo tolik práce, že na samotný kontakt s dítětem nezbyl čas. V klinické praxi se zavedly nové léčebné metody. Na oddělení JIP se zavedla týmová práce, do které k sestrám a lékařům přibyli i fyzioterapeuti.

Zlomem v roce 1990 bylo založení samostatné České neonatologické společnosti. Ustanovilo se 12 perinatologických center. O 5 let později se stanovila hranice viability (schopnost přežít mimo dělohu) na 24. týden těhotenství. Rozvoje se dočkala i ošetřovatelská péče, kdy sestrám bylo umožněno absolvovat zahraniční stáže. Prostředí na

oddělení intenzivních péčí prošla řadou změn. Cílem bylo zajistit klidné místo bez jakéhokoliv rušivého elementu. Inkubátory se zakrývaly tmavými přehozy pro lepší atmosféru, která napomáhala správnému vývoji dítěte. (Fendrychová, 2011, str. 14-19)

Neonatologie prošla řadou změn a zlepšováním, aby mohla dospět do té dnešní podoby. Využívá se nejmodernějších technologií. Patří sem invazivní a neinvazivní monitorování vitálních funkcí, pro novorozence s nevyzrálými plícemi jsou zde přístroje pro konvenční a nekonvenční ventilaci a přínosem je i přístroj na mimotělní membránovou oxygenaci. Aby nezralí novorozenci nemuseli být převáženi kvůli každému podrobnějšímu vyšetření odborníky z jiného oddělení, vyvinuly se rentgenové a ultrazvukové přístroje, umožňující diagnostiku u lůžka. Na vyšší úroveň se dostala i kvalita ošetřovatelské péče. Farmakoterapie se též stala modernější a velice významnou novinkou bylo zavedení aplikace exogenního surfaktantu.

Pro zajištění správného chodu je zapotřebí mezioborové spolupráce. Neonatologická jednotka intenzivní a resuscitační péče neboli JIRP poskytuje péči a zajišťuje léčbu nedonošeným a nemocným novorozencům již od 24. týdne těhotenství. (Dort a kol., 2011, str. 11-12) Toto oddělení je určeno pro nejzávažnější případy. Jsou zde hospitalizovaní těžce až extrémně nezralí novorozenci s porodní váhou 1 500g a méně. Mezi další komplikace patří těžké poruchy poporodní adaptace a život ohrožující stavy nebo hypotrofie. Na jednotku intenzivní a resuscitační péči se přijímají také novorozenci s vrozenými vývojovými vadami, vyžadující chirurgické řešení. (FN Plzeň, online) Pokud se stav zlepší, následuje přemístění na novorozeneckou JIP. Zde se pečuje o novorozence s lehčími a středně těžkými poruchami. (MZ ČR, 2013, str. 3-5) Komplexní péče je poskytována těm nejmenším od narození až do 44. týdne postkoncepčního věku. I po propuštění úspěšně uzdravených a dozrálých dětí, nabízejí následné ambulantní sledování v centru vývojové péče. Zde řada odborníků napomáhá vyřešit komplikace a vývojové problémy, které si s sebou do života někteří odnáší. Neonatologická oddělení pečují samozřejmě i o fyziologické novorozence. Důležitá je podpora a pomoc matkám v kojení. To vede i k získání titulu „Baby friendly hospital“, čímž se pyšní řada neonatologických pracovišť. (Dort a kol., 2011, str. 11-12)

Dnešní péče o těhotnou ženu a novorozence je rozdělena do 3 stupňů. Donošené a fyziologické děti nemající žádné nebo jen lehčí formy onemocnění, se rodí v běžných porodnicích. Druhým stupněm se stala intermediární oddělení, kam může žena přijít již od

32. týdne těhotenství nebo pokud váhový odhad plodu je 1500 g a více. Nejvíce specializovaná jsou perinatologická centra, kterých je v České republice celkem dvanáct. Patří sem převážně krajské a fakultní nemocnice. Péče je zaměřena na rizikové těhotenství a na předčasné porody od 24. týdne. Hlavním úkolem tohoto systému je zajistit, co nejlepší péči, jak pro těhotnou, tak pro plod a později nově narozené dítě. (Janáčková, Kantor, 2017, str. 46)

2.1. Statistika

Český statistický úřad udává statistiky počtu živě a mrtvě narozených novorozenců v České republice. V roce 2016 činil počet narozených dětí 113 083, z toho 112 663 živě. To bylo nejvíce za posledních šest let. Mezi lety 2015-2016 vzrostl počet mrtvě narozených o 22, tj. celkově 420. Srovnat můžeme počty narozených chlapců a dívek. V roce 2016 se narodilo více novorozenců mužského pohlaví. Na 100 narozených dívek v průměru tedy připadá 105, 51 chlapců.

Poslední sčítání bralo v úvahu i narození novorozenců s nízkou porodní hmotností. To jsou ti, kteří vážili méně než 2,5 kila. Těch bylo v roce 2016 celkově 7,5%. Tato hodnota narůstá především z důvodu, že se častěji vyskytují těhotné ženy starší než 35 let, vzrůstá i počet umělých oplodnění a začíná se objevovat více porodů vícečetných gravidit. (ÚZIS ČR, 2017, str. 7-8)

V roce 2016 byla celková hodnota živě narozených s porodní hmotností mezi 2 000g a 2500g 5439. Dětí s váhou nižší než 2 kila, ale vyšší než 1,5 kilo bylo o něco méně a to 1768. S velmi nízkou porodní hmotností pod 1500 g bylo 784 novorozenců a s extrémně nízkou porodní váhou se narodilo 494 dětí. (ÚZIS ČR, 2017, str. 30)

Novorozenecká úmrtnost v ČR patří mezi nejnižší na světě. Počet dětí, které v roce 2016 zemřeli do 4. týdnů po porodu je 192. Z toho časně do 1. týdne 133 a pozdně, tj. od 8. až do 28. dne po narození jich bylo 59. Mezi nejčastější příčiny patří respirační poruchy, krvácivé stavy nebo hematologické problémy, potíže související s nízkou porodní hmotností a zkrácením těhotenství. Vliv na mortalitu mají i vrozené vývojové vady. (ÚZIS ČR, 2017, str. 10)

3 Prostředí JIP a JIRP

Novorozenecké jednotky intenzivní a resuscitační péče jsou velice specializovaná nemocniční oddělení. Zaměřují se na poskytování kvalitní, efektivní, ale přitom šetrné a odborné péče. Zdravotnický personál funguje na základě týmové spolupráce. Pobyt novorozenců na těchto odděleních se pohybuje v řádech týdnů, ale i měsíců. (Janáčková, Kantor, 2017, str. 83, 103)

3.1. Personál

Celé oddělení má na starost primář. Ošetřovatelskou a laskavou péči poskytují novorozencům všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Po určení diagnózy důležitou roli sehrávají lékaři. Mají za úkol stanovit správný plán léčby a naplánovat jaké výkony budou nezbytné. Pomocnou ruku rodičům podávají psychologové, kteří jim napomáhají překonat tuto náročnou a stresující životní situaci. Dalšími odborníky na oddělením JIP a JIRP jsou fyzioterapeuti. Potřebná je přítomnost a možnost konzultace s lékaři z jiných oborů. Nejčastěji se kontaktují dětští chirurgové, neurologové nebo oční lékaři. Pro správný chod tvoří nepostradatelnou součást pomocný personál. (Janáčková, Kantor, 2017, str. 98-99)

3.2. Zajištění tepelných ztrát a vhodného prostředí

Nedonošené děti nemají plně vyvinutou termoregulační schopnost, proto se rychleji přehřejí nebo podchladí. Velké teplotní rozdíly jsou pro ně nebezpečné. Jejich vrstva podkožního tuku není dostatečná a nemůže plně splňovat svou izolační funkci. Abychom udrželi novorozenci stálou fyziologickou tělesnou teplotu, je zapotřebí zachovat teplotu prostředí okolo 28 – 30 °C. Hlavička u nezralců představuje až třetinu tělesné hmotnosti, jakmile se ochladí, největší únik tepla je právě přes odkrytou hlavu. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 288-289)

3.2.1. Interní klima

Přechod z mateřské dělohy do vnějšího prostředí je pro novorozené nedonošené dítě velice náročný. Intrauterinní život mu zajišťoval výživu, stálou teplotu, pohodlí a ochranu před hlukem a světlem zvenčí. Nedonošenci jsou po porodu přemisťovány na jednotky intenzivní péče. Vyrovnání s tímto novým prostředím, které představuje komplex stresorů, není jednoduché a působí přetížení. Čím větší stupeň nezralosti, tím hůře to organismus tohoto jedince snáší. Poloha na zádech, omezená hybnost a často i nahota, způsobená

prováděním výkonů, jako je zavedení i. v. vstupů či intratracheální rourky, ke komfortu příliš nepřispějí. K zajištění správného dozrání je nutné co nejvíce přizpůsobit prostředí potřebám dítěte. Úpravy podporují nerušený spánek a napomáhají stabilitě vitálních funkcí. Prostředí jednotky intenzivní péče by mělo připomínat dětský pokoj. Na výmalbu a podlahu se preferují jemné a měkké barvy.

Hluk produkovaný chodem přístrojů, nadměrnou řečí a chůzí personálu nebo hráním rádia, může mít za následek špatný vývoj až poškození sluchu. Zapomínat by se nemělo na fakt, že ani inkubátor není zvukotěsný. Nepokládáme na něj tedy žádné předměty. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 81) K zachování vlídného prostředí je doporučeno snížit hlasitost, jak přístrojových alarmů, tak řeči personálu a povzbuzovat rodiče v přímém kontaktu s dětmi. Pro nedonošené novorozence je velmi důležitý hlas matky nebo otce, proto bychom měli rodiče vést k tomu, aby na své potomky mluvili. (Dort a kol., 2011, str. 111)

Ostré světlo působí taktéž jako rušivý element. Nedonošenec vnímá všechny vnější stimuly. Pokud mu budeme neustále svítit do očí, nebude mu umožněn dostatek spánku, ale ani široké otevření očí při probuzení. Bude neustále ležet se zavřenýma očima v polospánku. Je zapotřebí dbát na výběr správné polohy přístrojů. Inkubátory se pro docílení klidnější a příjemnější atmosféry překrývají a umisťují dále od okna. Při provádění výkonů se doporučuje pracovat s lampami, které jsou opatřeny stínidly. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 82)

3.2.2. Historie a současná podoba inkubátorů

První zmínky o inkubátorech pochází ze starého Egypta a Číny. Tehdy se o nich hovořilo v souvislosti s líhnutím drůbeže a někteří odborníci se domnívali, že se tato metoda praktikovala i na nedonošené děti. První skutečný přístroj sloužící k zahřívání dítěte se objevil v císařské nemocnici v St. Petěrburgu roku 1835. Vzhled a provedení byly od toho dnešního modelu zcela primitivní. Základem byla dvouplášťová otevřená kovová vana nahoře bez zákrytu. Tvořily ji dvě stěny, mezi ně se každých 6 hodin přilévalo 0, 5 litru horké vody. K udržení většího tepla byla navíc zabalená do pokrývky z vlny. Tento objev dosáhl mnoha úspěchů. Později vznikla Moskevská verze, která již měla vytvořený poklop z drátěné kostry s přikrývkou. Podobný typ se začal objevovat v 19. st. v Lipsku pod názvem „Wärmerwanne“.

V tuto dobu se prováděly výzkumy, zkoumající rozdíl v udržení stálé tělesné teploty u statných a zralých i u slabých a nedonošených dětí. Prokázalo se, že nezralí novorozenci, umístění do tehdejších inkubátorů, měli lepší prognózu na přežití. Horkovzdušný inkubátor navrhl ve Francii mezi lety 1878-1880 pařížský porodník Tarnier. Zhotoven byl ze dřeva a sloužil pro více dětí. Tepelnou izolaci zajišťoval prostor na dně, vyplněný pilinami. Ohřívač vody, který tvořila lampa, byl umístěn zvenku a napomáhal ohřevu nádrže pod dítětem. K lepšímu udržení tepla se využilo vzduchu, proudícího kolem nedonošence, zahřátého teplou vodou. I tato verze byla inspirována přístrojem pro líhnutí drůbeže. Další novější podoba tohoto objevu byla jen pro jedno dítě a k ohřevu se použily lahve s horkou vodou. Tato metoda byla velice uznávaná hlavně po úspěšném snížení mortality novorozenců s porodní váhou menší než 2 kila. Jediný problém bylo přehřátí starších dětí, jejichž nároky na teplo byly nižší.

Na konci 19. st. se dospělo k automatizaci vyhřívacího systému. Lékař Lion, působící v Nice, navíc zavedl aktivní nasávání vnějšího vzduchu dovnitř a tím inkubátor splňoval i ventilační funkci. Negativní stránkou se stala vysoká pořizovací cena. Na základě prvotní myšlenky vyhřívané vany zhotovil doktor Hess novější prototyp. Změna spočívala v ohřevu vody elektrickým proudem a nově mohl být také do lůžka přiváděn kyslík. Do své sbírky vynálezů si tento doktor připsal i první transportní inkubátor. Zdrojem napájení se staly autobaterie v chicagských taxících. Jako jednodušší verze se k převozu používala i upravená porodnická brašna. Zde teplo sálalo z lahve naplněné teplou vodou, položené pod dítětem. Nesměl chybět ani prostor pro ventilaci. Již v tomto období vznikali teorie, jak by měl vypadat inkubátor, který by neměl žádné nedostatky těch předchozích. Myslelo se především na praktičnost, snadný transport, vhodný přívod kyslíku a na regulovatelnost teploty. Hlavním cílem bylo co nejmenší zatížení pro dítě. Objevily se i návody na vytvoření tzv. domácích líhní pro nezralé a nedonošené děti. V první čtvrtině 20. st. se vyskytl další pokus o zajištění tepla. Tentokrát místo jednoho přístroje byla upravená, pro tyto potřeby, celá místnost. Podle hmotnosti se přidávalo na teplotě v ošetřovně a přizpůsobovala se i vlhkost vzduchu. V roce 1943 byl založen moderní koncept managementu termoregulace. V něm se popisují nezralí nedonošenci, kteří mají omezenou schopnost adaptovat se změnám teploty v okolním prostředí.

Po druhé světové válce přišel model inkubátoru podobný tomu dnešnímu. Vrchní část byla průhledná, tudíž se mohl novorozenec neustále pozorovat. Snímání teploty probíhalo pomocí servo – kontroly. Inovací bylo právě termistorové čidlo, nalepené na bříško

pacienta, propojené s vyhřívaným lůžkem. Na něm se nastavilo teplotní rozmezí od 36 °C do 37 °C. Jedinou vadou byla tenká vrstva plexiskla. Přes něj, v případě chladného prostředí, utíkalo teplo. Postupem času se inkubátory začaly zdokonalovat a rozlišovat podle toho, jakou funkci měly splňovat. Pro zajištění klidu a tepla se využívaly ty jednodušší a pro intenzivnější péči ty složitější. Jejich vybavení obsahovalo například různé vstupy pro kabely od monitorů, hadičky nebo držáky pro hadice od ventilátorů. Stěna se skládala ze dvou plexiskel. Únik tepla byl proto minimální. Pro příjemnější atmosféru a útlum vnějších rušivých elementů se přiklonilo k překrývání inkubátorů různými kryty a pokrývkami.

Po polovině 20. st. se u nás objevilo hned několik nových exemplářů. Za dob Československa tu byl inkubátor, mezi jehož funkce patřily především nucená cirkulace vzduchu a jeho zvlhčování i automatická regulace teploty. Nechybělo už ani signalizační zařízení, upozorňující na nepříznivé změny. Druhý, avšak nejvyužívanější, byl maďarský model. Na trhu se našly i inkubátory, které nebyly kryty plexisklem, nýbrž na děti nebylo vidět. Musely se nechávat přiotevřené a na úkor toho se novorozenci oblékali nebo balili do zavinovaček. (Fendrychová, 2011, str. 82-97)

Dnešní inkubátory jsou kryty plexisklem, které umožňuje neustálé sledování nezralých novorozenců, ležících na podložkách. Tepelným zdrojem je ohřívaný a zvlhčený vzduch vháněn dovnitř ventilátorem. Jako koordinátor teploty funguje termostat, který lze individuálně nastavit dle potřeb nebo se dítěti přilepí termistorové čidlo přímo na kůži břicha a tím pádem si ji koriguje samo. Princip spočívá v tom, že zdroj vytváří teplo zahříváním vzduchu do té doby, než sonda naměří požadovanou teplotu nedonošenců. Pokud tělesná teplota bude vyšší než jsme navolili, sníží se příkon topení a naopak. Důležité je zvolit správnou teplotní hodnotu. Záleží na stáří a váze dítěte. Čím bude menší a nezralejší, prostředí se bude muset více zahřívat a postupem času pomalu ochlazovat na běžné stupně. Nesmíme zapomínat na častější měření novorozenců, dokud nedojde k teplotnímu vyrovnání.

Se vzrůstajícím teplem klesá vlhkost. V nezvlhčovaných inkubátorech je relativní vlhkost okolo 25% až 40%. Jestliže dítě dýchá samo, nemá to na něj žádný vliv. Pokud nejsou plíce ještě zralé a musí se do inkubátoru vhánět kyslík, měl by se vzduch zvlhčit. Ti, kteří se totiž narodí před 30. týdnem těhotenství, mají problém s udržením stálé teplotní rovnováhy a bilance tekutin a to z důvodu větších ztrát vody přes kůži. Proto je v tomto

případě pro začátek doporučeno 80% zvlhčení vzduchu. Jedinými negativy jsou zvýšené riziko výskytu bakterií a snížená viditelnost skrz inkubátor. Koncentrace kyslíku, která se může přivádět dovnitř novorozenci, se pohybuje mezi 21-60%.

Při používání je nutno dodržovat několik zásad. Na každém oddělení by měl být předem připraven jeden předehřátý inkubátor pro akutní situace. Zbytečně neotvírat dvířka, abychom zamezili tepelným ztrátám. Inkubátor neslouží jako odkládací plocha, tudíž všechny pomůcky a přístroje je třeba umístit mimo a hadičky s kabely protahovat příslušnými otvory ven. Zkontrolovaná by měla být i funkčnost alarmů. Dovnitř saháme teplýma, pečlivě vydezinfikovanýma rukama. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 97-102)

3.2.3. Vyhřívané lůžko

Otevřené vyhřívané lůžko je určeno zralejším novorozencům. Zde dítě leží na podložce a nad ním je tepelný zářič. Velkou výhodou je neomezený přístup ze všech stran. Slouží především ke stabilizaci hypotermie. Pokud není opatřen krytem, nedoporučuje se pro dlouhodobou péči z důvodu špatného kontrolování a regulování stavu okolního prostředí. Využít lze při léčbě novorozenecké žloutenky fototerapií, která je v horním panelu. Teplota se zde nastavuje též na panelu. Běžnější způsob, stejně jako u inkubátoru, je snímání přes termistorové čidlo. Doporučená teplota kůže má být ale o něco vyšší. Novorozenec se díky otevřenému lůžku vystavuje zevnímu prostředí, tudíž hrozí větší riziko infekce. Pro zamezení úniku tepla a vody lze překrýt lůžko plastovým krytem. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 102-104)

3.3. Péče o hospitalizovaného novorozence

Při péči o nedonošeného novorozence je důležité sjednotit všechny výkony i zákroky a provést je během jednoho zátahu. Za menší zátěž se považuje, pokud dítě úkony prožije v jeden moment. Během manipulace a jakéhokoliv zacházení, musíme být opatrní a hýbat s dětmi šetrným způsobem. Spánek se narušuje pouze při neodkladných situacích. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 88-89)

3.3.1. Koupel, manipulace a polohování

Dítě poprvé koupeme až po stabilizaci jeho stavu. Nezralí novorozenci, kteří mají velmi až extrémně nízkou porodní hmotnost, jsou pouze otíráni sterilní vodou. Tato hygiena se uskutečňuje v inkubátoru. Voda na mytí se nachází v uzavřené lahvičce. Tu má každý malý

pacient u sebe. Výměna je potřeba přibližně třikrát za týden. Jakmile váha překročí hranici 1, 5 kila lze proces omývání přesunout mimo inkubátor. Podmínkou je stabilizované dýchání a termoregulace. Pozor se musí dávat na oči, nos a ústa. Do těchto míst by voda neměla natéct. Koupel v tomto případě uskutečňujeme prostřednictvím sprchování. (Dort a kol., 2011, str. 30)

Při mytí začínáme nejprve u obličeje. Ten se oplachuje jen čistou vodou. Na vlásky můžeme žínku namočit i dětským mýdlem. Dále pokračujeme přes krk, horní končetiny, trup až k dolním končetinám a končíme u genitálu a zadečku. Při prvním mytí smýváme pouze krev. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 106-107) Mázek se otírá jen tehdy, pokud je ve velkém množství. Například z očních víček nebo kožních záhybů. Na kůži novorozence vytváří ochranný film. Napomáhá lepší adaptaci kůže po porodu a zabraňuje jejímu vysychání. (Přikrylová, online) Pečlivě se omývají a osušují záhyby, ve kterých se snadno udržuje nečistota. Nakonec jemně otřeme mokré části. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 106-107)

Každá manipulace znamená pro nezralé dítě stres. Většina manipulací předpovídá, že se dítěti bude dělat to, co je pro něj nepříjemné a bolestivé. Pokud nedonošenci narušíme spánek, není schopné zklidnění a velmi špatně se navrací do režimu spaní. Pro uspokojení a dosažení pohodlí, novorozenec potřebuje cítit lásku a bezpečí, kterou představuje náruč nebo kterýkoliv lidský kontakt. Personál, ale i rodiče by se měli naučit rozeznat, kdy je dítě unavené a vyčerpané a kdy je připravené na kontakt se svým okolím. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 83-84)

Aby nedonošenec poznal, zdali je dotek zdrojem něčeho příjemného a potěšujícího nebo značí nástup ošetřovatelských zákroků, je třeba rozlišovat jeho kvalitu. Pro utěšující pocit pokládáme na dítě celé ruce. Pokud se dotýkají rodiče, prvotně by si měli sáhnout na hlavičku, aby dítě poznalo, že přijde něco milého a radostného. Ze strany zdravotníků se nejprve dotýká pravé ruky. Novorozence tímto dopředu upozorňujeme, co bude následovat. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 276)

Pohodlí zajistíme především vhodnou polohou. Pravidelně bychom dítě měli polohovat. Ne každá poloha prospívá správnému dýchání a nemusí být vždy komfortní. Na jednotkách intenzivní péče se využívají tzv. hnízda. Ta jsou vyrobena z měkkých materiálů a svým tvarem umožní novorozenci zaujmout polohu podobnou té v děloze. Pro pocit bezpečí se

do hnízd vkládají plyšové ruce, které připomínají náruč a představují pro prostředím vystresované nedonošence pocit bezpečí. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 88-89)

Poloha na zádech podporuje mobilitu dítěte. Nevýhodná je ale pro novorozence na plicní ventilaci, kterým se takto hůře dýchá. Pokud nedonošence položíme na záda a je viditelně zhoršené dýchání, je nutné ho vypodložit složenou látkovou plenou. Pro udržení hlavičky je dobré dítě umístit do pelíšku. (Dort a kol., 2011, str. 116)

Poloha na břiše je vhodná pro nedonošené novorozence. Zlepšuje oxygenaci a podporuje správnou plicní ventilaci. Mezi další pozitiva řadíme zklidnění nezralých dětí. Touto polohou totiž snížíme pohyblivost z důvodu přitisknutí skrčených dolních i horních končetin k podložce. Energetický výdej se tím pádem zmenší. Navíc můžeme zvýšit celkovou polohu, kterou přispějeme k ještě lepšímu dýchání. Zapomenout se nesmí na zaražení pelíšku, aby nedošlo ke sjížděním po podložce.

Poloha na boku se považuje spíše za léčebnou. Napomáhá ventilaci pouze jedné plíci. Druhé, na které si dítě leží, se naopak snižuje. Novorozence takto nenecháváme dlouhou dobu a dbáme na jeho zajištění, aby nedošlo k převrácení na břicho. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 86-88)

3.3.2. Pozitivní doteky

Pro správný duševní, fyzický i emocionální vývoj nezralých a nedonošených novorozenců je velice důležitá spolupráce s rodiči. Ošetřující personál by měl oba podporovat, povzbuzovat a pomáhat jim se naučit pečovat o tyto děti. Vznik důvěrného vztahu snáze napomůže matkám i otcům překonat tuto stresující a vyčerpávající situaci a lépe snášet prostředí nemocničního oddělení. Lidský a emocionální přístup pomocí pozitivních doteků poskytují zdravotničtí zaměstnanci a později i samotní rodiče. Jako pozitivní doteky chápeme nejrůznější způsoby dotekové interakce. Mezi ně patří hlazení, chování, masáže, ale i metoda klokánkování. (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, str. 42)

Klokánkování se začalo používat od 20. století a pochází z Kolumbie. Princip spočívá v přiložení nedonošeného novorozence na nahou hruď matky nebo otce. Aby došlo k přiblížení kůže na kůži, jsou malí nezralci oblečeni pouze do plínky, ponožek a čepice. Pokud je novorozeně přiloženo na hrudník matky, tzv. mizí mezi prsy jako v klokaní kapse, proto název klokánkování. Při této metodě děti vycítí blízkost matky a slyší zvuky

jejího těla a to přispívá ke stabilizaci teploty, srdečního rytmu, dýchání a především zklidňuje. V dnešní době se této techniky hojně využívá, zejména pro svou prospěšnost v dalším vývoji nedonošenců. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 90-92)

Všechny tyto dotykové metody mají příznivý účinek a pomáhají nezralým a nedonošených novorozencům hospitalizovaných na jednotkách JIRP a JIP překonat bolestivé zážitky, které jsou na těchto odděleních každodenní rutinou. (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, str. 42)

3.3.3. Něžná péče

Hlavním cílem něžné péče je zamezit škodlivým a rušivým faktorům vyskytujících se na odděleních intenzivní péče. Aby se mohlo těchto výsledků dosáhnout, musíme dbát na dodržování určitých pravidel. Personál zde pracuje na základě své svobodné vůle. K této práci je potřeba zaujímat pozitivní vztah, aby byla vykonána s největší možnou kvalitou. Na JIRP a JIP jsou především nezralí a nedonošení novorozenci, jejichž zdravotní stav vyžaduje 24 hodinovou péči, proto je nesmíme spouštět z dohledu. Odejít můžeme pouze ve chvíli, kdy svěříme dočasnou péči jiné zodpovědné osobě, nejčastěji ostatním zdravotníkům. Všechna péče by se měla řídit dle potřeb hospitalizovaného pacienta. Všechny výkony by se měly soustředit do doby, kdy je novorozenec vzhůru. Spánek je nutno respektovat. Důležité je sledování projevů a reakcí a dbát popřípadě na zvolení správné metody tišení bolesti. Pokud se dítě zdá být nestabilní, je možno jeho stav stimulovat masáží reflexních bodů na hřbetu ruky či noze. Přítomnost rodičů je též nepostradatelnou součástí něžné péče. Prostředí musí splňovat tři základní kritéria. Těmi jsou teplo, klid a šero. (Dort a kol., 2011, str. 108-109)

3.3.4. Péče zaměřená na vývoj

Péče zaměřená na vývoj neboli „developmental care“ umožňuje zajistit nemocnému nebo nedonošenému novorozenci maximální komfort. Tato péče je důležitá zejména z psychologické stránky. Schopnost adaptovat se je pro takovéto dítě omezena. Trvá déle a je komplikovanější, proto aby tento proces byl lépe přijatelný pro nezralý organismus, snažíme se maximálně nedonošencům pomoci právě prostřednictvím péče zaměřené na vývoj. V dnešní době tato metoda nabývá na významu. Patří sem taková opatření, která novorozence podporují, zlepšují jeho stabilitu, ochraňují a respektují jeho spánkový rytmus a tím napomáhají růstu a maturaci. Aby tato technika dosáhla úspěšnosti, neměla by

narušovat každodenní biorytmus nedonošených a nezralých dětí. Péče zaměřená na vývoj nabízí zcela jiné podmínky, v nichž se může novorozenec učit novým zkušenostem a dovednostem.

