

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Kateřina Kaňáková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Kateřina Kaňáková

Studijní obor: Porodní asistence 5341R007

PÉČE MATEK O NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kateřina KAŇÁKOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0015P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Péče matek o nedonošeného novorozence**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství 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 bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

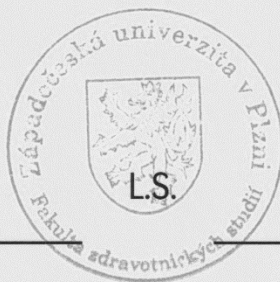
- DOKOUPILOVÁ, Milena, FIŠÁRKOVÁ, Barbora, NOVOTNÁ, Lenka a kol., 2009. Narodilo se předčasně. 1. vyd. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-7367-552-3
- JANÁČKOVÁ, Laura a Lumír KANTOR. Maličké miminko: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí. Ilustroval Aleš ČUMA. V Brně: Grifart, [2015]. ISBN 978-80-906185-2-7.
- KOUCKÝ, Michal a Jan