Hlavní středobod této metody je novorozenec, tvořen vnitřními fyziologickými systémy, jejichž fungování ovlivňují nepostradatelné cykly spánku a bdění. Důležitou roli zde hraje i rodina, která je zásadní při nabytí nových zkušeností nedonošencem. Pro prospěšnost celé péče je nezbytný zdravotnický personál. Ten má za úkol chránit blízké uskupení, složeno z dítěte a jeho rodiny. Systém uzavírá prostředí, které podléhá nastavení zdravotní péče a též musí být přizpůsobeno a nenarušovat vývoj.

Péče zaměřená na vývoj se soustředí na pět základních kategorií. Dbá na ochranu spánku, dále na hodnocení a management bolesti a stresu, za třetí na dodržování denní aktivity zaměřené na vývoj a v neposlední řadě na péči zaměřenou na rodinu a léčebné prostředí. Pro kompletnost je nutno využít týmové spolupráce. Tyto kategorie umožní hodnocení a srovnání úspěšnosti této metody na neonatologických jednotkách intenzivní péče v různých pracovištích. Jejich měřením lze zjistit, zdali tato péče byla úspěšná a jaké výhody s sebou přináší. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015, str. 117-118)

3.3.5. Péče o novorozence v inkubátoru

Inkubátory mají především za úkol zajistit nezralým novorozencům termoneutrální prostředí. Většina z nich si sama nedokáže udržet stálou tělesnou teplotu. Tu bychom měli u nedonošenců měřit v axile několikrát denně, nejčastěji pravidelně po 3 hodinách. Využívá se především digitálních teploměrů. Kvůli riziku přenosu nozokomiální infekce má každé dítě svůj vlastní. Pro snížení výskytu nákazy je teploměr v době nepoužívání namáčí do dezinfekčních přípravků. Z hlediska očisty se provádí jednak koupel, ale i hygiena dutiny ústní a pupečního pahýlu. Přebalování by mělo probíhat zhruba každé tři hodiny a následuje ošetření zadečku. Senzor oxymetru bychom měli přendat několikrát denně. K umístění využíváme obě ruce i nohy. Pro lepší držení se používá náplast, kdy při odstraňování dbáme na zvýšenou opatrnost. Pokud je dítě vyživováno nazogastrickou sondou, každý den by se měla zavádět nová. Součástí novějších inkubátorů je i samotná váha. Usnadňuje práci zdravotnímu personálu a snižuje výskyt stresu u nezralých dětí, které by jinak musely být na vážení přenášeny mimo inkubátor. Riziko proleženin snižujeme změnou polohy. Důležité je myslet na polohu ušních boltců, aby nedošlo

k jejich přehnutí. Na oddělení pravidelně dochází i fyzioterapeuti. Po konzultaci s lékaři provádí vhodnou rehabilitaci nedonošenců, která napomáhá jejich stimulaci a stabilizaci.

Pečovat se musí nejen o dítě, ale i o inkubátor. Z hlediska hygieny se pravidelně každé ráno omývají vodu a otírají do sucha. Kontroluje se i množství sterilní vody v inkubátoru. V dokumentaci každého malého pacienta nesmí chybět číslo inkubátoru a všech přístrojů, které novorozenec využívá. Všechny sestry by se z hlediska prevence přenosu infekcí měly starat pouze o děti jí přiřazené. Nejdůležitější činností je dezinfikování a mytí rukou, jak před kontaktem s novorozencem, tak i po skončení. Jako prevence se musí při každém výkonu nosit ústenka. (Dort a kol., 2011, str. 104-107)

3.4. Výživa

Mateřské mléko od matky nebo v případě nedostatečné laktace od dárkyně je pro nezralé dítě jednoznačně nejlepší možná výživa. (Frühauf, Burianová, Weberová a kol., 2014, str. 48) Mléko od jiné ženy musí projít pasterizací, čímž se zbaví choroboplodných zárodků včetně HIV, viru hepatitidy a CMV. Tímto procesem se však zničí i část obranných látek. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 172) Předčasný porod může ovlivnit i složení mateřského mléka. Obsahuje více množství živin, především bílkovin. První dny se tvoří tzv. mlezivo nebo kolostrum, které svými obrannými a růstovými látkami, napomáhá k nastartování nezralého zažívání a trávení. Ze začátku dětem s velmi nízkou porodní hmotností kalorické složení mleziva a následně kalorická hodnota mateřského mléka nestačí. Musí se energeticky a nutričně obohacovat. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 71-72) Používá se doplněk v práškové formě tzv. fortifikátor. Obohacuje mateřské mléko především o energii, bílkoviny, sacharidy, ale i o minerály, vitamíny a stopové prvky. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 172)

Mateřské mléko pozitivně napomáhá ve fungování gastrointestinálního traktu a napomáhá posílení imunity novorozence. Tato výživa se prokázala jako úspěšná i ve snižování rizika pozdních úmrtí, sepsí a výskytu nekrotizující enterokolitidy. U nezralých dětí mateřské mléko podporuje i správný růst novorozence, ale i nezralé tkáně a zlepšuje neurokognitivní vývoj. (Frühauf, Burianová, Weberová a kol., 2014, str. 25)

3.4.1. Enterální a parentální výživa

Parenterální výživu lze kombinovat s enterální, ale v některých případech je nutný pouze totální parenterální přívod. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 71) U extrémně nezralých novorozenců není gastrointestinální trakt zralý, proto musí být zahájena

parenterální výživa. (Frühauf, Burianová, Weberová a kol., 2014, str. 33-34) GIT totiž není sám schopen stravu přijmout, strávit ani absorbovat. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 71) Enterální cestou by nebylo možné dítěti zajistit dostatečné nutriční a metabolické potřeby. S touto výživou začínáme co nejdříve po přivezení na jednotku intenzivní péče.

Princip spočívá v přívodu základních živin pomocí infuzí přímo do žíly, nejčastěji přes centrální žilní katétr. Důležité je v těle novorozence udržet v rovnováze vodu a elektolyty a dodat organismu potřebné kalorie. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 165-166) Hladina glykémie nám určuje, jak velký zvolit energetický příjem. Pro správný růst a vývoj je zapotřebí přivádět k nedonošenému dítěti vhodné množství aminokyselin, glukózy a lipidů. Dávka závisí na hmotnosti, zralosti, celkovém stavu a dni života novorozence. (Frühauf, Burianová, Weberová a kol., 2014, str. 33-34)

V parenterální výživě se využívají i univerzální startovací roztoky nebo individuální sterilní roztoky. Svým složením jsou určená pro různé skupiny nezralých novorozenců. Jsou bohaté na proteiny, glukózu a tuky. Obohaceny jsou navíc vápníkem, hořčíkem, sodíkem a draslíkem. (Frühauf, Burianová, Weberová a kol., 2014, str. 44)

Parenterální výživa je indikována především u novorozenců s onemocněním střev, syndromem krátkého střeva, kdy je vyřazena z funkce jeho významná část, nebo u celkového postižení trávicího ústrojí. (Lebl, Janda, Pohunek a kol., 2012, str. 71-72)

Krmení parenterální cestou obchází trávicí soustavu. Pokud tomu zdravotní stav dovolí, je nejlepší začít s enterální výživou co nejdříve. Tato metoda napomáhá vyzrání střevní sliznice a vyvolává tvorbu trávicích hormonů. Pro zahájení této výživy musí být bříško novorozence pohmatově měkké, funkční trávení, pravidelný odchod smolky a stabilní krevní tlak. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 171)

Nejčastěji se zavádí sonda do žaludku přes nos dítěte (nazogastrická), méně často ústy (orogastrická). Aplikovat stravu lze třemi způsoby. Používá se krmení infusním dávkovačem. Z této metody lze přejít na krmení samospádem. To se praktikuje tak, že se vytáhne píst stříkačky a ta se zavěsí nad dítě a mléko samo nateče do žaludku. Zahuštěnou stravu dále můžeme podat pomalu manuálním tlakem. Důležité je před krmením zkontrolovat, zdali novorozenec stravu dobře toleruje. To zjistíme aspirací ze sondy. Žaludeční zbytky by neměly být ve velkém množství. Popřípadě se zmenší dávka nebo vynechá další krmení.(Dort a kol., 2011, str. 82-83) Z enterálního krmení se postupným

přikládáním přechází na kojení, pokud tomu dovoluje zdravotní stav. Zprvu se doporučuje kombinovat oba způsoby. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 174)

3.4.2. Alternativní metody krmení

Alternativní metody krmení fungují jako náhrada za kojení. Využívá se jich tehdy, pokud není možno ze strany matky kojit nebo novorozenec není schopen stravu přijmout z matčina prsa.

První metodou je krmení lžičkou. Při tomto krmení novorozence držíme na klíně, nejlépe ve svislé poloze. Nejprve se pouze dotkneme lžičkou naplněnou mlékem rtů. Dítěti necháme dostatek času, aby mohlo začít se sacími pohyby. Poté lžičku mírně nahneme, aby mohlo mléko vytéct.

Krmení z kádinky nebo hrnečku provádíme podobným způsobem jako u lžičky. U této techniky se využívá vzpřímené polohy. Než dojde k samotnému krmení, měli bychom dítěti zajistit ruce plenou. Kádinku s mlékem nejdříve naklopíme a přiblížíme ke rtům. Opět necháme dostatek času. Jako odpověď novorozenec vysune jazyk a stočí ho do pohárku. Využívá se u nezralých dětí a při potížích se sáním a polykáním.

Mezi další řadíme krmení kapátkem nebo stříkačkou. U této metody máme novorozence ve svislé poloze. Navíc musíme šetrně stlačit bradu směrem dolů. Následně vložíme kapátko nebo stříkačku do úst. Abychom novorozence navedli, vstříkneme malé množství mléka. Přitom dítě sledujeme, jestli saje a táhne píst stříkačky aktivní silou.

V dnešní době se hojně využívá krmení po prstu. Novorozence si položíme proti sobě a uvedeme ho do svislé polohy. Podle toho, jak je dítě velké, zvolíme vhodný prst ruky. Nejčastěji ukazovák, bříškem otočený nahoru, vsuneme do úst. Sací bod na patře stimulujeme prstem. Novorozenec reaguje pohybem jazyka. K ukazováku poté vložíme špičku cévky, která je napojená na stříkačku obsahující mléko.

Nejblíže kojení je krmení cévkou ze suplementoru. K tomu je potřeba kádinky s mlékem, do níž se namočí konec cévky. Druhou stranu následně poté připevníme k prsu. Novorozence tedy držíme v náručí a necháme ho sát z prsu. Tím se stimuluje produkce a dítěti je mléko přiváděno ze suplementoru. Tato technika se využívá při nedostatečné tvorbě mléka. Novorozenec tedy saje část mléka z kádinky a současně i z prsu. (Fendrychová a kol., 2009, str. 84-85)

3.4.3. Kojení a jeho výhody

Pokus o kojení lze zkoušet u nedonošených dětí od 31. týdne, kdy už jsou novorozenci schopni sání. Plného kojení je možno dosáhnout už okolo 32. týdne gestace. (Frühauf, Burianová, Weberová a kol., 2014, str. 77) Od 34. týdne bývá výživa kojením běžná a bez výskytu větších problémů.

Než dojde k samotnému kojení u novorozenců s nízkou porodní váhou, předchází tomu krmení pomocí alternativních metod. (Fendrychová a kol., 2009, str. 80) Abychom podpořili laktaci, musíme matky těchto dětí motivovat a umožnit jim odstříkání mléka co nejdříve to půjde. Tím se zajistí zvýšení jeho denní produkce. (Frühauf, Burianová, Weberová a kol., 2014, str. 30) Před samotným kojením je důležité přizpůsobit i samotné prostředí a zajistit matce i novorozenci vhodné podmínky a dostatek času. Pokud je zdravotní stav nedonošence stabilní, měli bychom podporovat kontakt skin to skin (neboli kůže na kůži). Ten napomáhá k rozvoji reflexů, ale i k podpoře kojení.

Samotné kojení je formou bazální stimulace. Aby dítě pociťovalo při kojení klid, uvolnění a jistotu je zapotřebí zaujmout správnou polohu. Vhodné pro nedonošence je zvolení kontaktního kojení, kdy novorozenec leží bříškem na těle matky a má volnou možnost pohybů. Dítě takto slyší matčino dýchání, tlukot srdce, čímž se stabilizují jeho základní životní funkce a může vnímat vůni a chuť mateřského mléka a především mu objetí zajišťuje teplo. (Frühauf, Burianová, Weberová a kol., 2014, str. 70-73)

Výhod kojení je celá škála. Napomáhá upevnění a prohloubení citového vztahu mezi matkou a dítětem. Mateřské mléko u novorozence zajišťuje daleko menší frekvenci výskytu infekcí. Jsou v něm totiž obsaženy ochranné látky. Prokázáno bylo i snížení vzniku alergií. Především se kojením zmenšuje rozvoj atopického ekzému a bronchiálního astmatu. Riziko syndromu náhlého úmrtí se u kojených novorozenců též minimalizuje. Velkým pozitivem je i mnohem nižší výskyt diabetu 2. typu, hypertenze, obezity nebo zvýšené hladiny cholesterolu v pozdějších letech. (Pařízek, 2015, str. 330-331)

Pokud matka mléko odstříká, mělo by se v co v nejkratším čase zužitkovat, aby nedošlo k pomnožení bakterií. Pokud ho necháme při pokojové teplotě, musí se použít do 2 hodin. Čím chladnější prostředí, tím déle mléko vydrží. Chladnička nastavená do 4 °C prodlouží trvanlivost na 24 hodin. Stát se může i to, že mateřského mléka je více než se spotřebuje. Uložit se může do mrazícího zařízení, kde ho lze uchovat až 3 měsíce při -18 °C. Správné

rozmrazování by mělo probíhat ve vodní lázni, kde se děje i opačný ohřev. Použitelnost je poté jen 24 hodin. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 77)

3.5. Rodiče nedonošených novorozenců

Situace, kdy nečekaně dojde k předčasnému porodu a rodičům se narodí nedonošené dítě, není vůbec jednoduchá. Představuje velkou zátěž na psychiku. Stres postihuje nejen nejbližší, jimiž jsou matka a otec, ale i širší kruh rodiny. Rodiče se postupně na svou novou roli připravují, ale jakmile se dítě narodí dříve, tento proces se často nestihne dokončit. Chod celé domácnosti se touto událostí rázem změní. (kolektiv autorů, 2015, str. 7)

3.5.1. Pocity při předčasném narození dítěte

Délka fyziologického těhotenství napomáhá ženě postupně se vyrovnat se svou novou rolí matky. Během této doby prochází řadou fyziologických změn, které předčasným ukončení gravidity nemohou dojít do zdárného konce. Matka nezralého dítěte často hází vinu sama na sebe. Objevují se pocity neschopnosti donosit dítě. Vyskytují se i případy, kdy dojde k obvinění, že selhala jako žena. Bojí se i toho, že nebude dobrou matkou. Místo euforie a štěstí ze zrodu nového života přichází protichůdné pocity. Maminky bývají několik měsíců vytížené a vyčerpané dojížděním do nemocnice. Jen některé oddělení umožňují ubytování matek s nedonošenými dětmi. Pokud tomu tak je, žena se ocitá sama v náročné situaci, izolována od okolního světa. Sny a představy, které rodiče mívají o svých ještě nenarozených dětech, pohledem na nedonošeného a nezralého novorozence, často vyměňují pocity strachu o život a bezmoci jakkoliv svému milovanému potomkovy pomoci. (Sobotková, Jungwirthová a Gabrielová, 2015, str. 7) Přemáhá je nevědomost toho, zdali dítě vůbec přežije. Přemýšlí i nad možnými následky v podobě postižení. Matka se ocitá v situaci, kdy má obavy, zdali zvládne péči o takové dítě po propuštění. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015, str. 130) Na tatínky bývají kladeny vysoké nároky. Od nich je očekávána především psychická podpora. Leckdy se však musí starat o další děti v domácnosti a nepředpokládá se jejich slabost. I muži v této situaci potřebují mít ale možnost vyjádřit své obavy. (Sobotková, Jungwirthová a Gabrielová, 2015, str. 7)

3.5.2. Pomoc zdravotnického personálu

Od první návštěvy je potřeba matku i otce seznámit s prostředím na jednotce intenzivní péče. Důležité jsou informace o chodu oddělení. Rodičům velice pomůže zapojení se do

péče o dítě. Nejprve se jim jednotlivé úkony názorně předvedou a poté se mohou, po dobu své přítomnosti, starat sami. Matku, ale i otce podporujeme v kontaktu s novorozencem. Zdravotníci mají za úkol také pomáhat rodičům v ujištění jejich rodičovské role a kompetencí. Informace o zdravotním stavu podává lékař. Pokud to provoz dovolí, za vhodnější a důvěrnější způsob se považuje komunikace jen s jedním lékařem. Snáze je přijata zpráva od někoho, koho znáte a věříte mu. Informace by se měly podávat průběžně, ale při každé změně zdravotního stavu. Při sdělení závažné a nepříliš příznivé zprávy musí odborník dodržovat obecné zásady. (Sobotková, Jungwirthová a Gabrielová, 2015, str. 7)

3.5.3. Sdělení nepříznivé diagnózy

Každý rodič si přeje mít zdravé dítě. Předčasné narození potomka nebo zjištění závažného onemocnění či postižení po porodu, přináší rodině veliký šok. Na tuto situaci se nedá připravit. Pro matky a otce je těžší si vytvořit vztah k dítěti, které častokrát vidí jen chvíli a obklopené přístroji a cizím prostředím. Jejich nedonošené a nezralé dítě je svým způsobem „jiné“ než ostatní. Největší strach pro ně představuje budoucnost, která v tomto případě není jednoznačná a vůbec jistá.

Rodiče se musí na první příchod a přísun nových informací psychicky připravit a umět přijmout skutečnost. Začnou se u nich rozvíjet obranné mechanismy. Nejprve se snaží popřít problém a nevěřit realitě. Proč zrovna jejich dítě, to nemůže být pravda. V další fázi dochází k zdánlivé apatii, kdy rodiče začínají být citově lhostejní k celé situaci. Pořád myslí na možnost, že se jich to netýká. Lékař se mohl splést a zpochybňují dosavadní výsledky vyšetření. Může se objevit i agresivita ze strany rodičů, směřovaná proti lékařům. Snaží se najít v této nespravedlivé a velice psychicky náročné situaci viníka, kterého by za stav svého novorozence mohli potrestat. Tím se snaží kompenzovat své pocity viny. Dostávají se tímto do krize a nejsou schopni přijmout ani si uchovat v paměti žádné informace.

Při sdělování nepříznivých diagnóz, týkajících se nezralých dětí, musí personál umět komunikovat velice jemným a vhodným způsobem. Náročné je to proto i pro zdravotníky. Měli bychom umožnit především brzký kontakt, který napomůže vytvoření citového pouta k nedonošenému potomkovy. Dětské sestry i lékař by měli umět matku pochválit, pokud se dítěti věnuje a chodí ho navštěvovat. Při komunikaci je důležité zajistit příjemné prostředí alespoň v rámci možností, aby se rodiče cítili pohodlně a uvolněně a nikdo rozhovor nenarušoval. Pro ženy je podstatná i přítomnost otců nebo někoho blízkého, kdo jim může

být při sdělování špatných zpráv oporou. Na rozhovor by se měl lékař, ale i setra vždy připravit a počítat se všemi možnými reakcemi. Pro uklidnění potřebují rodiče znát všechny podstatné informace o zdravotním stavu jejich dítěte. (kolektiv autorů, 2015, str. 4-5)

Během dalších týdnů a při každé návštěvě se zdravotnický personál snaží s rodiči o dítěti neustále mluvit, vypráví jim o tom, co dělá za pokroky a co zvládne už samo. Srozumitelně se vysvětlují i jednotlivé funkce přístrojů, popisují se léčebné postupy a výkony, které bude novorozenec muset podstoupit. Pozornost se snažíme odvést hlavně na přednosti miminka. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015, str. 132) Musíme poskytnout dostatek času, aby mohli rodiče vyjádřit i své pocity. Matky zapojit a podporovat je v kojení. Jestliže dojde k převozu do jiné nemocnice, průběžně rodiče informujeme o změnách a zdravotním stavu jejich novorozence. V situaci, kdy dospěje nedonošenec do fáze propuštění, rodičům se nabídne možnost následného sledování dítěte v ambulantní péči. Zdravotnický personál má za úkol nejen poskytovat novorozenci odbornou kvalitní péči, ale i zajistit podporu a napomáhat rodičům tento stav snadněji zvládnout. (Jungwirthová, Hradilková, 2015, str. 4-5) Ptáme se tudíž i na pocity matek a otců, zdali situaci mají pod kontrolou. Pokud tomu tak není, nabídneme pomoc v podobě sezení s psychologem nebo psychoterapeutem. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015, str. 132)

3.5.4. Péče zaměřená na rodinu

Péče zaměřená na rodinu, jinak řečeno„family – centred care“, představuje poskytování zdravotnické péče nedonošeným novorozenců i jejich rodičům. Patří sem včasné setkání s novorozencem a navázání kontaktu. Dochází k tomu prostřednictvím hlazení, komunikace s dítětem, klokánkování a jemných masáží. Rodiče jsou od počátku vzděláváni a seznamováni s terapeutickou péčí. Učí se poznávat rozdíly v chování a nalézt správnou reakci na signály vycházející od novorozence. Zdravotnický personál rodiče podporuje a ujišťuje je, že jsou nejdůležitější pro jejich dítě právě oni. Přítomnost matky a otce pomáhá správnému vývoji novorozencovy emoční, fyzické i sociální stránky. Prokázalo se, že při raném zapojení rodičů dochází k zlepšení jejich psychické pohody a u novorozenců k lepší prognóze zdravotního stavu a následně k rychlejšímu propuštění.

Důraz je zde kladen na šest nejdůležitějších potřeb rodičů novorozenců hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče. Potřebují znát především přesné informace a chtějí zapojit do péče o dítě. Za druhé je nezbytné, aby měli možnost

pozorovat a chránit nedonošence. Třetí bod představuje kontakt s novorozencem. Další potřeba zahrnuje respektující přístup ze strany ošetřujícího personálu. V neposlední řadě mají rodiče zájem o individualizovanou péči. Šestou poslední, ale přesto velice důležitou potřebou je vytvoření dobrého vztahu s ošetřujícím personálem. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015, str. 122-124)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Počet předčasně narozených dětí s nízkou porodní hmotností stoupá. Množství těchto nezralých novorozenců se pohybuje okolo 7,5 %. (ÚZIS ČR, 2017, str. 7-8) Dnešní medicína musela projít řadou změn ke zlepšení, aby mohla těmto nedonošencům poskytnout kvalitní péči. Na současných oddělení JIP a JIRP musí být novorozencům zajištěno vhodné prostředí a péče podporující jejich správný vývoj. Jsou rodiče nezralých, nedonošených a nemocných dětí dostatečně informováni o specifikách této péče? Mají představu, co taková péče obnáší? Cílem zdravotníků je především zlepšit zdravotní stav a zajistit, vzhledem ke stavu pacienta, co nejlepší kvalitu života. Specializovaná péče se zaměřuje na dodržování denního biorytmu. Dítě musí být pod neustálým dohledem 24 hodin denně. Ne každý rodič se dokáže s takovou nelehkou životní situací vypořádat. Důvěrný a pozitivně naladěný vztah mezi zdravotnickým personálem a rodiči hraje velmi důležitou roli a napomáhá rodičům tento problém lépe zvládnout.

5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit míru informovanosti matek ohledně péče, která je novorozencům poskytovaná na JIP a JIRP.

Cíl 1: Zmapovat možné příčiny hospitalizace novorozence.

Výzkumný problém: Má věk matky a počet těhotenství nebo porodů vliv na zdravotní stav dítěte?

Otázky č. 1, 2, 5, 9

Výzkumný problém: Jak probíhal porod a co vedlo k hospitalizaci novorozence?

Otázky č. 4, 5, 9

Výzkumný problém: Souvisí množství hospitalizovaných novorozenců na JIP a JIRP s porodní hmotností a pohlavím?

Otázky č. 6, 7, 8

Cíl 2: Zjistit pocity matek hospitalizovaného novorozence na JIP a JIRP.

Výzkumný problém: Jak probíhalo první setkání s dítětem?

Otázky č. 11, 12, 13, 14

Cíl 3: Zjistit jakým způsobem probíhala podpora matek na oddělení JIRP a JIP ze strany zdravotnického personálu.

Výzkumný problém: Na jaké úrovni byl vztah mezi matkou s personálem?

Otázky č. 15, 16

Výzkumný problém: Bylo matkám umožněno zapojení do péče?

Otázky č. 17, 18, 23

Výzkumný problém: Bylo u matek podporováno kojení a jeho podpůrné metody?

Otázky č. 19, 20

Výzkumný problém: Jakým způsobem matky získávaly informace?

Otázky č. 21, 22, 24

Cíl 4: Zmapovat kvalitu poskytované péče.

Výzkumný problém: Byly matky s oddělením spokojené?

Otázky č. 3, 25, 26

Výzkumný problém: Jak vypadal zdravotní stav dítěte po propuštění?

Otázky č. 10, 27, 28, 29

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů pro mé výzkumné šetření byl záměrný. Cílovou skupinou byly matky dětí, které byly hospitalizovány na oddělení JIP nebo JIRP. Aby získané informace měly aktuální význam, od pobytu novorozence na jednotkách intenzivní péče, nesměl uběhnout delší časový úsek než jeden rok.

7 METODA SBĚRU DAT

Ke sběru dat jsem použila metodu kvantitativního výzkumu. Ten je typický vysokou reliabilitou (=spolehlivostí), ale nízkou validitou (=platností). V tomto výzkumu se oslovuje větší množství respondentů. Na konci kvantitativního šetření je tedy k dispozici velké množství povrchových informací. Výhodou je generalizace informací na celou populaci. (KISK FF MU, 2012, online) Získání dat proběhlo prostřednictvím polostrukturovaného dotazníku složeného z 29 otázek. Z toho 14 otázek bylo uzavřených. Pouze na 2 měli dotazující otevřenou možnost odpovědi a zbylých 13 tvořily polouzavřené otázky. Z celkového počtu kladených otázek mohly matky u 16 označit více odpovědí. První otázky dotazníku jsou zaměřené na demografické údaje. Pomocí těchto informací chci zmapovat možné příčiny, které vedly k hospitalizaci novorozence. V dalších otázkách se zabývám pocity matek. Zkoumám také, jaký vliv na ně měl personál a zdali možnosti poskytnuté oddělením byly pro matky přínosné a nápomocné ve zvládání této těžké životní situace. Poslední otázky jsou soustředěné na spokojenost s péčí nemocnice a na stav novorozence po propuštění.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od 11. prosince roku 2018 do 6. ledna 2019. Dotazníky byly zadány do portálu www.survio.com a následně rozeslány elektronickou formou přes internetovou stránku www.facebook.com. Prostřednictvím této sociální sítě jsem oslovila uzavřené skupiny „Nedonošené děti ANEB zázrak je na světě“ a „Nedoklubko – Nejste v tom sami“. Cílem bylo oslovit nejméně 100 respondentů. Matky vyplnily celkem 160 dotazníků, z nich 125 řádně odpovědělo na všechny otázky a dodrželo mé kritérium výběru. Z důvodu využití internetových stránek nemohu určit procento návratnosti, jelikož nelze zjistit množství rodičů, ke kterým se dotazník dostal.

9 ANALÝZA ÚDAJŮ

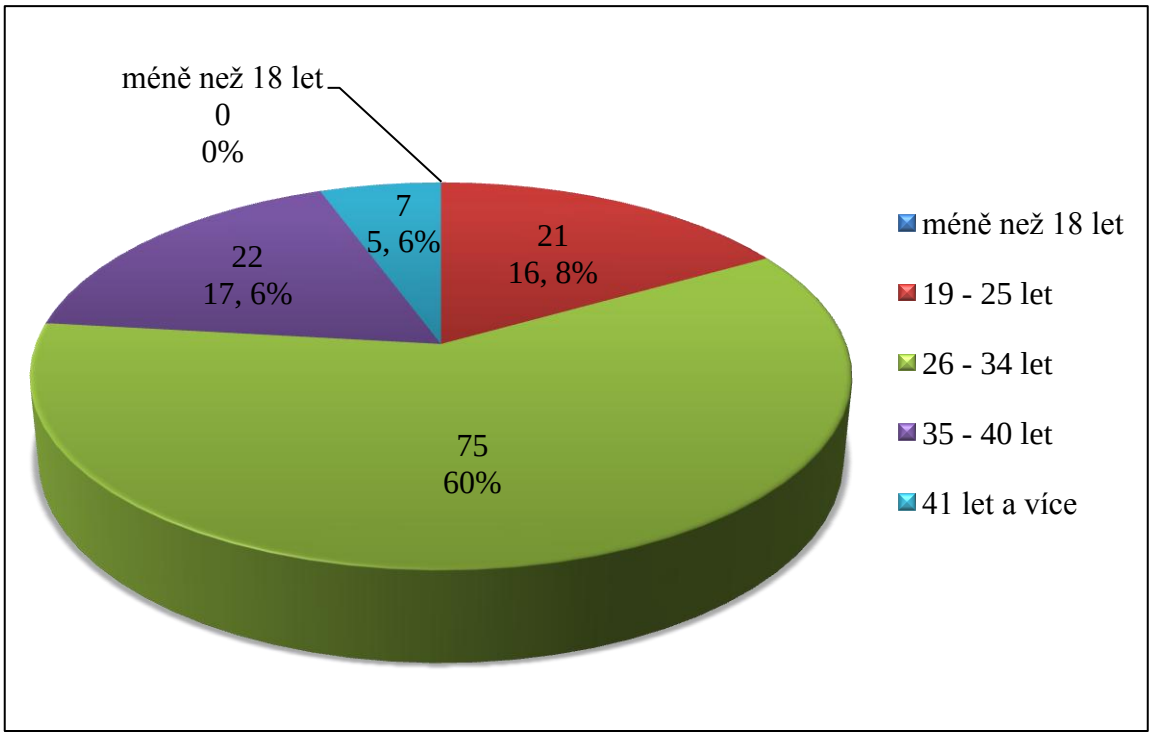
Cíl 1: Zmapovat možné příčiny hospitalizace novorozence

Výzkumný problém: Má věk matky a počet těhotenství nebo porodů vliv na zdravotní stav dítěte?

Otázky č. 1, 2, 5, 9

Otázka č. 1 – **Uveďte prosím Váš věk**

Graf č. 1 – Věk dotazovaných matek

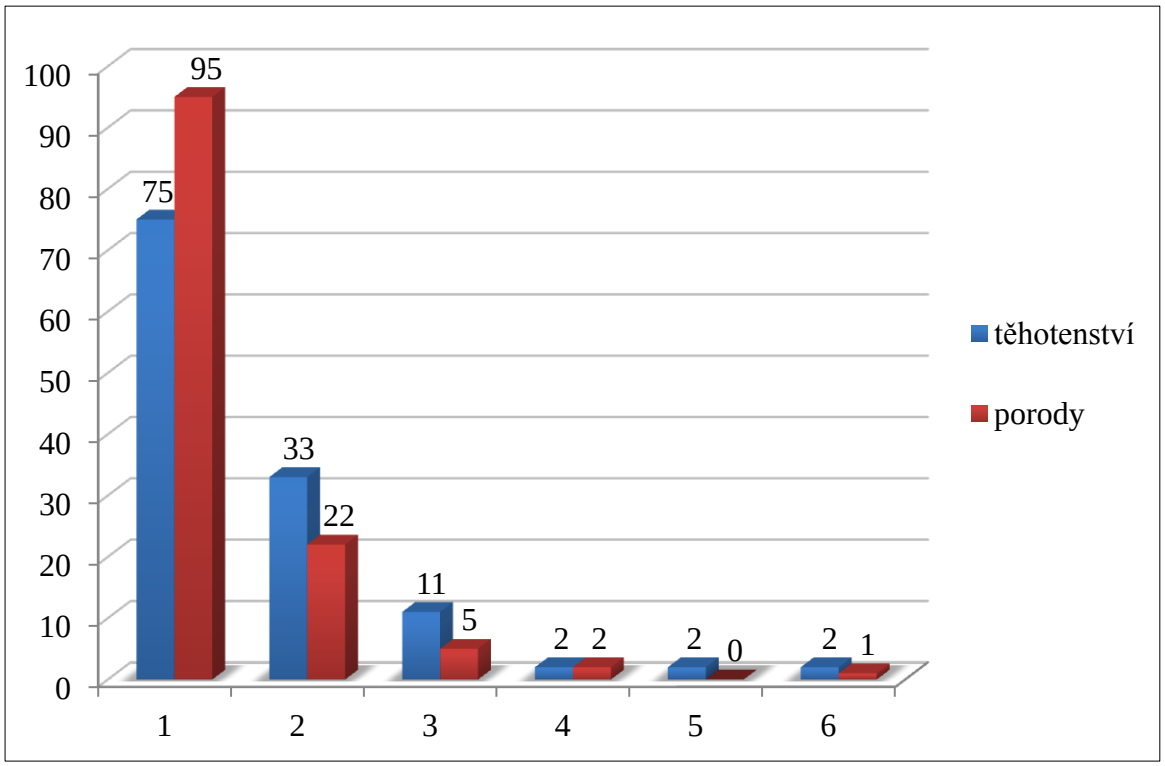


Zdroj: vlastní

Ze 125 dotazovaných matek nebylo žádné z nich méně než 18 let (0%). Ve věku 19-25 let bylo 21 žen (16, 8%). Mezi 26-34 rokem se nacházelo 75 respondentek (60%). 22 z nich (17, 6%) patřilo do skupiny 35-40 let. Posledních 7 žen bylo za věkovou hranicí 41 a více let (5, 6%).

Otázka č. 2 – **Kolikrát jste byla těhotná a kolik máte za sebou porodů**

Graf č. 2 – Počet těhotenství a porodů matek hospitalizovaných novorozenců



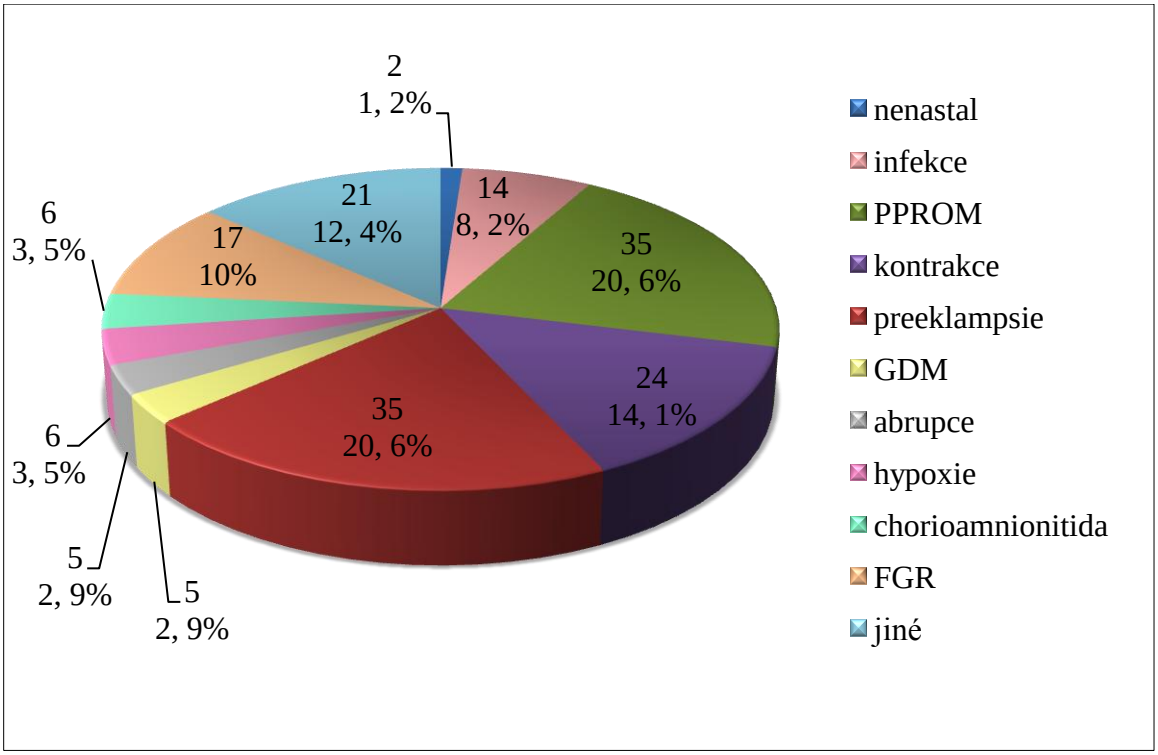
Zdroj: vlastní

Z grafu lze vyčíst, že z celkového počtu 125 matek jich bylo 75 (60%) těhotných jen jedenkrát. 33 žen (26, 4%) čekalo dítě již podruhé. Třetí těhotenství mělo za sebou 11 z nich (8, 8 %). Na počtvrté byly gravidní jen 2 (1, 6 %). Taktéž 2 ženy (1, 6 %) byly těhotné po páté a 2 (1, 6 %) prodělaly šest těhotenství.

Celkem bylo dotazováno 125 matek, z nichž 95 (76 %) přivedlo na svět jen jedno dítě. Dvakrát rodilo 22 žen (17, 6 %). Tři porody zažilo 5 matek (4 %). Počtvrté porodily už jen 2 (1, 6 %). Žádná neměla za sebou 5 porodů (0 %) a poslední rodila 6 krát (0, 8%).

Otázka č. 5 – **Pokud nastal předčasný porod (tj. před 38. týdnem těhotenství), co k němu vedlo**

Graf č. 3 – Příčiny předčasného porodu



Zdroj: vlastní

Tabulka č. 1 – Odpovědi jiné

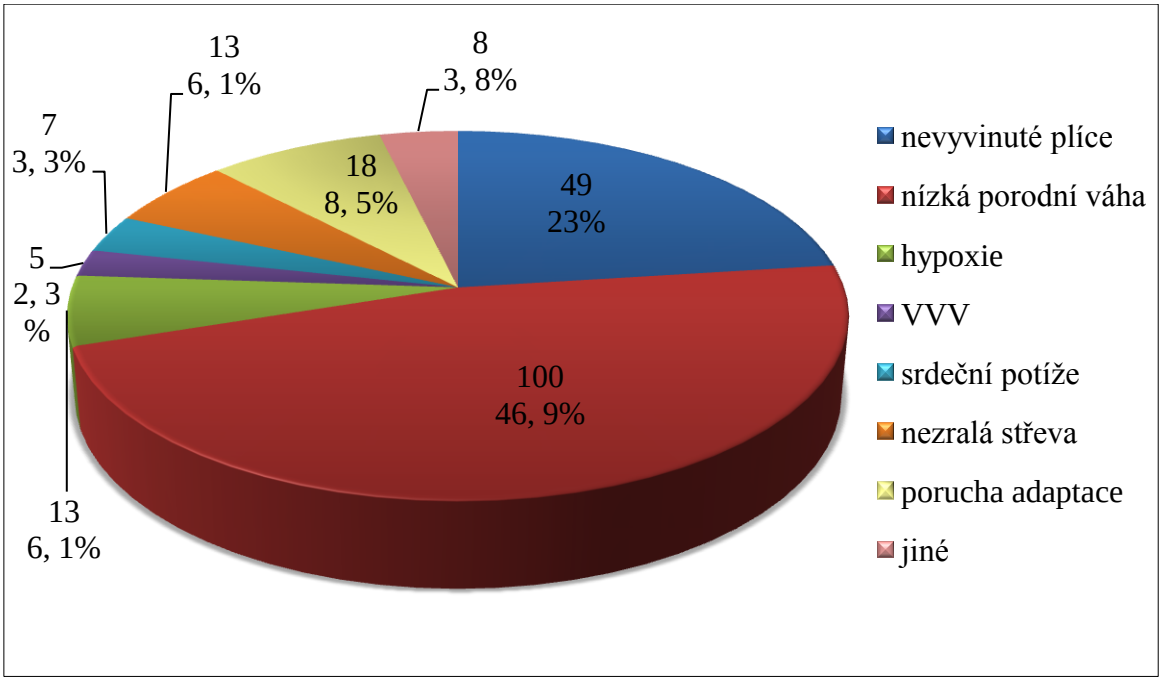
příčiny	počet žen	%
inkompetence děl. hrdla	6	3, 5
důvod neznámý	5	2, 9
HELLP syndrom	3	1, 8
špatná výměna krve	2	1, 2
vícečetná gravidita	2	1, 2
těhotenská cholestáza	1	0, 6
nedostatek plodové vody	1	0, 6
ruptura dělohy	1	0,6
celkem odpovědí	21	12, 4

Zdroj: vlastní

V otázce číslo 5 mohly matky označit více odpovědí. Většina ze 125 žen uvedla jako nejčastější příčinu předčasného porodu preeklampsii a předčasný odtok plodové vody. Kdy tyto možnosti si vybralo po 35 ženách (20, 6 %). U dalších 24 (14, 1%) porod vyvolaly děložní kontrakce. 21 maminek (12, 4%) zvolilo odpověď jiné. U 6 respondentek (3, 5%) byla důvodem inkompetence děložního hrdla. Na to, co způsobilo porod před termínem, se u 5 žen (2, 9%) nepřišlo. 3 maminky (1, 8%) během těhotenství dostali HELLP syndrom, který se stal impulzem k předčasnému ukončení gravidity. Kvůli vícečetné graviditě dříve porodily 2 ženy (1, 2%) a ten samý počet matek uvedlo jako důvod špatnou výměnu krve. Pouze u jednoho případu (0, 6%) byla spouštěčem těhotenská cholestáza nebo ruptura dělohy. Taktéž 1 respondentka (0, 6%) uvedla nedostatek plodové vody. Růstová restrikce se objevila 17 krát (10%). Ve 14 situacích (8, 2%) byla vyvolavatelem infekce. Hypoxie plodu a chorioamnionitida si zvolilo jako svou odpověď po 6 ženách (3, 5%). Mezi poslední příčiny předčasného porodu patří těhotenská cukrovka a abrupce placenty. Matky si obě možnosti vybraly 5 krát (2, 9%). Ve 2 případech vůbec předčasný porod nenastal (1,2%).

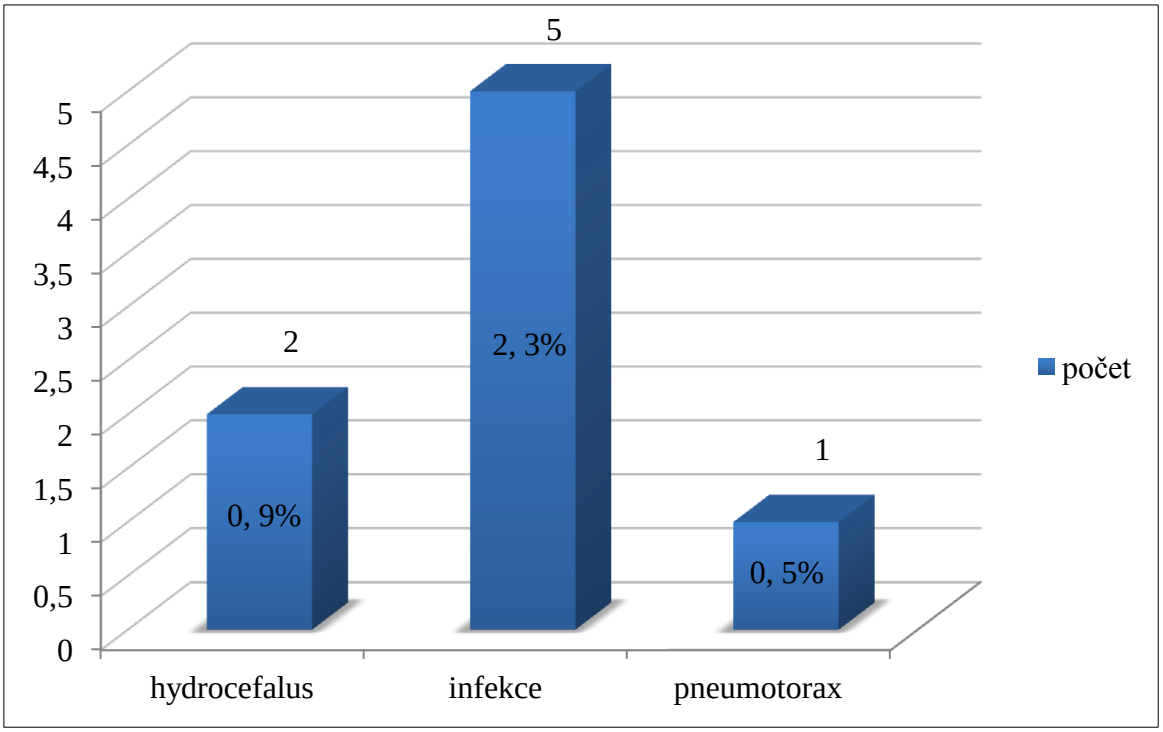
Otázka č. 9 – **Důvody hospitalizace na jednotce JIP nebo JIRP byly**

Graf č. 4 – Příčiny hospitalizace



Zdroj: vlastní

Graf č. 5 – Odpovědi jiné



Zdroj: vlastní

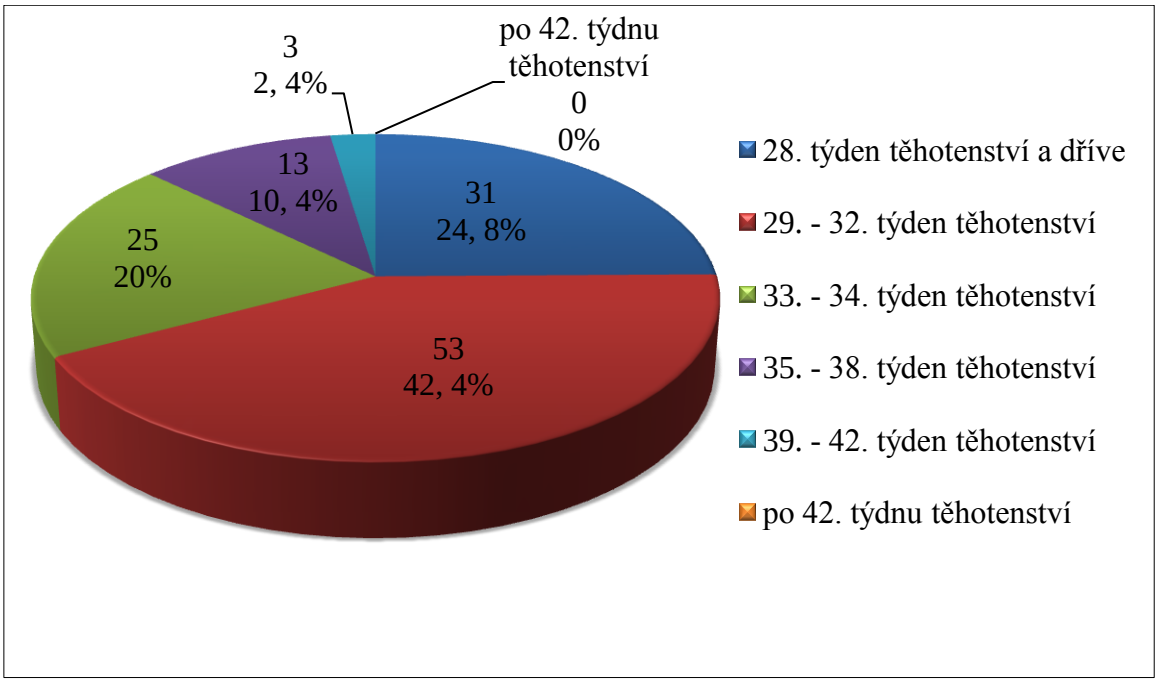
U otázky č. 9 si mohly ženy vybrat libovolný počet odpovědí. Nejčastější příčinou hospitalizace byla nízká porodní hmotnost pod 2 kila, kterou zvolilo, z celkových 125, 100 matek (46, 9%). Ve 49 případech (23%) novorozence trápily nevyvinuté plíce. Z celkového počtu trpělo 18 z nich (8, 5%) poruchou poporodní adaptace. Kvůli hypoxii bylo hospitalizováno 13 dětí (6, 1%). Stejný počet novorozenců trápila nezralá střeva. 8 žen (3, 8%) si vybralo možnost jiné, kdy 5 z nich (2, 3%) uvedlo jako důvod infekci. 2 z hospitalizovaných novorozenců (0, 9%) se narodili s hydrocefalem. Pouze u jednoho (0, 5%) se objevil pneumotorax. Problémy se srdcem mělo 7 miminek (3, 3%). Vrozené vývojové vady postihly 5 narozených dětí (2, 3%).

Výzkumný problém: Jak probíhal porod a co vedlo k hospitalizaci novorozence?

Otázky č. 4, 5, 9

Otázka č. 4 – **V jakém týdnu těhotenství jste porodila**

Graf č. 6 – Týden porodu



Zdroj: vlastní

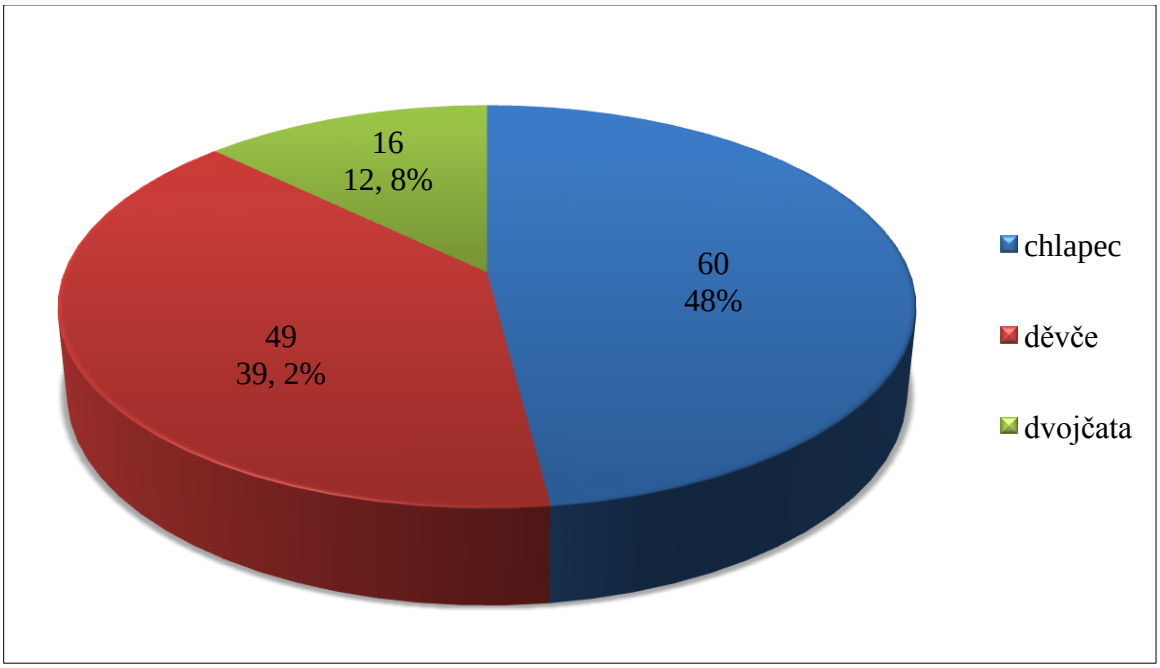
Z grafu je patrné, že necelá polovina a to činí 53 žen (42, 4%) ze 125, porodila mezi 29. a 32. týdnem gravidity. Dalších 31 matek (24, 8%) přivedlo na svět své dítě ve 28. týdnu a dříve. V rozmezí 33. až 34. týdnu těhotenství se narodilo 25 novorozenců (20%). 13 maminek (10, 4%) odpovědělo, že jejich porod proběhl od 35. do 38. týdne gravidity. Zbylé 3 (2, 4%) porodily donošené potomky mezi 39. až 42 týdnem. Žádná respondentka (0%) si nevybrala odpověď po 42. týdnu těhotenství, tudíž ani jedna nepřenášela.

Výzkumný problém: Souvisí množství hospitalizovaných novorozenců na JIP a JIRP s porodní hmotností a pohlavím?

Otázky č. 6, 7, 8

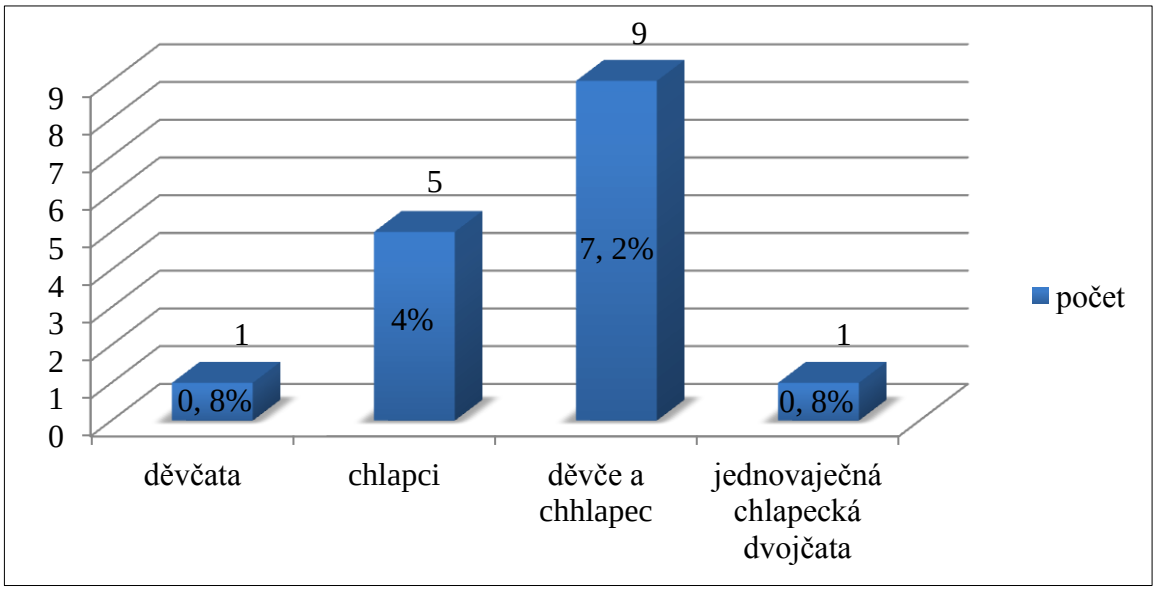
Otázka č. 6 – **Co se Vám narodilo**

Graf č. 7 – Podíl dvojčat a jednočetné gravidity



Zdroj: vlastní

Graf č. 8 – Vícečetné těhotenství

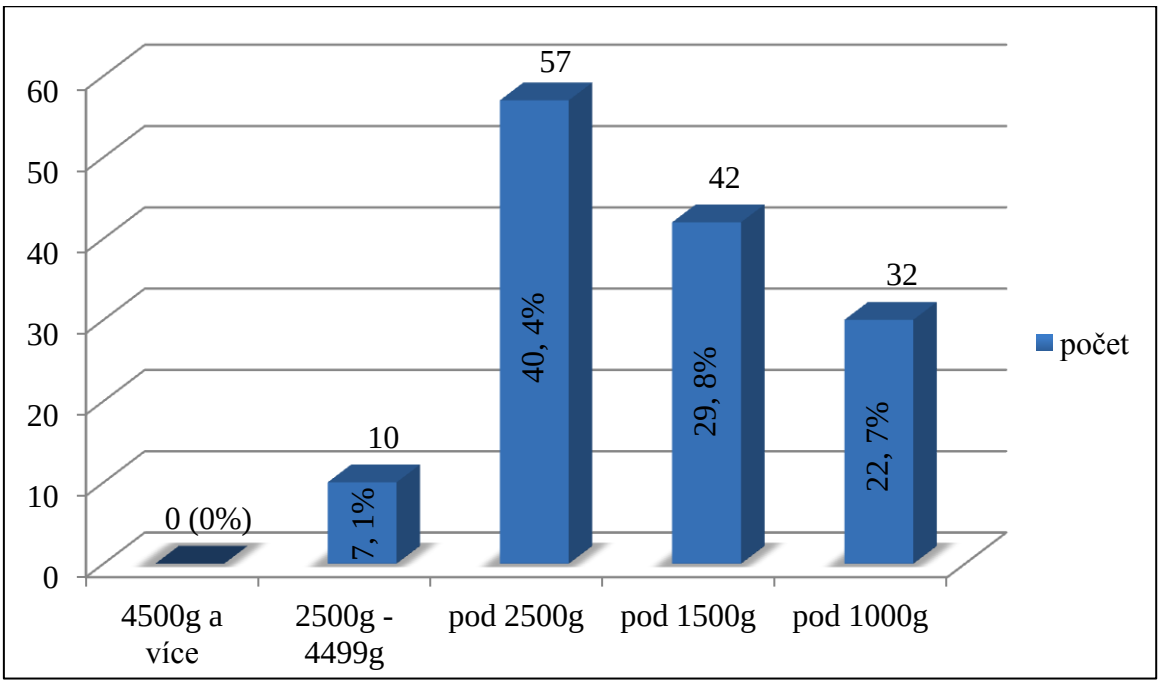


Zdroj: vlastní

Ze 125 odpovědí matek vyplynulo, že se narodilo nejvíce chlapců a to 60 (48%). O něco méně celkem 49 novorozenců (39, 2%) bylo ženského pohlaví. 16 žen (12, 8%) porodilo dvojčata. Z 9 vícečetných gravidit (7, 2%) se narodily dvojvaječná smíšená dvojčata tvořená chlapcem a dívkou. V 5 případech (4%) se narodili dva chlapci. Pouze jednou (0, 8%) se objevila dívčí dvojčata. Dokonce z 1 vícečetného těhotenství (0, 8%) přišli na svět jednovaječní chlapci.

Otázka č. 7 – **Jaká byla porodní hmotnost novorozence**

Graf č. 9 – Hmotnost novorozenců

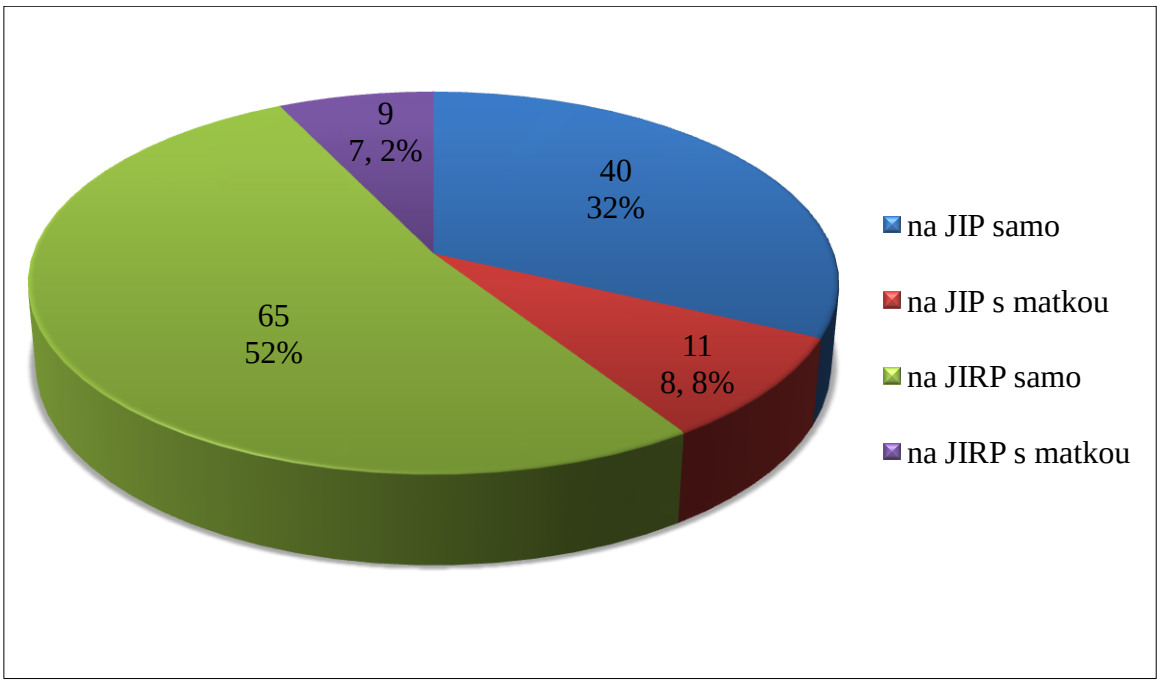


Zdroj: vlastní

57 žen (40, 4%) ze 125 oslovených označilo, že jejich novorozené děti měly porodní váhu menší než 2 500g. Pod 1500 g mělo při narození 42 novorozenců (29, 8%). S porodní hmotností nižší než 1000 g přišlo na svět 32 potomků (22, 7%). Zbylých 10 chlapců nebo dívek (7, 1%) vážily po porodu mezi 2 500 g a 4 499g. Více jak 4 500 g nemělo ani jedno dítě (0%).

Otázka č. 8 – **Kde bylo Vaše dítě hospitalizováno**

Graf č. 10 – Místa hospitalizace novorozenců



Zdroj: vlastní

Z celkových 125 odpovědí matky nejčastěji uvedly, že jejich novorozenci byli hospitalizováni sami na oddělení JIRP a to v 65 případech (52%). 40 novorozenců (32%) bylo po porodu převezeno na jednotku intenzivní péče, kde byli sami. S 11 dětmi (8, 8%) byly na oddělení JIP ubytovány i matky. U ostatních 9 chlapců nebo děvčat (7, 2%) si na jednotce intenzivní a resuscitační péče zajistily pokoj i jejich maminky.

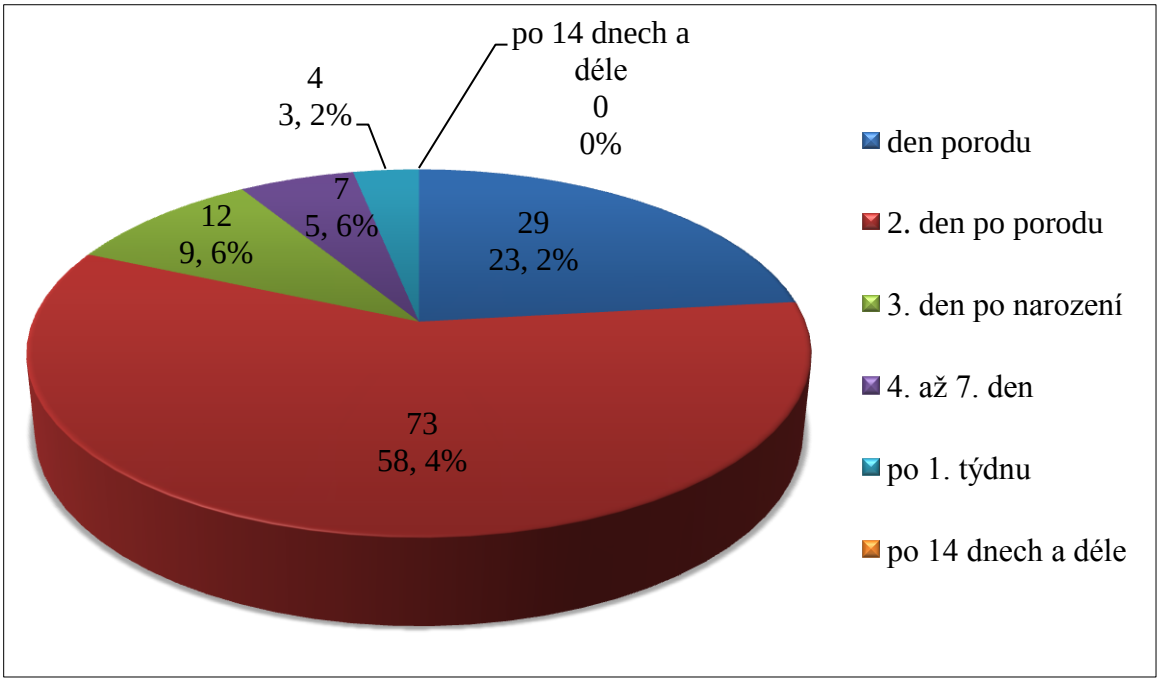
<u>Cíl 2:</u> Zjistit pocity matek hospitalizovaného novorozence na JIP a JIRP

Výzkumný problém: Jak probíhalo první setkání s dítětem?

Otázky č. 11, 12, 13, 14

Otázka č. 11 – **Poprvé jsem za svým dítětem na oddělení JIP/JIRP byla**

Graf č. 11 – Den první návštěvy

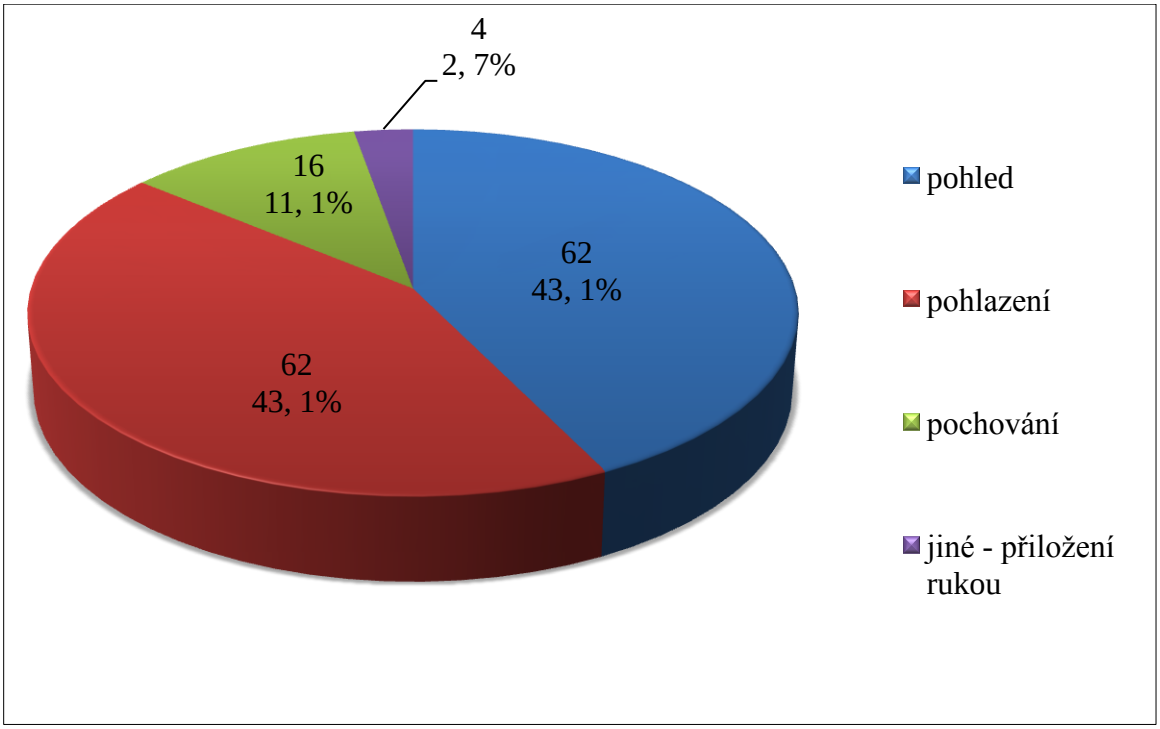


Zdroj: vlastní

Nejvíce matek a to 73 ze 125 přišlo navštívit své dítě na oddělení 2. den po porodu z nich (58, 4%). Celých 29 žen (23, 2%) vidělo svého potomka hospitalizované na JIP nebo JIRP ihned v den porodu. 3. den po narození přišlo za svým novorozencem 12 maminek (9, 6%). Mezi 4. až 7. dnem od narození uvítalo na jednotky intenzivní péče 7 žen (5, 6%). Zbylé 4 matky (3, 2%) navštívily svého novorozeného syna nebo dceru až po 1. týdnu od porodu. Žádná z respondentek (0%) neuvedla, že by své dítě uviděla až po 14 a více dnech od té doby, co ho porodila.

Otázka č. 12 – **Váš první kontakt probíhal**

Graf č. 12 – Metody prvního kontaktu s novorozencem



Zdroj: vlastní

Ve 12. otázce mohly respondentky zvolit více možností své odpovědi. 62 matek (43, 1%) z celkových 125 mohlo při první návštěvě pozorovat svého potomka pouze pohledem skrze inkubátor nebo vyhřívané lůžko. Stejné množství žen si mohlo novorozence rovnou pohladit. V 16 případech (11, 1%) měly povoleno si svého syna nebo dceru rovnou pochovat. 4 krát (2, 7%) byla zvolena odpověď jiné, kde všechny maminky uvedly, že na své nedonošené dítě mohly pouze přiložit své ruce, ale nesměly jej hladit.

Otázka č. 13 – **Při první návštěvě jste**

Tabulka č. 2 – Pocity matek při první návštěvě

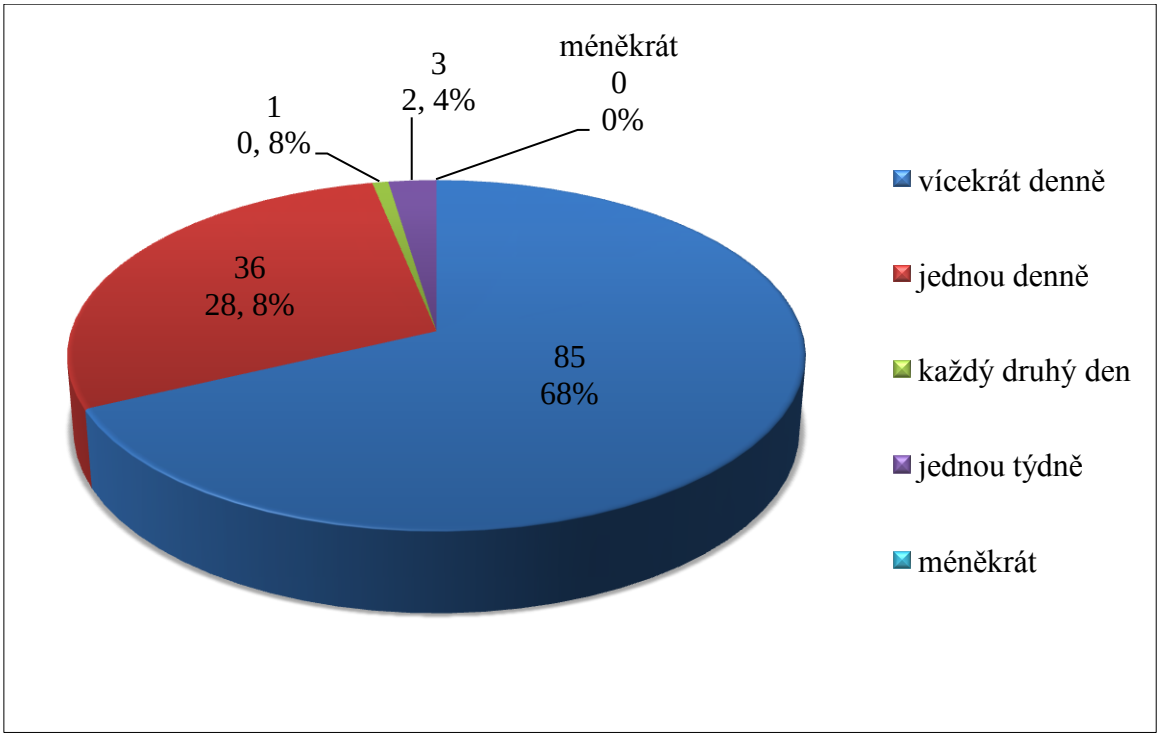
pocity	počet	%
strach o život dítěte	100	26, 2
bezmoc	88	23
obavy z budoucnosti	63	16, 5
obava z dotyku	54	14, 1
štěstí z narození dítěte	51	13, 4
nervozita kvůli hlučnosti	15	3, 9
napětí z důvodu narušování prostředí personálem	4	1
nepříjemný dojem z přítomnosti jiných rodičů	4	1
jiné – pocit selhání a viny	3	0, 8
celkem odpovědí	382	100

Zdroj: vlastní

U otázky č. 13 byla možnost více odpovědí. Celkem na otázku odpovědělo 125 matek. 100 respondentek (26, 2%) uvedlo, že při první návštěvě pociťovaly strach o život svého dítěte. Pocity bezmoci ovlivnily 88 žen (23%). Obavy z budoucnosti mělo 63 (16, 5%) z celkového počtu. 54 matek (14, 1%) se poprvé bálo na svého novorozence sáhnout. Štěstí při pohledu na svého potomka se zmocnilo 51 maminek (13,4%). 15 žen (3, 9%) pociťovalo nervozitu kvůli hlučnosti okolních přístrojů. 4 další (1%) se necítily dobře z důvodu narušování prostředí personálem. Stejné početní zastoupení uvedlo, že měly nepříjemný pocit z přítomnosti dalších rodičů. Zbylé 3 matky (0, 8%) si vybraly možnost jiné, kdy všechny vnímaly pocit selhání a viny za stav svého dítěte.

Otázka č. 14 – **Za svým dítětem jste docházela**

Graf č. 13 – Četnost návštěv



Zdroj: vlastní

Z grafu lze vypozorovat, že z celkového počtu 125 žen, větší část svého novorozence navštěvovala vícekrát denně a to 85 (68%) z nich. 36 matek (28, 8%) za svým dítětem docházelo jednou denně. Jen 3 maminky (2, 4%) viděly svou dceru nebo syna jednou týdně. Každý druhý den přišla na návštěvu 1 dotazovaná žena (0, 8%). Žádná respondentka (0%) nechodila na oddělení JIP nebo JIRP méněkrát.

Cíl 3: Zjistit, jaký byl zájem zdravotnického personálu JIP a JIRP o matky

Výzkumný problém: Na jaké úrovni byl vztah mezi matkou s personálem?

Otázky č. 15, 16

Otázka č. 15 – **Jak na Vás působili lékaři**

Tabulka č. 3 – Vztah s lékaři

služby lékařů	počet	%
informace o každé změně stavu	107	21
srozumitelné informace a chápající přístup	103	20, 2
informování o vyšetřeních a výkonech	79	15, 5
telefonní spojení	76	14, 9
objasnění využití přístrojů	74	14, 5
informování o překladu	40	7, 9
odborná mluva	14	2, 8
nedostatek potřebných informací	8	1, 6
nebyli vždy k dispozici	7	1, 4
jiné – vše vysvětleno v rychlosti	1	0, 2
celkem odpovědí	509	100

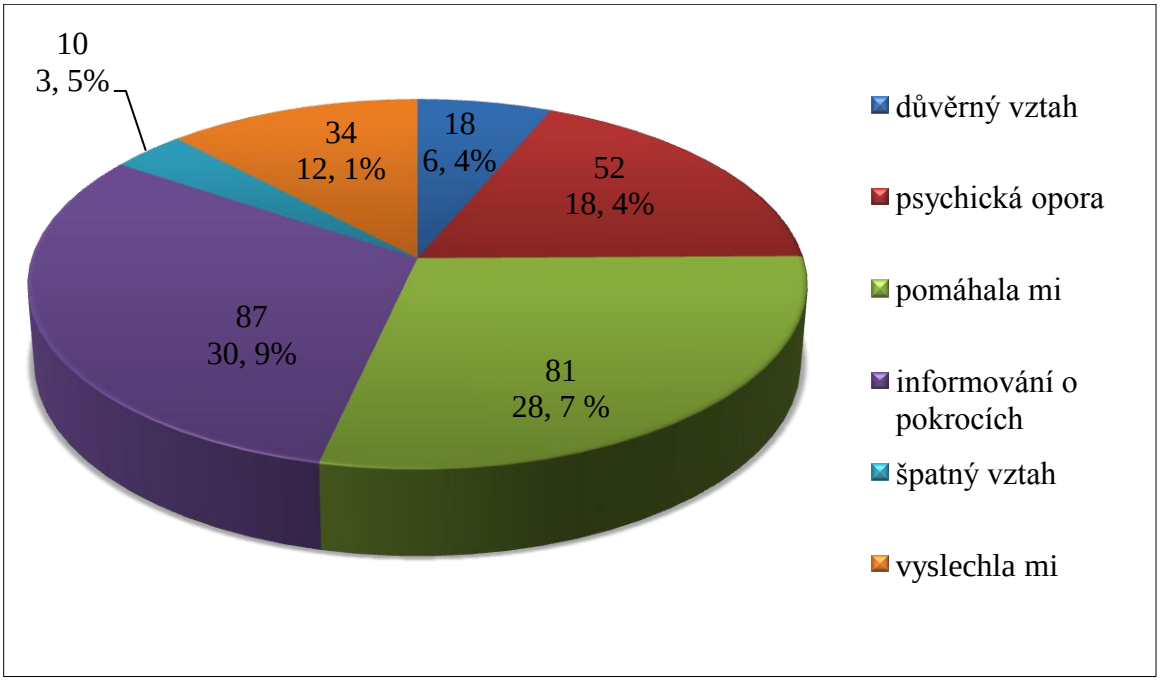
Zdroj: vlastní

U otázky č. 15 mohly oslovené matky zvolit libovolný počet odpovědí. 107 (21%) žen bylo informováno o každé změně zdravotního stavu svého dítěte. 103 (20, 2%) uvedlo, že lékaři na ně mluvili srozumitelně a vysvětlili jim diagnózu tak, aby vše pochopily. Předem byly podány informace o následujících vyšetřeních a výkonech 79 matkám (15, 5%). Možnost telefonního spojení nabídl lékařský personál, v případě potřeby, 76 respondentkám (14, 9%). V 74 situacích (14, 5%) se matkám dostalo i objasnění, k čemu

dané přístroje okolo dítěte slouží. Pokud došlo k přesunu novorozence na jiné oddělení, ihned lékaři informovali 40 (7, 9%) z celkového počtu 125 oslovených. 14 matek (2, 8%) mělo pocit, že s nimi bylo komunikováno příliš odborně. 8 ostatním dotazovaným ženám (1, 6%) se nedostalo dostatečné množství informací. Další odpovědi poukázaly na to, že 7 maminkám (1, 4%) nebyli lékaři vždy k dispozici. Jediná respondentka (0, 2%) si vybrala odpověď jiné. V tomto případě lékařští pracovníci podávali informace příliš rychle a nedávali dostatek času na vstřebání nových skutečností.

Otázka č. 16 – **Všeobecná sestra/porodní asistentka**

Graf č. 14 – Vztah s všeobecnou sestrou nebo porodní asistentkou



Zdroj: vlastní

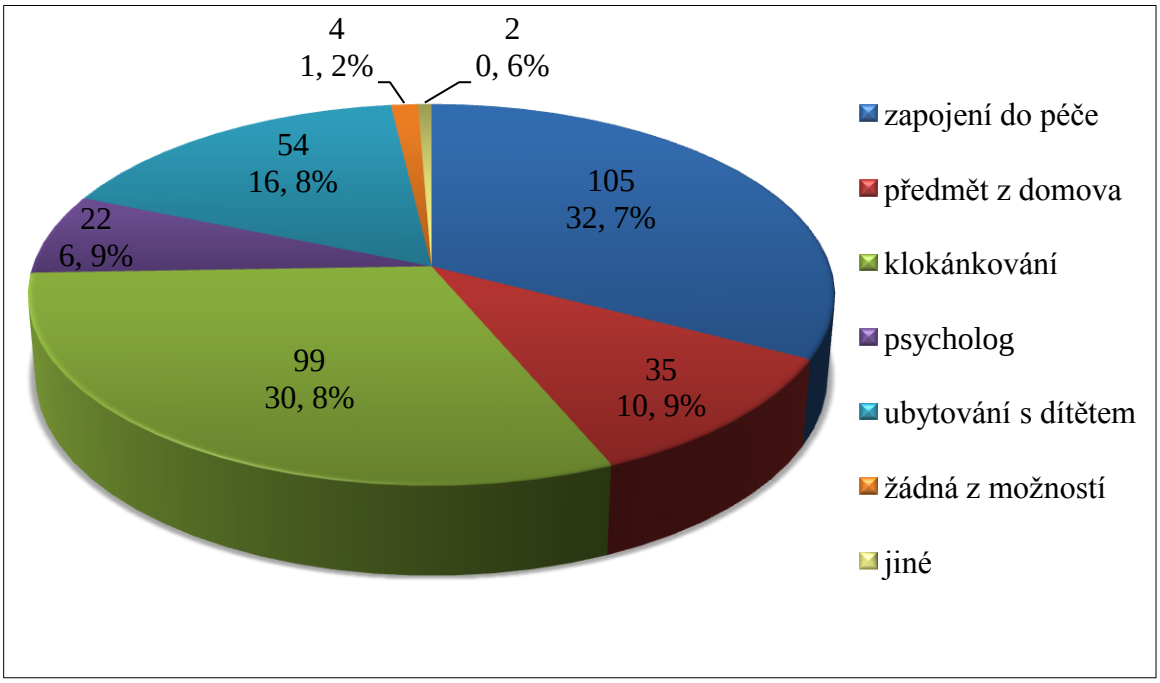
Otázka č. 16 nabízela matkám možnost vybrat si více odpovědí. Větší polovina dotazovaných, 87 (30, 9%) z celkových 125 uvedla, že porodní asistentka nebo všeobecná sestra jim sdělovala pokroky, které jejich dítě udělalo. 81 matkám (28, 7%) byla všeobecná sestra nebo porodní asistentka vždy nápomocná. V 52 případech (18, 4%) nacházely maminky ve zdravotním personálu psychickou oporu. 34 ženám (12, 1%), které měly své dítě hospitalizované na JIP nebo JIRP pomohlo, že je porodní asistentka nebo sestra vždy vyslechla. 18 krát (6, 4%) došlo k vytvoření důvěrného vztahu mezi matkou a zdravotnicí pečující o jejího potomka. Zbylých 10 respondentek (3, 5%) nemělo dobrý vztah s všeobecnou sestrou/porodní asistentkou.

Výzkumný problém: Bylo matkám umožněno zapojení do péče?

Otázky č. 17, 18, 23

Otázka č. 17 – **Na jednotce JIP nebo JIRP Vám byla nabídnuta**

Graf č. 15 – Možnosti oddělení

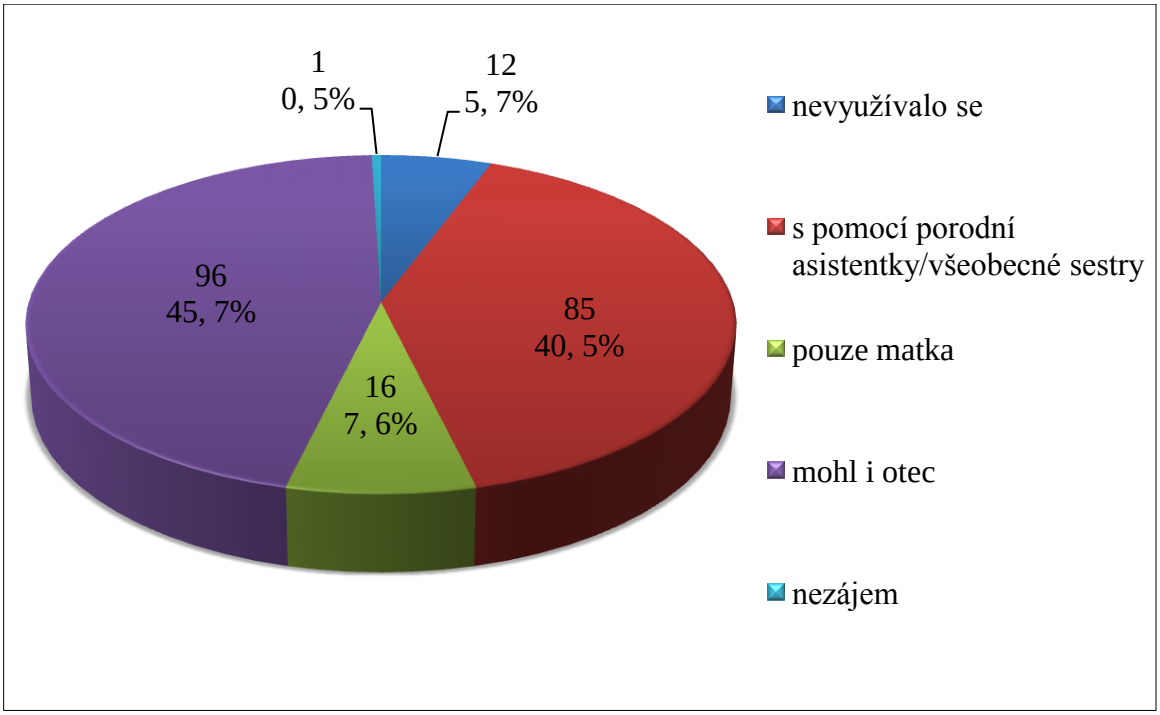


Zdroj: vlastní

Otázka č. 17 umožnila respondentkám označit více odpovědí. Nejvíce matek, 105 (32, 7%) z celkových 125, mělo možnost se zapojit do péče o dítě. Dalším 99 (30, 8%) bylo nabídnuto klokánkování. 54 maminkám (16, 8%) na oddělení JIP nebo JIRP zdravotníci navrhli možnost ubytování s novorozencem. Mezi výhody jednotky intenzivní péče uvedlo 35 žen (10, 9%) to, že rodiče mohli přinést dítěti plyšáka, deku, nahrávku jejich hlasu, polštářek či jiné předměty z domova. 22 osloveným (6, 9%) byla nabídnuta schůzka s psychologem. 4 respondentky (1, 2%) uvedly, že žádná z výše uvedených možností, jim na oddělení JIP nebo JIRP nabídnuta nebyla. 2 maminky (0, 6%) si vybraly odpověď jiné. Na oddělení dostaly totiž navíc možnost, aby jejich novorozeného syna nebo dceru přišly navštívit babička a dědeček.

Otázka č. 18 – **Metoda klokánkování**

Graf č. 16 – Klokánkování

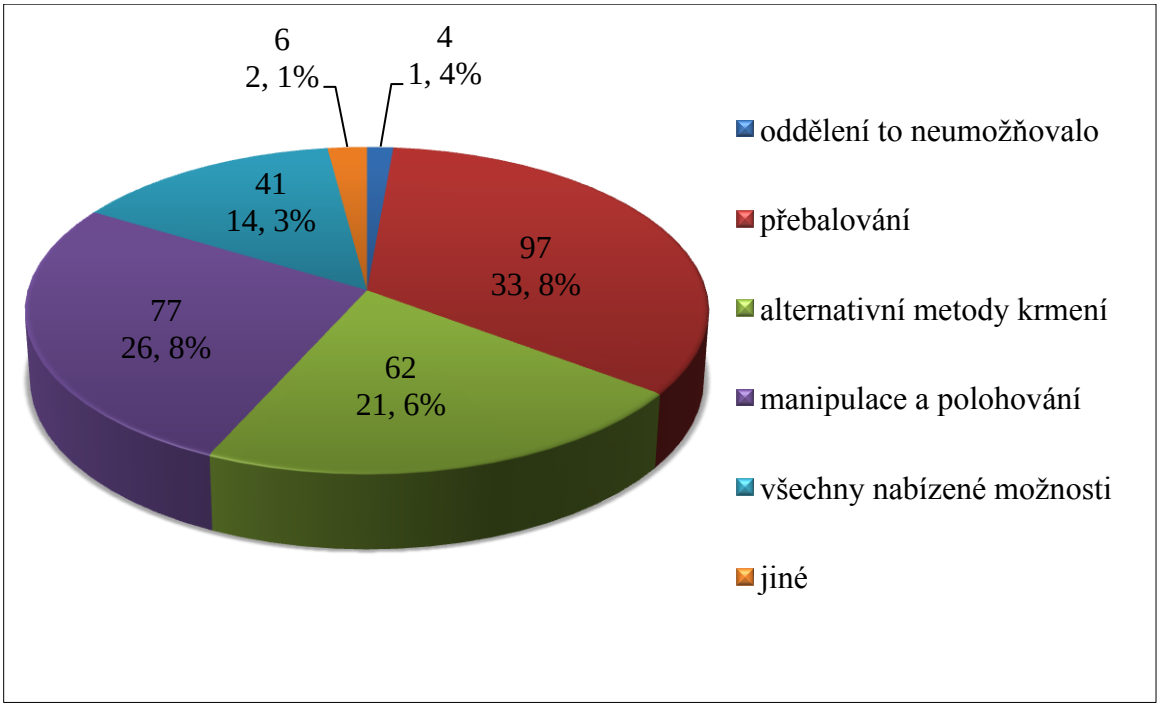


Zdroj: vlastní

Tato otázka nabízela možnost vybrat si více odpovědí. Z celkového počtu 125 žen jich 96 (45, 7%) uvedlo, že klokánkování mohl vyzkoušet i otec. 85 maminkám (40, 5%) zpočátku pomáhala porodní asistentka nebo všeobecná sestra. V 16 případech (7, 6%) klokánkování mohla praktikovat pouze matka dítěte. Ve 12 odděleních (5, 7%) JIP nebo JIRP se tato metoda vůbec nevyužívala. Poslední žena (0, 5%) o klokánkování neměla zájem.

Otázka č. 23 – **Do jakých činností jste se zapojila**

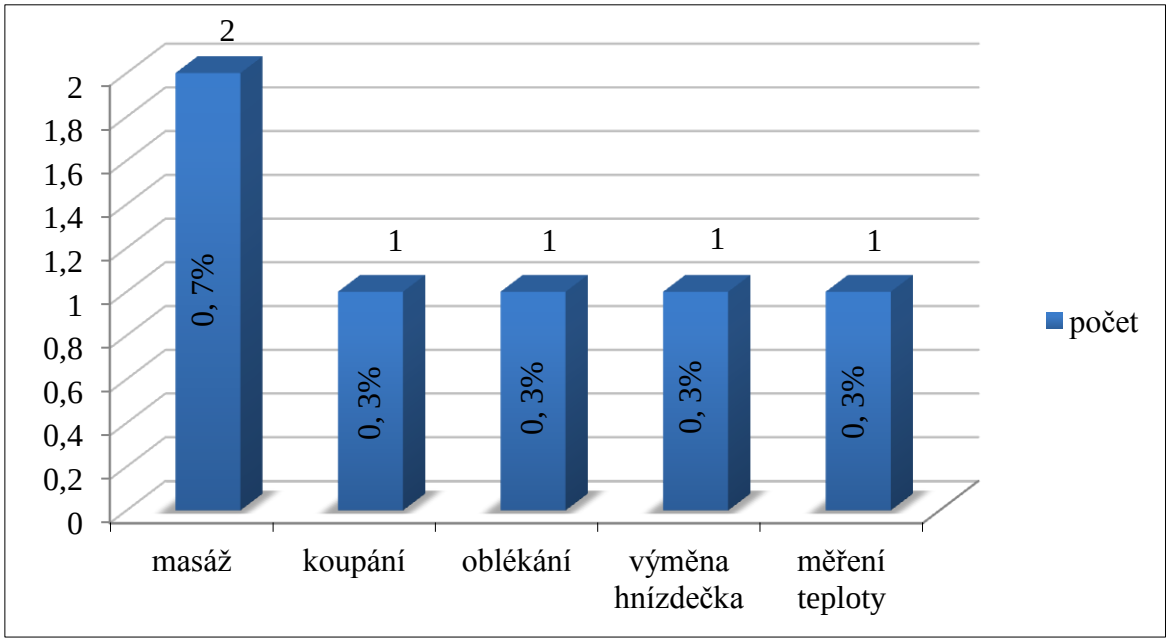
Graf č. 17 – Zapojení matek do péče o dítě



Zdroj: vlastní

U otázky č. 23 si respondentky mohly zvolit libovolný počet odpovědí. Kritérium výběru splnilo 125 žen. Nejvíce z nich, celých 97 matek (33, 8%), mohly svého novorozence během pobytu na oddělení přebalovat. 77 žen (26, 8%) se podílelo na manipulaci a polohování svého dítěte. Vyzkoušet si alternativní metody krmení bylo umožněno v 62 případech (21, 6%). 41 oslovených (14, 3%) uvedlo, že všechny předešlé možnosti oddělení JIP nebo JIRP umožňovalo. 6 krát (2, 1%) se objevila odpověď jiné. Posledním 4 (1, 4%) na jednotkách intenzivní péče nebylo umožněno nic z nabízených metod.

Graf č. 18 – Odpovědi jiné



Zdroj: vlastní

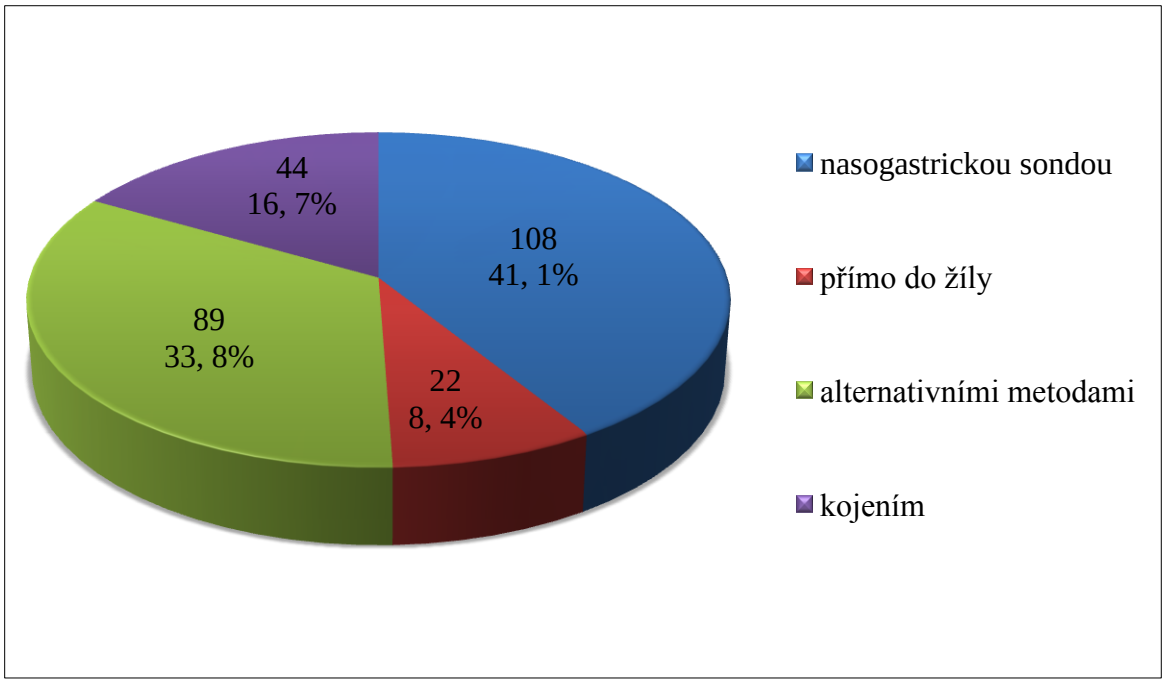
Mezi odpovědi jiné 2 ženy (0, 7%) uvedly, že mohly ještě navíc novorozence masírovat. Jedné matce (0, 3%) bylo umožněno svého potomka na oddělení JIP nebo JIRP i vykoupat. Další žena (0, 3%) měla možnost se podílet na výměně hnízdečka, na němž děti leží. Měření teploty mohla během své přítomnosti vykonávat též 1 maminka (0, 3%). Poslední odpovědí bylo oblékání, jež napsala pouze jedna respondentka (0, 3%).

Výzkumný problém: Bylo u matek podporováno kojení a jeho podpůrné metody?

Otázky č. 19, 20

Otázka č. 19 – **Dítě bylo vyživováno**

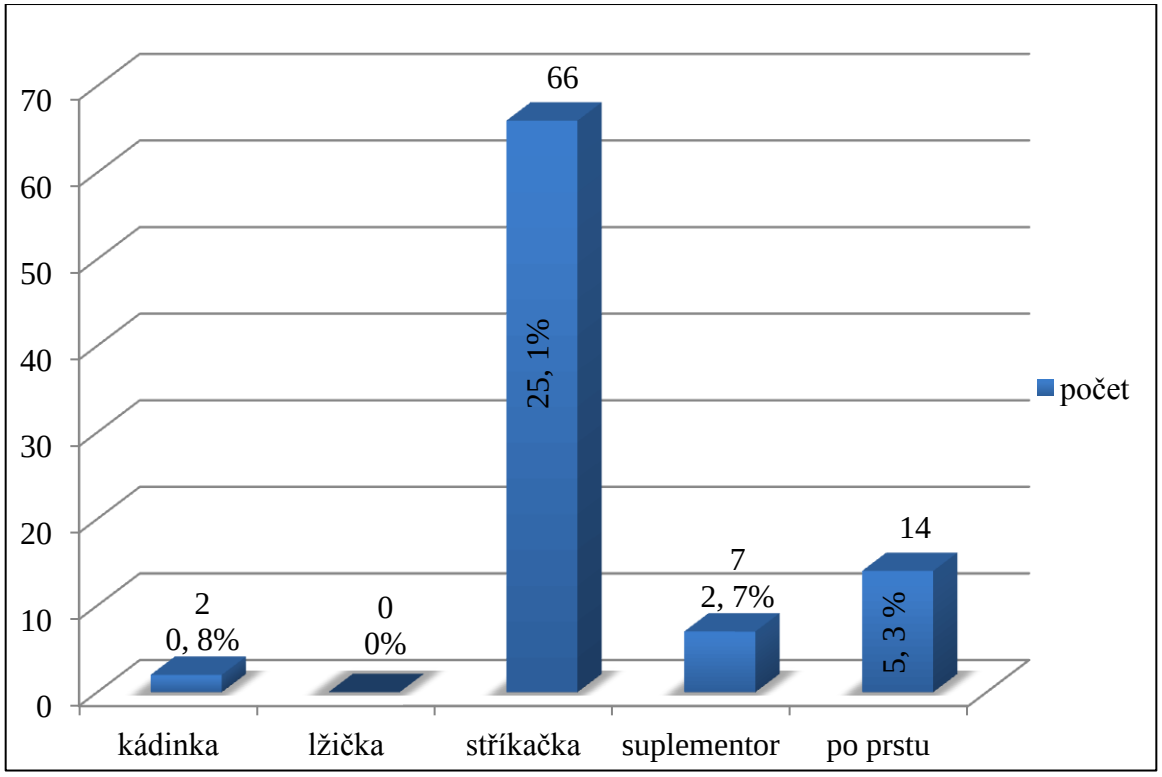
Graf č. 19 – Metody výživy novorozenců



Zdroj: vlastní

Otázka č. 19 nabízela více možností odpovědí. 108 novorozenců (41, 1%) bylo vyživováno nasogastrickou sondou zavedenou přes nos. V 89 případech (33, 8%) se děti krmily pomocí alternativních metod. Dalších 44 matek (16, 7%) své potomky vyživovalo kojením. Ze zdravotních důvodů byla u 22 dětí (8, 4%) zapotřebí výživa přímo do žíly.

Graf č. 20 – Alternativní metody krmení

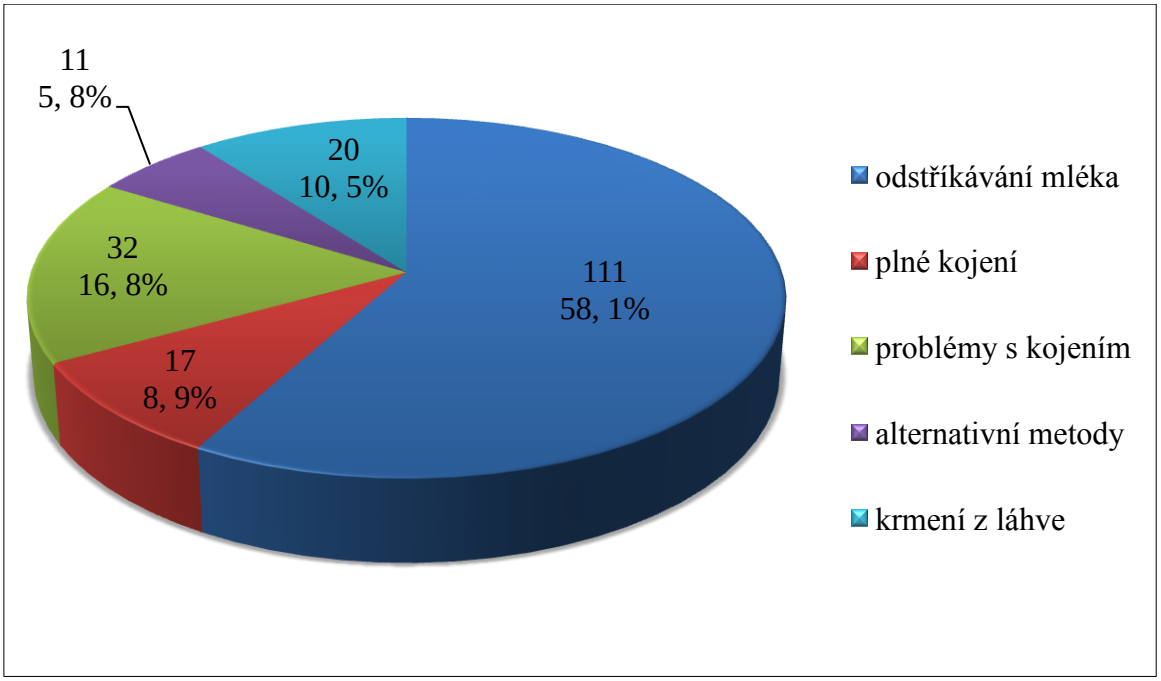


Zdroj: vlastní

Pokud si matky vybraly odpověď, že jejich novorozenec byl krmen pomocí alternativních metod, musely zvolit jakou technikou. Největší zastoupení mělo krmení přes stříkačku. To se objevilo 66 krát (25, 1%). 14 miminek (5, 3%) na oddělení JIP nebo JIRP se vyživovalo alternativní metodou po prstu. 7 krát (2, 7%) matky využívaly suplementoru a krmily své potomky přes prs. Zbylé 2 ženy (0, 8%) využily k výživě novorozence kádinku. Lžička nebyla použita ani jednou (0%).

Otázka č. 20 – **Výživa směřovala k podpoře kojení**

Graf č. 21 – Podpora kojení



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 20 si mohly dotazované ženy vybrat více odpovědí. Ve 111 případech (58, 1%) docházelo k podpoře kojení a to tím, že matky odstříkávaly své mléko. Plně kojilo 17 (8, 9%) z celkových 125 žen. 32 matek (16, 8%) uvedlo, že s kojením měly problémy. U obou odpovědí výživa směřovala k podpoře kojení. 11 dalších maminek (5, 8%) vedlo oddělení k podpoře kojení a to pomocí alternativních metod. Pouze 20 osloveným ženám (10, 5%) se na oddělení nedostalo motivace ke kojení a novorozenec byl krmen z láhve.

Výzkumný problém: Jakým způsobem matky získávaly informace?

Otázky č. 21, 22, 24

Otázka č. 21 – **Edukace proběhla v oblasti**

Tabulka č. 4 – Edukace matek

oblast edukace	počet	%
dezinfekce rukou	106	17, 7
přebalování	98	16, 3
manipulace a polohování dítěte	94	15, 7
kojení	83	13, 8
používání ústenek a sterilních plášťů	64	10, 7
návštěvní řád	63	10, 5
efektivní komunikace s dítětem	51	8, 5
alternativní metody krmení	40	6, 7
jiné - koupání	1	0, 2
celkem odpovědí	600	100

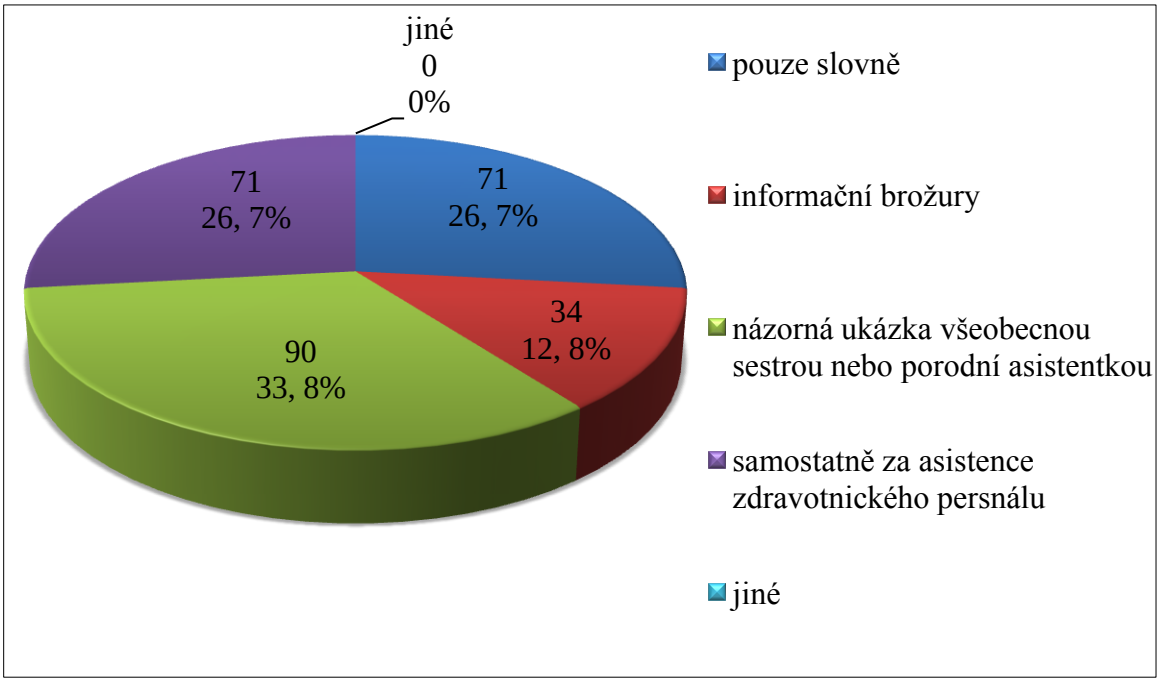
Zdroj: vlastní

125 oslovených matek mělo možnost výběru více odpovědí. 106 (17, 7%) jich bylo edukováno v oblasti dezinfekce rukou. 98 žen (16, 3%) se dostalo informací o přebalování. Všeobecné sestry nebo porodní asistentky edukovaly v 94 případech (15, 7%) ohledně manipulace a polohování novorozence. 83 respondentek (13, 8%) na oddělení JIP nebo JIRP bylo vzděláno v oblasti kojení. O správném použití ústenek a sterilních plášťů podali zdravotníci informace 64 dotazovaným ženám (10, 7%). Edukace matek ohledně návštěvního řádu proběhla u 63 z nich (10, 5%). Jak efektivně komunikovat s dítětem vysvětlil odborný personál 51 maminkám (8, 5%). Informace o alternativním krmení

novorozenců na JIP a JIRP podaly všeobecné sestry nebo porodní asistentky už jen 40 ženám (6, 7%). Pouze 1 oslovená (0, 2%) matka hospitalizovaného dítěte si vybrala odpověď jiné a to edukaci v oblasti koupání.

Otázka č. 22 – **Jakou formou Vám personál předával informace ohledně péče o dítě**

Graf č. 22 – Formy předávání informací ohledně péče o novorozence



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 125 respondentek, které si mohly vybrat libovolný počet odpovědí, jich větší polovina a to 90 (33, 8%) odpověděla, že informace ohledně péče o jejich novorozence jim porodní asistentka nebo všeobecná sestra předvedly pomocí názorné ukázky. 71 matek (26, 7%) se mohlo o svého potomka starat během své přítomnosti na JIP nebo JIRP samostatně za dohledu zdravotnického personálu. Všeobecná sestra nebo porodní asistentka stejnému počtu žen pouze slovně vysvětlila, jak pečovat o hospitalizovaného novorozence. Informační brožury posloužily k rozšíření obzorů zbylým 34 maminkám (12, 8%). Žádná oslovená (0%) si nevybrala odpověď jiné.

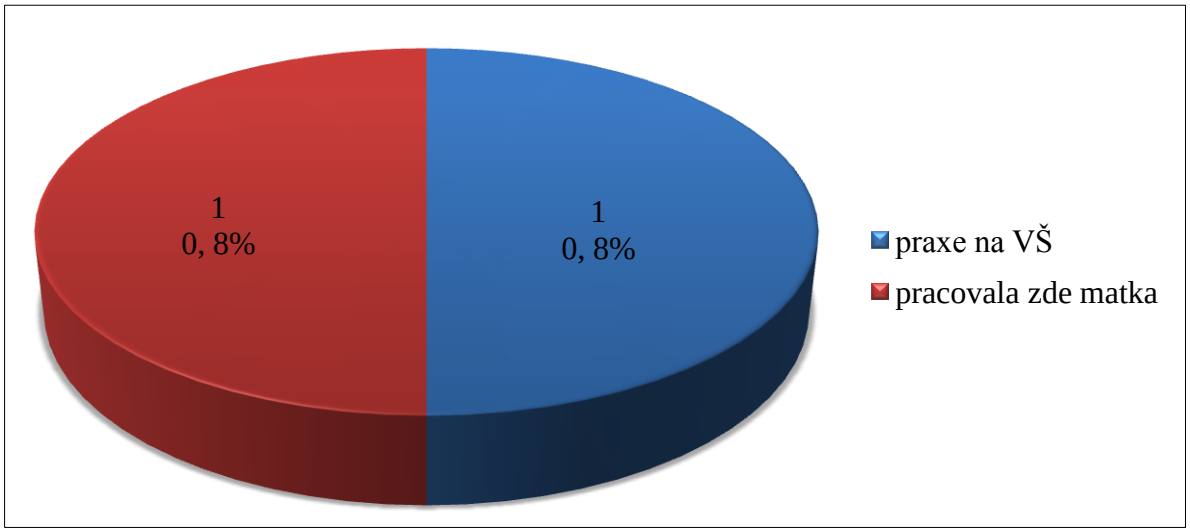
Otázka č. 24 – **S oddělením JIP nebo JIRP jste měla dřívější zkušenosti**

Tabulka č. 5 – Zkušenosti s oddělením JIP/JIRP

zkušenosti	počet	%
žádné	111	88, 8
od kamarádek	5	4
hospitalizace předchozího dítěte	5	4
z internetu	2	1, 6
na oddělení jsem pracovala	0	0
jiné	2	1, 6
celkem odpovědí	125	100

Zdroj: vlastní

Graf č. 23 – Odpovědi jiné



Zdroj: vlastní

Celkem dotazník vyplnilo 125 žen. 111 (88, 8%) nemělo žádné zkušenosti s oddělením JIP ani JIRP. 5 maminek (4%) uvedlo, že se jim dostalo informací od kamarádek. 5 dalších respondentek (4%) mělo na jednotce intenzivní péče hospitalizované už své předchozí dítě. Z internetu se o chodu na novorozeneckém oddělení dozvěděly 2 ženy (1, 6%). Zbylé 2 maminky (1, 6%) uvedly odpověď jiné. Kdy 1 z nich (0, 8%) měla na jednotce intenzivní

péče praxi při studium na vysoké škole. Druhá měla informace od matky, která dříve na JIP/JIRP pracovala. Zaměstnaná na tomto oddělení nebyla žádná z matek (0%).

Cíl 4: Zmapovat kvalitu poskytované péče

Výzkumný problém: Byly matky s oddělením spokojené?

Otázky č. 3, 25, 26

Otázka č. 3 – **Poslední porod byl v porodnici**

Tabulka č. 6 – Místa porodu

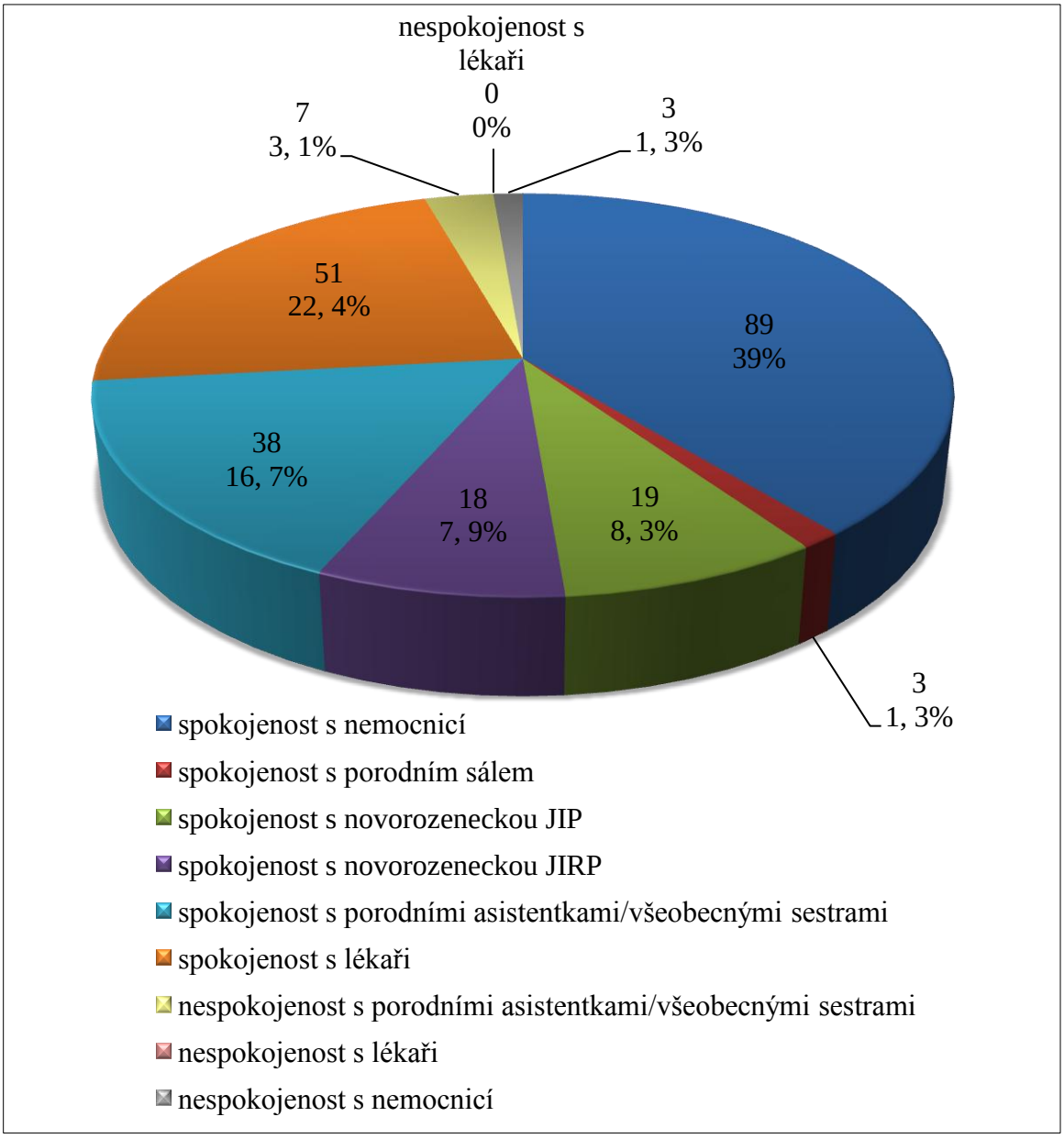
Porodnice	Počet žen	%
FN Ostrava	17	13, 6
Apolinář	13	10, 4
ÚPMD	10	8
FN Plzeň	9	7, 2
Ústí nad Labem	7	5, 6
Motol	7	5, 6
Brno	7	5, 6
České Budějovice	7	5, 6
Hradec Králové	7	5, 6
Zlín	6	4, 8
Thomayerova nemocnice	6	4, 8
Most	5	4
Bulovka	2	1, 6
Hořovice	2	1, 6
Karlovy Vary	2	1, 6
jiné	18	14, 4
celkem odpovědí	125	100

Zdroj: vlastní

Ze 125 žen, které vyplňovaly dotazník, nejvíce z nich a to 17 (13, 6%) rodilo ve Fakultní nemocnici v Ostravě. Následovala porodnice U Apolináře, kde přivedlo na svět svého potomka 13 matek (10, 4%). Celkem 10 respondentek (8 %) uvedlo jako svou odpověď Ústav pro péči o matku a dítě. Fakultní nemocnici v Plzni si pro svůj porod vybralo 9 žen (7, 2%). Ústeckou porodnici uvedlo již jen 7 matek (5, 6%). Stejné početní zastoupení vyšlo u Fakultní nemocnice Motol, v Brně nebo taktéž u porodnice v Českých Budějovicích a Hradci Králové. Zlínská a Thomayerova nemocnice se vyskytla jen zřídka. V každé z nich rodilo 6 dotazovaných žen (4, 8%). Mosteckou porodnici si vybralo z celkového počtu pouze 5 matek (4%). Porodní sály v Hořovicích, Karlových Varech a na Bulovce využily pro svůj porod pokaždé 2 ženy (1, 6%). Mezi odpověď jiné patří nemocnice v Třebíči, Mělníku, Jindřichově Hradci nebo také Liberecké, Příbramské, Kolínské a Domažlické porodnické oddělení. Taktéž po jednom hlase (0, 8%) měla porodnice v Havířově, Jihlavě, Olomouci, Českém Krumlově. V neposlední řadě se stejným početním zastoupením matky rodily ve Strakonicích, Pardubicích, Kyjově i v Ústí nad Orlicí a České Lípě. Jedna žena dokonce přivedla svého novorozence na svět ve Skotsku a jedna na Slovensku.

Otázka č. 25 – **S péčí nemocnice jste byla**

Graf č. 24 – Spokojenost s péčí



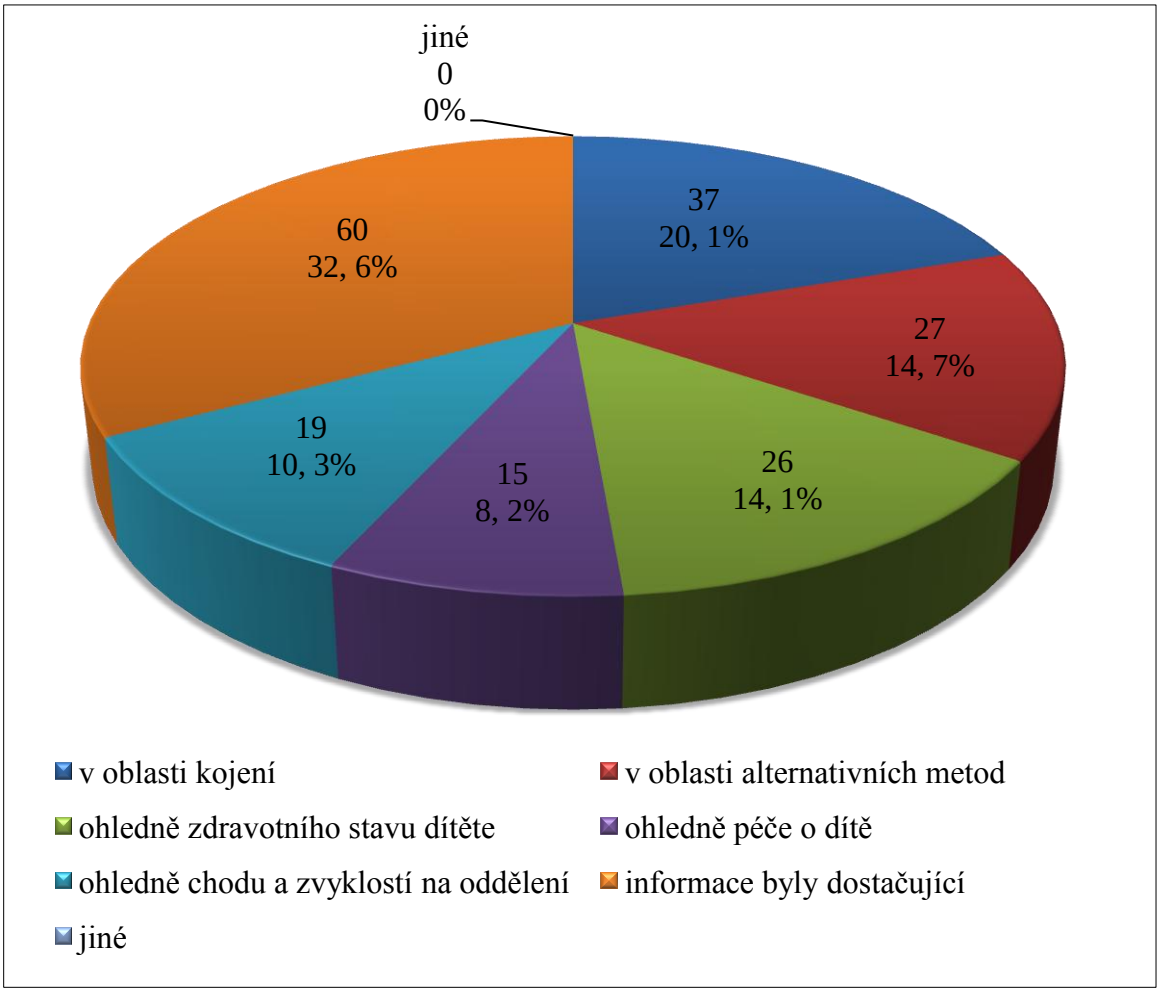
Zdroj: vlastní

U této otázky byla možnost libovolného výběru odpovědí. Z celkového početního zastoupení 125 žen jich 89 (39%) bylo s péčí v nemocnici velice spokojeno a vybralo by si ji znovu. Práci lékařů si vychvalovalo 51 matek (22, 4%). Ve 38 případech (16, 7%) maminky vyjádřily spokojenost s porodními asistentkami a všeobecnými sestrami. Péčí na novorozenecké JIP bylo mile potěšeno 19 respondentek (8, 3%). Spokojenost s novorozeneckým oddělením JIRP uvedlo 18 dalších žen (7, 9%). 7 matek hospitalizovaných novorozenců (3, 1%) bylo nespokojených s péčí porodních asistentek a

všeobecných sester. Zbylé 3 ženy (1, 3%) uvedly, že danou nemocnici by si znovu nevybraly a převažovala u nich nespokojenost. Stejný počet maminek byl spokojen pouze s porodním sálem. Žádná oslovená (0%) nevyjádřila nespokojenost ohledně práce lékařů.

Otázka č. 26 – **Uvítala byste více informací**

Graf č. 25 – Nedostatek informací



Zdroj: vlastní

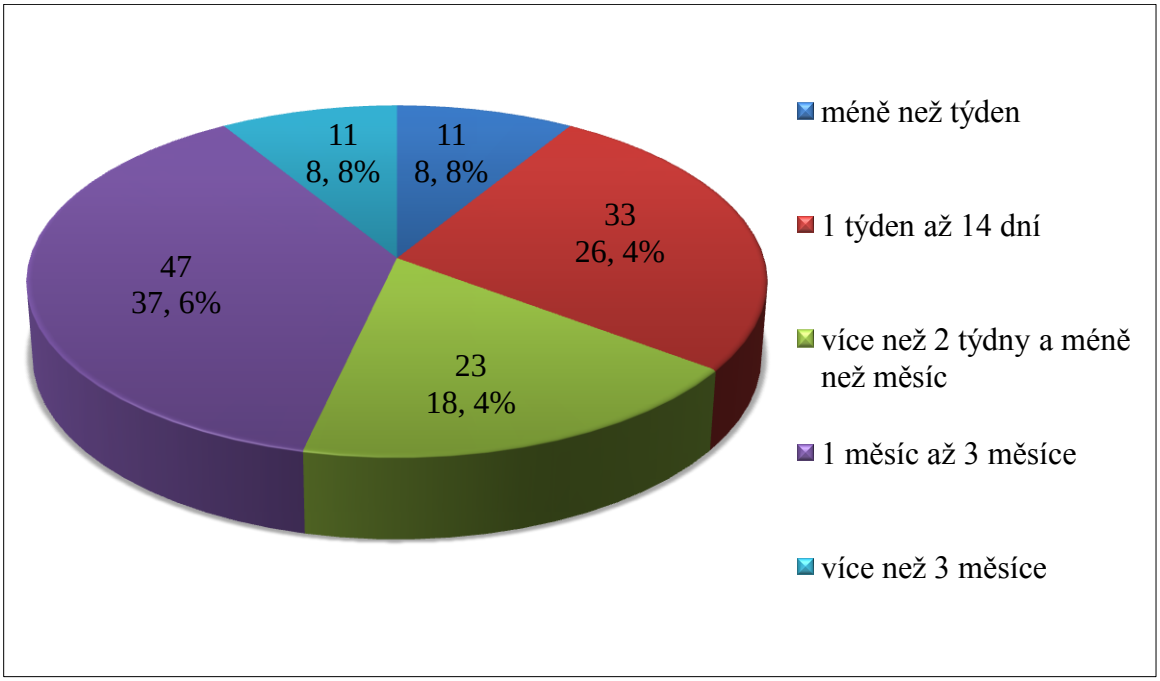
U této otázky si mohly respondentky vybrat více odpovědí. 60 (32, 6%) z celkového počtu 125 žen uvedlo, že podané informace byly dostačující. 37 matkám (20, 1%) chyběly informace ohledně kojení. 27 maminek (14, 7%) by uvítalo více informací ohledně alternativních metod. Ohledně zdravotního stavu dítěte by rádo 26 žen (14, 1%) dostalo na oddělení JIP a JIRP více informací. O chodu na oddělení a zvyklostech by se rádo více dozvědělo 19 oslovených (10, 3%). Zbylých 15 respondentek (8, 2%) by přivítalo více informací ohledně pečování o novorozence. Odpověď jiné nebyla vybrána ani jednou (0%).

Výzkumný problém: Jak vypadal zdravotní stav dítěte po propuštění?

Otázky č. 10, 27, 28, 29

Otázka č. 10 – **Délka pobytu na oddělení**

Graf č. 26 – Délka pobytu na oddělení JIP/JIRP

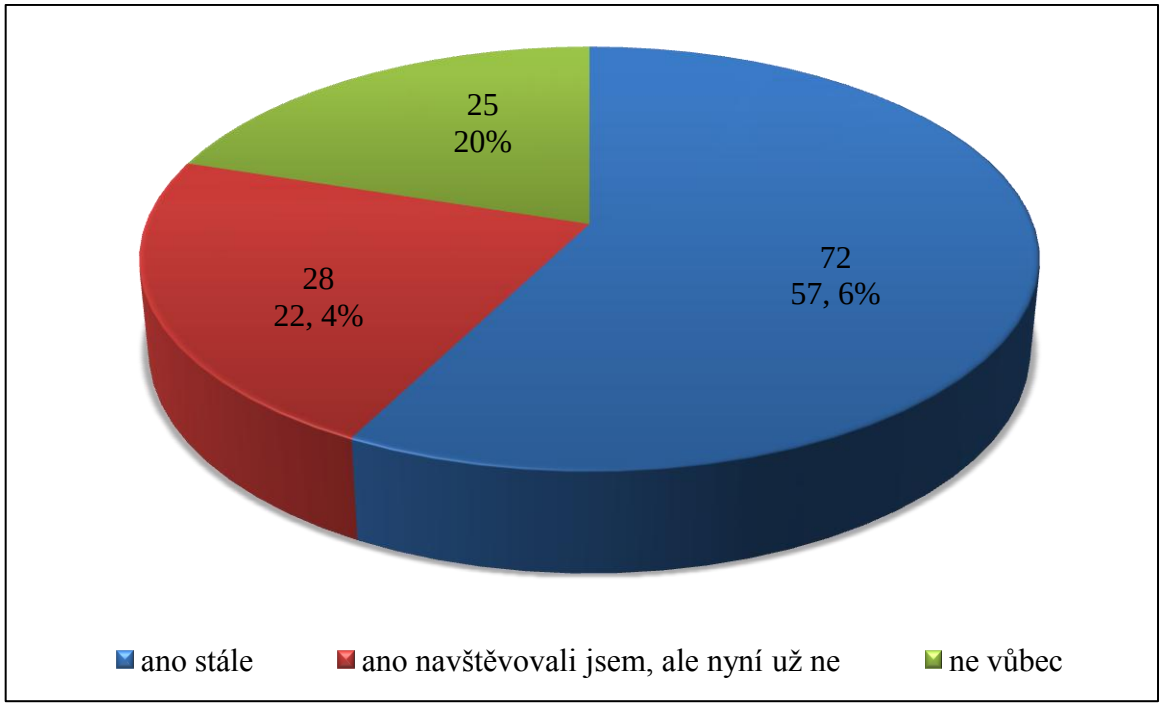


Zdroj: vlastní

Počet matek, které dotazník vyplnily a splnily tudíž kritéria mého výběru, bylo celkem 125. Délka pobytu novorozenců hospitalizovaných na oddělení JIP a JIRP trvala nejčastěji a to ve 47 případech (37, 6%) 1 měsíc až 3 měsíce. 33 nově narozených chlapců a děvčat (26, 4%) bylo na jednotce intenzivní péče 1 týden až 14 dní. 23 dětí (18, 4%) strávilo na oddělení více než 2 týdny, ale méně než měsíc. 11 novorozeneckých pacientů (8, 8%) bylo hospitalizováno na JIP a JIRP méně než týden. Stejný počet dětí pobyl na jednotce intenzivní péče více než 3 měsíce.

Otázka č. 27 – **Navštěvujete od propuštění centrum vývojové péče**

Graf č. 27 – Návštěvnost centra vývojové péče

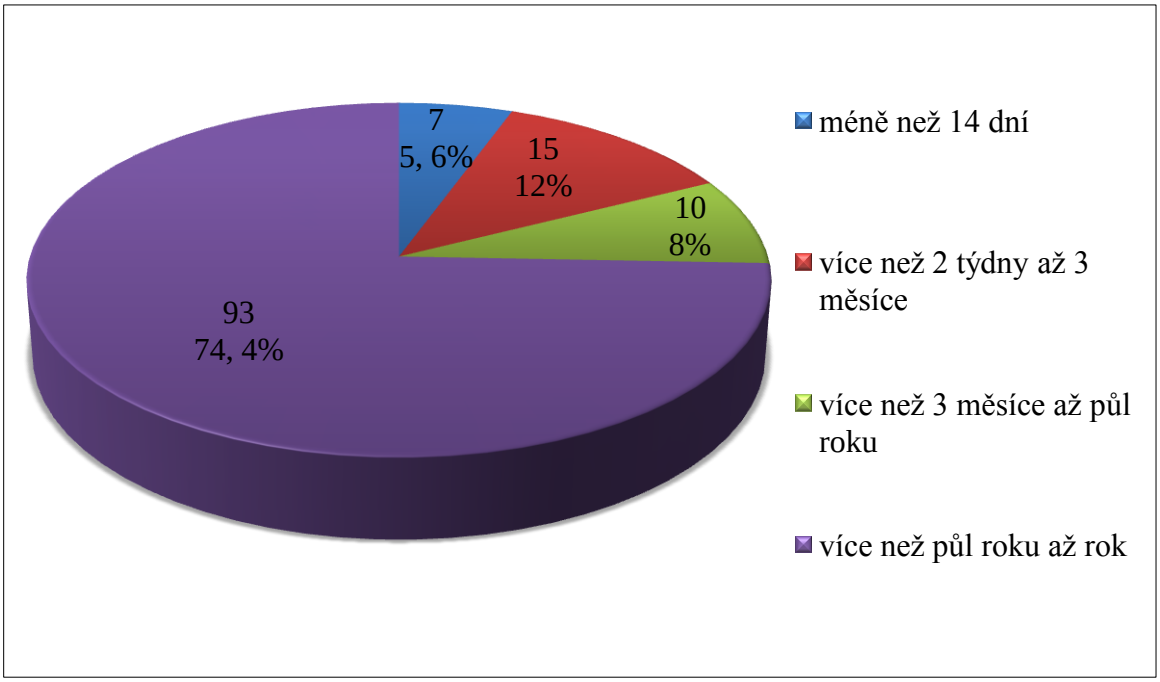


Zdroj: vlastní

Ze 125 oslovených matek jich 72 (57, 6%) uvedlo, že se svým dítětem ještě pořád navštěvují centrum vývojové péče. 28 žen (22, 4%) docházelo se svým potomkem do centra vývojové péče po propuštění, ale nyní to již není potřeba. Zbylých 25 (20%) maminek se svým synem nebo dcerou do centra vůbec nemuselo.

Otázka č. 28 – **Od propuštění uplynulo**

Graf č. 28 – Doba od propuštění



Zdroj: vlastní

Ze 125 oslovených žen 93 z nich (74, 4%) nejčastěji uvedlo, že od propuštění jejich novorozence z nemocnice uplynulo více než půl roku až jeden rok. 15 dětí (12%) je doma 2 týdny až 3 měsíce. 10 chlapců a děvčat (8%) mají rodiče u sebe více než 3 měsíce a někdy až půl roku. Doba od propuštění zbylých 7 novorozenců (5, 6%) z oddělení JIP nebo JIRP je méně než 14 dní.

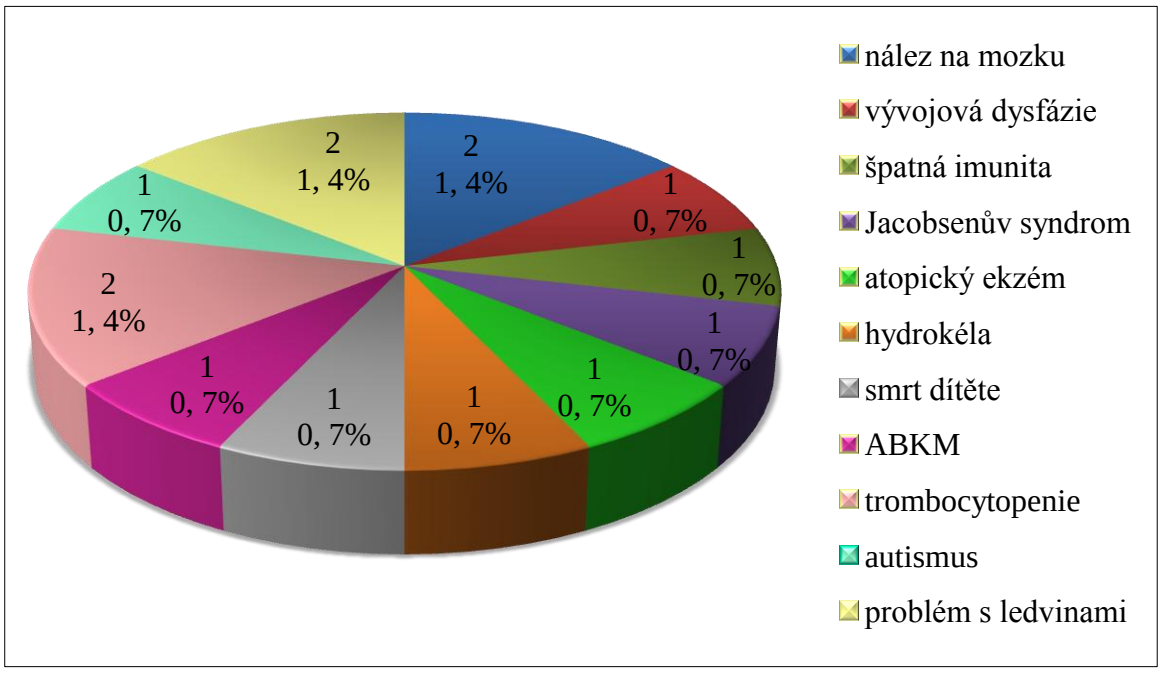
Otázka č. 29 – **Nynější zdravotní stav dítěte**

Tabulka č. 7 – Zdravotní stav novorozenců

následky	počet	%
žádné zdravotní následky	95	64, 6
opožděný vývoj	14	9, 5
porucha zraku	6	4, 1
ADHD	6	4, 1
epilepsie	6	4, 1
dětská mozková obrna	3	2
mentální retardace	2	1, 4
porucha sluchu	1	0, 7
jiné	14	9, 5
celkem odpovědí	147	100

Zdroj: vlastní

Graf č. 29 – Odpovědi jiné



Zdroj: vlastní

Poslední otázka nabízela možnost více odpovědí. Nejvíce matek a to 95 (64, 6%) uvedlo, že jejich děti si nenesou do života žádné zdravotní následky. 14 dalších (9, 5%) postihl opožděný vývoj. 14 žen (9, 5%) napsalo odpověď jiné. Z nich 2 novorozencům (1, 4%) byl zjištěn nález na mozku. Dalším 2 dětem (1, 4%) diagnostikovali trombocytopenii. U 2 chlapců nebo dívek se (1, 4%) objevil problém s ledvinami. Po jednom (0, 7%) se vyskytla vývojová dysfázie, špatná imunita nebo hydrokéla a Jacobsenův syndrom. Jednoho novorozence postihl autismus, dalšího ABKM a u jednoho dítěte atopický ekzém. Jedna matka uvedla, že její dítě na jednotce intenzivní péče zemřelo. Porucha zraku se vyskytla v 6 případech (4, 1%). Také 6 krát (4, 1%) se objevilo ADHD a epilepsie. Dětskou mozkovou obrnu odhalili u 3 dětí (2%). Mentální retardace se diagnostikovala 2 novorozencům (1, 4%). Poslední dítě (0, 7%) trpí poruchou sluchu.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zmapovat možné příčiny hospitalizace novorozence.

Výzkumný problém: Má věk matky a počet těhotenství nebo porodů vliv na zdravotní stav dítěte?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 1, 2, 5, 9.

V otázce č. 1 jsem zjišťovala věk jednotlivých respondentek. Z výsledků vyplynulo, že nejvíce matek bylo ve věku 26-34 let. V tomto věku bylo ze 125 oslovených 75 žen.

U otázky č. 2 bylo mým cílem zmapovat kolik těhotenství a porodů mají ženy za sebou. Ze 125 respondentek jich větší část a to 75 bylo těhotných pouze 1 krát. Pokud jde o počet porodů, nejvíce oslovených matek rodilo jen jednou a to 95.

5. otázkou jsem se snažila přijít na příčinu předčasného porodu, pokud tedy nastal. Nejčastějšími důvody uvedenými 35 ženami z celkových 125 byla preeklampsie a stejně tak předčasný odtok plodové vody.

U otázky č. 9 bylo mou snahou objasnit příčiny hospitalizace. Většina a to 100 matek z celkového počtu 125 uvedla, že důvodem uložení novorozence na oddělení JIP nebo JIRP byla nízká porodní hmotnost pod 2 kila.

Výzkumný problém: Jak probíhal porod a co vedlo k hospitalizaci novorozence?

Tohoto výzkumného problému se týkají otázky č. 4, 5, 9.

V otázce č. 4 jsem chtěla zjistit, v jakém týdnu těhotenství matky porodily. Největší početní zastoupení a to 53 žen uvedlo, že porod proběhl mezi 29. až 32. týdnem gravidity.

Mezi hlavní spouštěče patřil předčasný odtok plodové vody a preeklampsie. Nejvíce se na jednotkách intenzivní péče novorozenci hospitalizovali kvůli nízké porodní hmotnosti. Jelikož byly porody před termínem a porodní váha pod 2 kila, děti tedy ve většině případů můžeme považovat za nedonošené.

Výzkumný problém: Souvisí množství hospitalizovaných novorozenců na JIP a JIRP s porodní hmotností a pohlavím?

K tomuto výzkumnému problému se věnují otázky č. 6, 7, 8.

U otázky č. 6 jsem se snažila zmapovat výskyt jednočetné gravidity a vícečetného těhotenství. Dále bylo mým cílem zjistit četnost výskytu chlapců a dívek. Z odpovědí vyplynulo, že převažovali chlapci. Novorozenců mužského pohlaví se narodilo 60 matkám ze 125 oslovených. Dvojčata se vyskytla v 16 případech.

V otázce č. 7 jsem zjišťovala porodní hmotnost novorozence. Nejvíce žen uvedlo a to 57 ze 125 dotazovaných, že jejich potomci po porodu vážili méně než 2 500 g.

Otázkou č. 8 jsem se snažila zjistit, kde novorozenci byli hospitalizováni a pokud s nimi byla i matka. Přes polovinu dětí a to 65 bylo uloženo samostatně na oddělení JIRP.

Cíl 2: Zjistit pocity matek hospitalizovaného novorozence na JIP a JIRP.

Výzkumný problém: Jak probíhalo první setkání s dítětem?

K tomuto výzkumnému problému se vztahují otázky č. 11, 12, 13, 14.

U otázky č. 11 jsem se snažila zmapovat den, kdy matky poprvé navštívily své potomky na jednotkách intenzivní péče. Více než polovina a to 73 z celkového počtu 125 respondentek přišlo za svým dítětem na oddělení 2. den po porodu.

Cílem otázky č. 12 bylo objasnit, jak probíhal první kontakt matek s hospitalizovaným novorozencem. Zhruba polovina žen uvedla a to 62 z celkového počtu 125 že při první návštěvě na jednotce intenzivní péče mohla své dítě pouze pozorovat skrz inkubátor nebo vyhřívané lůžko. U stejného počtu respondentek první kontakt probíhal formou hlazení.

Důležité bylo též zmapovat pocity, které měly ženy při prvním příchodu na oddělení JIP nebo JIRP. Toho se týká otázka č. 13. Strach o život dítěte pociťovala při prvním pohledu na svého nemocného nebo nedonošeného novorozence většina matek. To činilo 100 ze 125 oslovených.

V otázce č. 14 jsem chtěla přijít na to, jak často matky své děti navštěvovaly. Nejvíce žen z celkových 125 a to 85 uvedlo, že svého novorozeného syna nebo dceru viděly vícekrát denně.

Cíl 3: Zjistit jakým způsobem probíhala podpora matek na oddělení JIRP a JIP ze strany zdravotnického personálu.

Výzkumný problém: Na jaké úrovni byl vztah mezi matkou s personálem?

Tento problém zastupují otázky č. 15 a 16.

Otázka č. 15 se zaměřuje na vztah mezi lékaři a matkami. Většině ženám podávali pediatři informace o každé změně stavu a to 107 ze 125. Vztah maminek s lékaři byl na dobré úrovni. Většina si chválila práci pediatrů. Cenily si i toho, že jim informace podávali srozumitelně a tak, aby vše pochopily.

Vztahem mezi porodní asistentkou nebo všeobecnou sestrou a matkou se zabývá otázka č. 16. 87 maminkám sdělovala porodní asistentka nebo všeobecná sestra informace o jakémkoliv pokroku, který novorozenec udělal. Porodní asistentky nebo všeobecné sestry si ve většině případů s ženami též rozuměly.

Výzkumný problém: Bylo matkám umožněno zapojení do péče?

Tomuto problému se věnují otázky č. 17, 18, 23.

Otázkou č. 17 jsem se snažila získat informace o možnostech jednotlivých oddělení. Ze 125 respondentek jich 105 uvedlo, že na jednotce intenzivní péče jim bylo umožněno zapojit se do péče o dítě.

K zmapování využití metody klokánkování jsem využila otázku č. 18. Ve většině případů a to v 96 převažovala odpověď, že tuto techniku mohl vyzkoušet i otec.

Do jakých činností se maminky na jednotkách intenzivní péče mohly zapojit, zjišťuje otázka č. 23. Možnost přebalovat mohlo 97 žen.

Výzkumný problém: Bylo u matek podporováno kojení a jeho podpůrné metody?

Tohoto výzkumného problému se týkají otázky č. 19 a 20.

U otázky č. 19 jsem se snažila zmapovat metody výživy novorozenců. Nasogastrickou sondou bylo z důvodu nezralosti krmeno nejvíce dětí a to 108 ze 125.

Otázka č. 20 je zaměřena na to, zda výživa směřovala k podpoře kojení. 111 žen uvedlo, že bylo na oddělení podporováno a to odstříkáváním, aby mateřské mléko mohlo být novorozenci podáno vhodnějším způsobem úměrným jeho zdravotnímu stavu.

Výzkumný problém: Jakým způsobem matky získávaly informace?

Tímto výzkumným problémem se zabývají otázky č. 21, 22, 24.

U otázky č. 21 jsem se snažila zjistit, v jakých oblastech proběhla edukace. Ohledně správné dezinfekce rukou bylo informováno 106 žen.

Otázka č. 22 se vztahuje k tomu, jakou formou personál matkám předával informace ohledně péče o dítě. Nejvíce ženy odpovídaly, že jednotlivé činnosti jim nejprve názorně předvedla všeobecná sestra nebo porodní asistentka. Tuto možnost odpovědi si zvolilo 90 matek.

Dále jsem se zabývala tím, zdali mají matky s oddělením JIP/JIRP nějaké zkušenosti. Toho se týká otázka č. 24. Větší počet žen s jednotkou intenzivní péče neměl žádné zkušenosti a to z celkových 125 oslovených 111 žen.

Cíl 4: Zmapovat kvalitu poskytované péče.

Výzkumný problém: Byly matky s oddělením spokojené?

Tomuto problému odpovídají otázky č. 3, 25, 26.

U otázky č. 3 bylo mou snahou zmapovat místa, kde matky porodily. Jelikož jsem informace sbírala přes internetové stránky, staly se mými respondentkami ženy z celé České republiky. V dotaznících se vyskytlo velké množství porodnic. Nejvíce dotázaných žen porodilo ve Fakultní nemocnici v Ostravě a to 17 ze 125.

Otázka č. 25 měla za úkol zmapovat spokojenost žen s jednotlivými pracovišti. Téměř většina a to 89 bylo s nemocnicí spokojeno. Ze 125 žen jich 51 bylo spokojeno i s prací lékařů. Dalších 38 maminek vyjádřilo spokojenost s porodními asistentkami/všeobecnými sestrami.

Otázka č. 26 objasňuje, v jaké oblasti ženy informace postrádaly. Překvapivě 60 dotazovaných uvedlo, že jim podané informace stačily a byly pro ně dostačující. Nedostatky pociťovaly matky především v oblasti kojení a to uvedlo ze 125 oslovených 37.

Výzkumný problém: Jak vypadal zdravotní stav dítěte po propuštění?

K tomuto problému náleží otázky č. 10, 27, 28, 29.

Otázka č. 10 se zaměřuje na to, jak dlouho novorozenci strávili na oddělení JIP nebo JIRP. Nečastěji byli hospitalizováni po dobu od 1 měsíce do 3 měsíců a to 47.

U otázky č. 27 jsem se zaměřila na centrum vývojové péče. Zajímalo mě, kolik dětí potřebuje tuto následnou ambulantní péči. 72 matek z dotazovaných 125 uvedlo, že se svým potomkem stále ještě navštěvují centrum vývojové péče.

Aby byl můj výzkum co nejaktuálnější, snažila jsem se oslovit matky, kde od propuštění novorozenců z oddělení JIP nebo JIRP uplynul nejdéle 1 rok. Nejvíce dotazovaných žen tj. 93 uvedlo, že od propuštění z jednotky intenzivní péče uběhlo více než půl roku až jeden rok.

Poslední otázka se týká následků, které si s sebou do života novorozenci ponesou. Větší část matek a to 95 z celkových 125 uvedla, že jejich děti nemají žádné následky.

11 DISKUZE

Má bakalářská práce je zaměřena na rodiče dětí hospitalizovaných na oddělení JIP a JIRP, praktická část poté na matky. Jako hlavní cíl jsem si stanovila zjistit, zda matky nedonošených a nemocných dětí, které jsou po porodu umístěny na jednotce intenzivní péče, mají dostatek informací a povědomí o tom, co se s jejich novorozencem na oddělení děje. Rozhodla jsem se zmapovat jejich cestu, která je dovedla až do této náročné situace, kdy ve většině případů není počáteční prognóza příliš příznivá a čeká je dlouhé, fyzicky a psychicky obtížné období.

Abych získala co nejvíce odpovědí, rozhodla jsem se dotazník sdílet prostřednictvím facebookových stránek. Tato metoda mi umožnila získat informace od žen z celé České republiky, tudíž jsou získané výsledky celoplošné a dají se zobecnit na celou populaci. Celkem jsem si stanovila 4 dílčí cíle a 10 výzkumných problémů.

V prvním cíli jsem se snažila přijít na to, co mohlo vést k hospitalizaci novorozence. Pokud jde o věk, matky se nejvíce pohybovaly mezi 26 až 34 lety. Samozřejmě se objevily i ženy, kterým bylo více než 41 let. Tato skutečnost může být spouštěčem mnoha problémů. Tělo už není na těhotenství připraveno tak, jako u mladých žen. Stejný názor sdílí ve své bakalářské práci také Anna Kuntová. (Kuntová, 2015) Překvapil mě výsledek počtu porodů a těhotenství vzhledem k věku. Převažovala odpověď, kdy respondentky byly těhotné pouze jednou a jednou také porodily. Je však pravdou, že v dnešní době je trendem dávat přednost kariéře, osobnímu rozvoji či cestování. Ženy by si měly uvědomit, že čím je rodička starší, tím stoupají i všechna rizika. Zároveň následná péče o malé dítě vyžaduje spoustu času a především energie. Nejčastější příčinou toho, že ženy porodily dříve, byl předčasný odtok plodové vody a preeklampsie. Toto onemocnění dle výzkumu Petera Bistáka též souvisí s věkem a životním stylem. (Bisták, 2017, online) Nejvíce porodů u dotazovaných matek proběhlo mezi 29. až 32. týdnem gravidity. Na základě výzkumů WHO se zjistilo, že celosvětově matky porodí 30 milionů dětí předčasně. (WHO, 2019, online) Tito novorozenci jsou buď příliš malí nebo závažně nemocní. Většině z nich hrozí riziko smrti nebo postižení. Každoročně jich po celé planetě zemře v prvních 28 dnech života 2, 6 miliónů, nejčastěji v prvním týdnu po narození. Na oddělení JIP a JIRP se novorozenci ocitají především právě kvůli své nízké porodní hmotnosti pod 2, 5 kila. Jelikož respondentky většinou porodily před 34. týdnem těhotenství, měly děti nevyvinuté plíce. Na jednotku intenzivní a resuscitační péče byli po porodu nejčastěji převezeni

chlapci. K zamyšlení bylo zjištění, že novorozenci byli téměř ve všech případech na oddělení sami a rodiče za nimi pouze docházeli. U této odpovědi však neznám všechny podrobnosti, abych mohla zhodnotit, proč matky se svými dětmi nechtěly nebo nemohly zůstat na oddělení 24 hodin denně.

Po shrnutí příčin, které souvisely s příjmem dítěte na oddělení, jsem se ve druhém cíli zaměřila na první návštěvu a doprovázející pocity. Po porodu se matky na své novorozence na oddělení JIP/JIRP došly podívat většinou až 2. den. První kontakt probíhal převážně prostřednictvím pozorováním novorozence a pohlazením. Lze předpokládat, že žádný rodič není na takovou situaci připraven. Dnešní svět nás mediálně obklopuje krásnými a zdravými dětmi. Všichni tudíž očekáváme, že i náš vlastní potomek bude takový. Pokud žena otěhotní, představuje si svoje miminko ve vší kráse s těmi nejlepšími dispozicemi. Při prvním setkání převažovaly pocity strachu, bezmoci a obavy z toho, jak vše zvládnou doma po propuštění a jaká je čeká budoucnost. Je až neuvěřitelné, jak malé a nedonošené děti jsme v dnešní době schopni zachránit. Mezi nejmenší zachráněné miminko patří Melinda Star Guidová, která se narodila v srpnu roku 2011 ve 24. týdnu těhotenství a vážila pouhých 200 g. (Nedoklubko, 2012, online) Otázkou zůstává, jak kvalitní život poté takové dítě povede. Může nastat situace, kdy předčasně narozený novorozenec vyvázne bez následků. Na druhé straně se může stát, že se donošené miminko dostane do závažného stavu. Pokud se novorozenec narodí před 24. týdnem těhotenství či se jeho stav závažně zkomplikuje, nedochází ke správnému vývoji a nejsou příznivé prognózy pro následující dny a měsíce. V těchto případech je možné přestat dítěti poskytovat intenzivní péči a přejít do tzv. komfortní péče. Jak uvádí profesor MUDr. Richard Plavka CSc., záleží na rozhodnutí rodičů, zda zvolí tuto nabídku. (Plavka, online) Dítěti se zajistí pouze přísun kyslíku, výživa a léky na zmírnění bolesti. Tímto je umožněno klidné a důstojné umírání. Dále jsem zjistila, že téměř všechny respondentky docházely za svými ratolestmi vícekrát denně. Sama jsem se během své praxe setkala s velmi nemocným a předčasně narozeným chlapcem, o kterého se rodiče po porodu přestali zajímat. Rodičovskou lásku však i přes veškerou péči nelze nahradit.

V dalším cíli jsem se zabývala vztahem, který si vytvořily matky se zdravotnickým personálem a jakým způsobem se jim dostávalo podpory. S pediatry byla většina žen spokojená. Lékaři je většinou informovali o všech změnách zdravotního stavu dítěte a snažili se k nim přistupovat s pochopením. Některým maminkám vadila odborná mluva novorozeneckých lékařů, které nerozuměly. S porodní asistentkou nebo všeobecnou

sestrou byly respondentky celkově spokojené. Dostávaly od nich informace o pokrocích dítěte a často jim byly zdravotnice nápomocné. Objevily se ale také ženy, které neměly s porodními asistentkami a všeobecnými sestrami dobrý vztah. Dále jsem se zajímala o to, co jednotlivá oddělení nabízejí. Většina nemocnic umožnila maminkám zapojit se, v době své přítomnosti, do péče o dítě. Nejčastěji se mohly podílet na přebalování, polohování a manipulaci s hospitalizovaným miminkem. Hojně se vyskytla i možnost klokánkování. Přiložit si novorozence na nahou hruď mohl na oddělení JIP a JIRP i otec. Jaromíra Hrabáková dokazuje ve své bakalářské práci pozitivní vliv klokánkování na produkci mateřského mléka. (Hrabáková, 2015) Podle provedených výzkumů je dokázáno, že klokánkování vede především ke zklidnění novorozence, ale také napomáhá k nárůstu tělesné hmotnosti a změně tělesné teploty. (Sikorová, Suszková, 2011). Nemohla jsem uvěřit tomu, že se některým ženám nedostalo žádných z uvedených možností. Rozumím tomu, že ne všude se lze ubytovat s novorozencem nebo přinést nějaký předmět z domova, ale myslím si, že nabídnout matce zapojení se do péče by mělo být samozřejmostí. Spoluúčast na péči o svého potomka je v této situaci nesmírně důležité. Nejen proto, aby si maminky a tatínkové upevnily svou rodičovskou roli, ale také z toho důvodu, že se cítí být pro své dítě něčím užiteční a nápomocní. Taktéž pomoc psycholog by měla být, dle mého názoru, součástí každé nemocnice. Výživa u nezralého dítěte byla nejčastěji podávána přes nasogastrickou sondu. Pokud to zdravotní stav dovoloval, docházelo k podávání mateřského mléka pomocí alternativních metod, nejvíce prostřednictvím stříkačky. Potěšující pro mě bylo zjištění, že téměř u všech respondentek docházelo na oddělení JIP a JIRP k podpoře kojení. Většina praktikovala odstříkávání a některé dokonce plně kojily. Za důležité jsem považovala také zjištění, jak probíhá edukace. Nejvíce informací se ženám dostalo prostřednictvím názorných ukázek, nejčastěji ohledně dezinfekce rukou a přebalování. V případě dřívějších zkušeností s novorozeneckými jednotkami intenzivní péče převažovala odpověď žádné.

Poslední cíl zhodnocuje spokojenost oslovených respondentek. Na mé dotazníky zareagovaly ženy z různých koutů republiky. Tomu odpovídají i místa porodu. Objevovala se velká perinatologická centra, intermediární centra i malé okresní nemocnice. Převažovala Fakultní nemocnice v Ostravě, porodnice u Apolináře a pražský Ústav pro péči o matku a dítě s plzeňskou Fakultní nemocnicí. Za zajímavost považují odpověď od dvou žen, kdy jedna přivedla na svět své dítě ve Skotsku a druhá na Slovensku. Pro mě bylo důležité i zjištění, že všechny matky, až na výjimky, byly spokojeny s nemocnicí i s

prací lékařů, porodních asistentek a všeobecných sester. Většina žen považovala informace podávané zdravotnickým personálem za dostačující. Pokud uvedly, že poskytnuté informace nebyly dostatečné, chyběly jim především v oblasti kojení. Hospitalizovaní novorozenci pobývali na oddělení JIP a JIRP nejčastěji po dobu 1 až 3 měsíců. Více než polovina do dnes navštěvuje centrum vývojové péče. Mého výzkumného šetření se zúčastnily ve většině případů matky, které mají svého potomka doma déle než půl roku až jeden rok. Kvalita poskytované péče se odráží ve výsledcích mé poslední otázky v dotazníku, kdy nejvíce žen odpovědělo, že jejich děti si do života nenesou žádné zdravotní následky. Velmi mě mrzí, ale zároveň si cením odpovědí od ženy, která o své novorozené dítě přišla, ale přesto na můj dotazník odpověděla a dokončila ho.

Na základě mé praktické části bych navrhovala některá doporučení pro praxi, která by mohla přispět ke zlepšení přístupu k rodičům:

- Přistupovat k rodičům individuálně, empaticky a projevovat pochopení.
- Nechat rodičům čas na rozmyšlení a vstřebání některých informací.
- Informace by měly být podány klidně a srozumitelně dle potřeby.
- Rodičům sdělovat všechny dostupné a podstatné informace ohledně novorozence.
- Od první návštěvy se snažit rodiče zapojit do každodenních činností týkajících se dítěte.
- Na kontakt s novorozencem vyhradit dostatek času a prostoru.
- Upravit prostředí novorozence na základě jeho potřeb i potřeb rodičů dle možností oddělení.
- Nabídnout rodičům možnost návštěvy a kontaktu, kdykoliv budou potřebovat.
- Snažit se vytvořit si s rodiči přátelský a respektující vztah.
- Být rodičům psychickou oporou a vyslechnout je.
- Vždy rodičům nabídnout všechny dostupné možnosti, ne jen ty nejvýhodnější.
- Nabídka kontaktu na odborníky (psycholog, lékaři jiných oborů,…).

12 ZÁVĚR

Zpracování této bakalářské práce bylo pro mě velice přínosné. V první řadě praxe na jednotkách intenzivní péče, kterou jsem díky zaměření této práce absolvovala, mne obohatila o nové dovednosti a zkušenosti i o větší napojení na rodiče a jejich potřeby. Skrze možnost si práci na tomto oddělení vyzkoušet, jsem poznala, že zaměstnání na tomto oddělení představuje psychickou zátěž, ale také obohacení z toho, že můžeme přispět k záchraně těch nejmenších. Také ze strany rodičů si dokáži představit, jak náročné to pro ně musí být. Často pečují o starší děti, musí zabezpečit chod domácnosti a zároveň dojíždí za svým nedonošených nebo nemocným novorozencem. Samotné zpracování teoretické části mě naučilo lépe se orientovat v odborných knihách a rozšířilo obzory o dané tématice. Snažila jsem se přiblížit vývoj neonatologie a uvést základní rozdíly mezi zdravým a nezralým novorozencem. Další kapitoly jsou věnovány specifikám ošetřovatelské péče na oddělení JIP a JIRP. V neposlední řadě popisuji pocity a pomoc rodičům těchto hospitalizovaných dětí.

V praktické části jsem zvolila formu kvantitativního výzkumu. Data poté nasbírala technikou dotazníkového šetření. Výběr měl jediné kritérium a to, že se mého výzkumu mohly zúčastnit pouze maminky, jejichž dítě bylo hospitalizováno na oddělení JIP nebo JIRP a od té doby uplynul nejdéle jeden rok. Prostřednictvím zodpovězených otázek od respondentek jsem došla k odpovědím na jednotlivé, mnou stanovené, cíle a výzkumné problémy.

Hlavním cílem bylo zjistit míru informovanosti matek ohledně specifik péče na oddělení JIP/JIRP. Překvapilo mě zjištění, že většina žen získala dostatek informací a měla přehled o tom, co všechno se s jejich potomkem děje a dokonce se i sama podílela na péči o něj.

Po dokončení studia sama zvažuji práci na novorozeneckém oddělení JIRP. Ráda bych, kdyby výsledky z mého výzkumného šetření mohly být přínosem pro další zdravotnický personál a došlo k realizaci alespoň některého vyplývajícího doporučení pro praxi.

13 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje

1) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, Ivo BOREK a kol. Intenzivní péče o novorozence. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 447 str. ISBN 978-80-7013-547-1.

2) DORT, Jiří a kol. Ošetřovatelské postupy v neonatologii. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2011. 238 str. ISBN 978-80-7043-944-9.

3) DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ, Lenka NOVOTNÁ a kol. Narodilo se předčasně. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 320 str. ISBN 978-80-7367-552-3.

4) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Základní ošetřovatelské postupy v péči o novorozence: Vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 192 str. ISBN 978-80-247-3940-3.

5) ŠIMŮNKOVÁ, Marta. Náš malý pacient. 1. vyd. Velké Bílovice: TeMi CZ, s. r. o., 2010. 240 str. ISBN 978-80-87156-52-0.

6) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Hodnotící metodiky v neonatologii. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 112 str. ISBN 978-80-7013-560-0.

7) ROZTOČIL, Aleš a kol. Moderní porodnictví. 2. přeprac. a dopln. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2017. 656 str. ISBN 978-80-247-5753-7.

8) HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL a kol. Porodnictví. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. 579 str. ISBN 978-80-247-4529-9.

9) STRAŇÁK, Zbyněk, Jan JANOTA a kol. Neonatologie. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Mladá fronta a. s., 2015. 640 str. ISBN 978-80-204-3861-4.

10) DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ, Petr JEHLIČKA. Neonatologie. 2. uprav. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 118 str. ISBN 978-80-246-2253-8.

11) TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ, Lenka ŠULOVÁ a kol. Psychologie v perinatální péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. 208 str. ISBN 978-80-247-5127-6.

12) JANÁČKOVÁ, Laura, Lumír KANTOR. Maličké miminko. 1. vyd. Brno: Grifart, 2017. 216 str. ISBN 978-80-906185-2-7.

13) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a kol. Vybrané kapitoly z ošetřovatelské péče v pediatrii 2. část: Péče o novorozence. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 133 str. ISBN 978-80-7013-489-4.

14) FRÜHAUF, Pavel, Iva BURIANOVÁ, Magdalena CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, Eliška VOKURKOVÁ a Blanka ZLATOHLÁVKOVÁ. Enterální výživa nezralých novorozenců – podpora kojení. 1. vyd. Konice: GYLDEN pro NESTLÉ Česko, s. r. o., 2014. 92 str. ISBN 978-80-87290-05-7.

15) PAŘÍZEK, Antonín. Porod: Kniha druhá. 5. vyd. Praha: Galén, spol. s. r. o., 2015. 397 str. ISBN 978-80-7492-215-2.

16) LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK, Jan STARÝ a kol. Klinická pediatrie. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 698 str. ISBN 978-80-7262-772-1.

17) KOLEKTIV AUTORŮ. „…Když není všechno tak, jak si přáli…“. 4. upr. vyd. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP ČB, 2015. 13 str. ISBN 978-80-906077-1-2.

Internetové zdroje

18) ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Narození a zemřelí do 1 roku 2016. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Praha: © ÚZIS ČR, 2017. 86 str. ISBN 978-80-7472-162-5. [cit. 3. 12. 2018] Dostupné také z: http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/narozeni-zemreli-do-1-roku

19) MANDY, George T. Short - term complications of the preterm infant [online]. © 2018 UpToDate, Poslední aktualizace 13. srpna 2018. [cit. 19. 11. 2018] Dostupné z: https://www.uptodate.com/contents/short-term-complications-of-the-preterm-infant

20) BODNÁR, GROMSKÁ. Předčasně narozený novorozenec: Nezralost/Prematurita [online]. FN Olomouc. [cit. 19. 11. 2018] Dostupné z: http://old.lf.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF-kliniky/hippokrat/Obory/Por_Gyn_Neonat/Predcasne_narozeny_novorozenec.pdf

21) FN PLZEŇ. Neonatologie [online]. [cit. 3. 12. 2018]. Dostupné z https://neon.fnplzen.cz/cs/node/500

22) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Věstník [online], Vydáno 26. listopadu 2013. [cit. 3. 12. 2018]. Dostupné z: https://docplayer.cz/6189123-Vestnik-ministerstva-zdravotnictvi-ceske-republiky-obsah.html

23) PŘIKRYLOVÁ, Lucie. Mázek novorozence aneb proč miminko po porodu nekoupat [online]. [cit. 3. 12. 2018] Dostupné z: http://www.zazrak-zivota.cz/mazek-novorozence-vernix-caseosa

24) KABINET INFORMAČNÍCH STUDIÍ A KNIHOVNICTVÍ. Typy výzkumů [online], 2012. Portál je realizován v rámci projektu PARTSIP. [cit. 3. 12. 2018]. Dostupné z: http://vyzkumy.knihovna.cz/ucebnice/typy-vyzkumu

25) KUNTOVÁ, Anna. Problematika gravidity žen ve vyšším věku. [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta zdravotně sociální, 2015. Bakalářská práce. [cit. 13. 3. 2019]. Dostupné také z: https://theses.cz/id/oywl7q/Bakal_sk_prce-_Kuntov.pdf

26) BISTÁK, Peter. Screeening preeklampsie – pravda nebo fikce. [online]. © 2009–2017 Aprofema s. r. o., Poslední aktualizace 11. 04. 2017. [cit. 13. 3. 2019]. Dostupné také z: https://www.actualgyn.com/clanek/2017/207

27) HRABÁKOVÁ, Jaromíra. Klokánkování nedonošených dětí. [online]. Brno: Masarykova univerzita. Katedra porodní asistence, 2015. Bakalářská práce. [cit. 13. 3. 2019]. Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/qsr6w/BP_Klokankovani_Hrabakova_FINAL.pdf

28) PLAVKA, Richard. Děti co se vejdou do dlaně. [online]. [cit. 15. 3. 2019]. Dostupné také z: https://www.cnna.cz/docs/sekce/cas_sekce-59_clanek-plavka.pdf

29) WHO. Infographics on maternal, newborn, child and adolescent health. [online]. © 2019 World Health Organization. [cit. 13. 3. 2019]. Dostupné také z: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/multimedia/infographics/en/index2.html

30) NEDOKLUBKO, Holčička po porodu vážila méně než plechovka s pitím. [online]. © Nedoklubko 2017, Poslední aktualizace 22. 1. 2012. [cit. 13. 3. 2019]. Dostupné také z: https://www.nedoklubko.cz/2012/01/22/holcicka-po-porodu-vazila-mene-nez-plechovka-s-pitim/

Vědecké časopisy

31) SIKOROVÁ, Lucie, Monika SUSZKOVÁ. Benefity metody klokánkování pro nedonošeného novorozence - evidence based practice. č. 3/2011. roč. 2. Ošetřovatelství a porodní asistence, © 2011. 9 str. ISSN 1804-2740. [cit. 13. 3. 2019]. Dostupné také z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-03/1_sikorova_suszkova.pdf

14 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Rešerše

Příloha č. 2 – Dotazník

Příloha č. 1 – Rešerše

Knihy

KALOUSOVÁ, Jana. *Ošetřování dětí na JIP: informace pro rodiče.* 2. vyd. Praha: Galén, c2009. 15 s. ISBN: 978-80-7262-625-0.
dostupné v SVK PK prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby z NLK Praha – službu žádejte v přízemí budovy SVK PK, zajišťuje Mgr. Lenka Výborná na pracovišti výpůjční protokol; pozor: služba je zpoplatněna

KALOUSOVÁ, Jana. *Ošetřovaní dětí na JIP: informace pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 16 s. ISBN 80-7262-181-5.
Sig. SVK PK: 391A48017 – nutno objednat z elektronického katalogu SVK PK

SIKOROVÁ, Lucie. *Ošetřovatelská péče v neonatologii: studijní opora*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. 79 s. ISBN 978-80-7464-634-8.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1.
Sig. SVK PK: 31B54138; MDT 616-053.2 – momentálně vypůjčená, dejte si záznam

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a kol. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelské péče v pediatrii. 2. část, Péče o novorozence*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 133 s. ISBN 978-80-7013-489-4.
Sig. SVK PK: 31B32570-2, MDT 616-083 – volný výběr 2. patro SVK PK, momentálně volné

Články

KORNATOVSKÁ, Daniela. Komplexní ošetřovatelská péče u dlouhodobě hospitalizovaných dětí na JIRP. *Sestra (Praha)*, 2003, roč. 13, č. 5, s. 23-24. ISSN: 1210-0404.

ZOBAN, Petr. Neonatologie na prahu dvou století: 50 let Zdravotnických novin 1952-2002. Doc. MUDr. Petr Zoban, CSc., vedoucí novorozeneckého oddělení s JIRP 2. LF UK

a FNM v Praze. *Zdravotnické noviny*. 2002, (listo), 89-91. ISSN 0044-1996.

KUČOVÁ, Jana – CHOLEVOVÁ, Jarmila. Ošetřovatelská péče o nezralého novorozence. *Sestra (Praha)*, 2008, roč. 18, č. 9, s. 42-43. ISSN: 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2008

TVRZOVÁ, Ivana – RATIBORSKÝ, Jan. Metoda klokánkování u předčasně narozených dětí na jednotce intenzivní péče. *Pediatrie pro praxi*, 2018, roč. 19, č. 1, s. 57-59. ISSN: 1213-0494.
žádejte přímo v čítárně, bez předchozího objednání, pouze na vyžádání

BAŤOVÁ, Jitka. Ošetřovatelská péče o nedonošeného novorozence. *Sestra (Praha)*, 2007, roč. 17, č. 3, s. 54-55. ISSN: 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2007

ošetřovatelský výzkum/ výzkum v ošetřovatelství

Knihy

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.

TÓTHOVÁ, Valérie, ed. a OLIŠAROVÁ, Věra, ed. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetřovatelství*. Vydání první. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2017. 196 stran. ISBN 978-80-7422-630-4.

MÜLLEROVÁ, Alexandra. Jiný pohled na ošetřování novorozence na oddělení novorozenecké JIRP. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2012, 8(5), 10-13. ISSN 1801-1349.

Zdroje

Elektronický katalog SVK PK: http://aleph.svkpk.cz
Webová stránka SVK PK: www.svkpk.cz
MEDVIK www.medvik.cz KLÍČOVÁ SLOVA: JIRP and novoroz*
Souborný katalog ČR www.caslin.cz – Knihy/Články – klik na ENTER – rozšířené

vyhledávání – zadejte klíčová slova – pod každým záznamem používejte malé nenápadné tlačítko označené jako Citace tj. seřadí dle citační normy ISO 690

www.knihovny.cz

Mgr. Linda Hajžmanová email: hajzmanova.linda@svkpk.cz

speciální studovna 1. patro SVK PK, denně po – pá 8 – 18 hod

(Hajžmanová: každé úterý 10 – 18 hod)

Příloha č. 2 - Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den milé maminky,

mé jméno je Nikola Šejvarová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Ke zdárnému zakončení tohoto studia píši bakalářskou práci na téma „Informovanost rodičů o specifikách péče u novorozenců hospitalizovaných na JIP a JIRP.“

Touto cestou bych Vás chtěla poprosit o vyplnění mého dotazníku. Podmínkou pro provedení, musíte splňovat určité kritérium. Dotazník je určen pouze pro maminky dětí, které byly hospitalizovány na novorozenecké jednotce JIP nebo JIRP a od té doby uplynul nejdéle jeden rok.

Odpovědi jsou zcela anonymní a poslouží pro účely mé bakalářské práce. Cílem je zjistit, jak moc jsou maminky informovány a jak velké povědomí mají o péči, která se poskytuje novorozencům na těchto odděleních. Ráda bych také porovnala spokojenost s jednotlivými pracovišti. Důležité je vyplnit otázky pravdivě a žádnou nevynechat. Pokud Vám otázka nabízí více odpovědí, můžete si jich vybrat libovolný počet. Jestliže tomu tak není, označte prosím pouze jednu odpověď.

Mockrát děkuji za Váš čas a ochotu Šejvarová Nikola.

1) Uveďte prosím Váš věk

- méně než 18 let
- 19-25 let
- 26-34 let
- 35-40 let
- 41 let a více

2) Kolikrát jste byla těhotná a kolik máte za sebou porodů

- počet těhotenství: ……
- počet porodů: …….

3) Poslední porod byl v porodnici

- název porodnice: …….

4) V jakém týdnu těhotenství jste porodila

- 28. týden těhotenství a dříve
- 29. – 32. týden těhotenství
- 33. – 34. týden těhotenství
- 35. – 38. týden těhotenství
- 39. – 42. týden těhotenství
- po 42. týdnu těhotenství

5) Pokud nastal předčasný porod (tj. před 38 týdnem těhotenství), co k němu vedlo

(možnost více odpovědí)

- předčasný porod nenastal
- předčasný odtok plodové vody
- předčasný nástup děložních kontrakcí
- preeklampsie (zvýšený TK nad 140/90 mmHg, bílkovina v moči a otoky)
- těhotenská cukrovka
- abrupce placenty (předčasné odlučování placenty)
- hypoxie plodu (nedostatek kyslíku)
- chorioamnionitida (zánět plodových obalů a postižení plodové vody infekcí)
- růstová restrikce plodu neboli FGR (váhový odhad a celková konstituce neodpovídají gestačnímu stáří plodu)
- infekce
- jiné: ……..

6) Co se Vám narodilo

(pokud se Vám narodilo více než jedno dítě, dopište prosím pohlaví všech dětí)

- chlapec
- dívka
- dvojčata: ……
- více dětí: ……...

7) Jaká byla porodní hmotnost novorozence
(pokud se narodilo jedno dítě, vyplňte prosím pouze první sloupec)

	1. dítě	2.dítě	3.dítě
o	4 500 g a více	4 500 g a více	4 500 g a více
o	2 500 g – 4 499 g	2 500 g – 4 499 g	2 500 g – 4 499 g
o	pod 2 500 g	pod 2 500 g	pod 2500 g
o	pod 1 500 g	pod 1 500 g	pod 1 500g
o	pod 1 000 g	pod 1 000 g	pod 1 000 g

8) Kde bylo Vaše dítě hospitalizováno

- o na JIP (jednotce intenzivní péče) samo
- o na JIP společně se mnou
- o na JIRP (jednotce intenzivní a resuscitační péče) samo
- o na JIRP společně se mnou

9) Důvody hospitalizace na jednotce JIP nebo JIRP byly
(možnost více odpovědí)

- o nevyvinuté plíce
- o nízká porodní hmotnost méně než 2 kila
- o hypoxie plodu
- o vrozená vývojová vada
- o srdeční potíže
- o nezralá střeva
- o porucha poporodní adaptace
- o jiné: ……...

10) Délka pobytu na oddělení

- o méně než týden
- o 1 týden až 14 dní
- o více než 2 týdny a méně než měsíc
- o 1 měsíc až 3 měsíce
- o více než 3 měsíce

11) Poprvé jste za svým dítětem na oddělení JIP/JIRP byla

- tentýž den kdy byl porod
- 2. den po porodu
- 3. den po narození
- 4. až 7. den
- po 1. týdnu
- po 14 dnech a déle

12) Váš první kontakt probíhal
(možnost více odpovědí)

- pouze pohledem na novorozence do inkubátoru nebo na vyhřívaném lůžku
- novorozence jsem mohla hladit
- novorozence jsem si mohla rovnou pochovat
- jiné:……

13) Při první návštěvě jste
(možnost více odpovědí)

- pociťovala strach o život svého dítěte
- se bála na své dítě sáhnout
- cítila bezmoc
- vnímala pocity štěstí při pohledu na své dítě
- měla obavy z budoucnosti
- pociťovala nervozitu kvůli hlučnosti okolních přístrojů
- se necítila dobře z důvodu narušování prostředí personálem
- měla nepříjemné pocity z přítomnosti dalších rodičů
- jiné: ……...

14) Za svým dítětem jste docházela

- vícekrát denně
- jednou denně
- každý druhý den
- jednou týdně
- méněkrát

15) Jak na Vás působili lékaři
(možnost více odpovědí)

- o informovali mě o každé změně zdravotního stavu mého dítěte
- o předem mi podávali informace o následujících vyšetřeních a výkonech
- o mluvili na mě srozumitelně a vysvětlili mi diagnózu tak, abych vše pochopila
- o mluvili odborně
- o neříkali mi všechny potřebné informace
- o nebyli mi vždy k dispozici
- o umožnili mi i telefonní spojení, pokud bych cokoliv potřebovala vědět
- o v případě přesunu na jiné oddělení mě ihned informovali
- o bylo mi objasněno, k čemu dané přístroje okolo dítěte slouží
- o jiné:……

16) Všeobecná sestra/porodní asistentka
(možnost více odpovědí)

- o měly jsme důvěrný vztah
- o byla mi psychickou oporou
- o byla mi vždy nápomocná
- o sdělovala mi pokroky, které naše dítě udělalo
- o neměly jsme dobrý vztah
- o vždy mě vyslechla

17) Na jednotce JIP nebo JIRP Vám byla nabídnuta
(možnost více odpovědí)

- o možnost zapojení se do péče o dítě
- o možnost přinést dítěti plyšáka, deku, nahrávku svého hlasu, polštářek či jiné předměty z domova, připomínající matku a otce
- o možnost klokánkování, tj. přiložení vysvlečeného dítěte na svou hruď
- o možnost schůzky s psychologem
- o možnost ubytování s dítětem
- o žádná z nabízených možností
- o jiné:……

18) Metoda klokánkování
(možnost více odpovědí)

- v nemocnici se nevyužívala
- zpočátku mi pomáhala všeobecná sestra/porodní asistentka
- mohla jsem ji praktikovat pouze já jako matka
- mohl ji vyzkoušet i otec
- neměla jsem o ni zájem

19) Dítě bylo vyživováno
(možnost více odpovědí)

- nazogastrickou sondou zavedenou přes nos
- přímo do žíly
- alternativními metodami (pokud vyberete tuto možnost, zakroužkujte jakou technikou)
  a) přes kádinku
  b) lžičkou
  c) stříkačkou
  d) suplementorem přes prs
  e) po prstu
- kojením

20) Výživa směřovala k podpoře kojení
(možnost více odpovědí)

- ano, odstříkáváním mléka
- ano, mohla jsem plně kojit
- ano, ale s kojením byly problémy
- ano, využívalo se alternativních metod
- ne, využívalo se krmení z láhve

21) Edukace proběhla v oblasti
(možnost více odpovědí)

- kojení
- alternativní metody krmení
- efektivní komunikace s dítětem
- manipulace a polohování dítěte
- přebalování
- dezinfekce rukou
- používání ústenek a sterilních plášťů
- návštěvního řádu
- jiné:…….....

22) Jakou formou Vám personál předával informace ohledně péče o dítě
(možnost více odpovědí)

- pouze slovně
- informační brožury
- názorná ukázka všeobecnou sestrou/porodní asistentkou
- mohla jsem prakticky sama za asistence všeobecné sestry/porodní asistentky
- jiné:……

23) Do jakých činností jste se zapojila
(možnost více odpovědí)

- oddělení to neumožňovalo
- přebalování
- alternativní metody krmení
- manipulace a polohování
- všechny předchozí činnosti
- jiné: ……

24) S oddělením JIP nebo JIRP jste měla dřívější zkušenosti

- o na oddělení jsem v minulosti pracovala
- o již jsem měla hospitalizované své předchozí dítě
- o z doslechu od kamarádek
- o z internetu
- o žádné
- o jiné:……...

25) S péčí nemocnice jste byla

(možnost více odpovědí)

- o velice spokojená, vybrala bych si jí znovu
- o spokojená jsem byla pouze s porodním sálem
- o spokojená jsem byla pouze s oddělením novorozenecké JIP
- o spokojená jsem byla pouze s oddělením novorozenecké JIRP
- o spokojená s péčí porodních asistentek/ všeobecných sester
- o spokojená s prací lékařů
- o nespokojená s péčí porodních asistentek/ všeobecných sester
- o nespokojená s prací lékařů
- o nespokojená, pokud znovu nastane tato situace, vybrala bych si jinou nemocnici

26) Uvítala byste více informací

(možnost více odpovědí)

- o ano, v oblasti kojení
- o ano, v oblasti alternativních metod
- o ano, ohledně zdravotního stavu mého dítěte
- o ano, v péči o dítě
- o ano, v oblasti zvyklostí a chodu oddělení
- o ne, podané informace od personálu byly dostačující
- o jiné:……

27) Navštěvujete od propuštění centrum vývojové péče

- o ano stále
- o ano navštěvovali jsme, ale nyní už ne
- o ne vůbec

28) Od propuštění uplynulo

- méně než 14 dní
- více než 2 týdny až 3 měsíce
- více než 3 měsíce až půl roku
- více než půl roku až rok

29) Nynější zdravotní stav dítěte
(možnost více odpovědí)

- žádné zdravotní následky
- porucha sluchu
- porucha zraku
- opožděný vývoj
- mentální retardace
- ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou)
- epilepsie
- dětská mozková obrna
- jiné: ……..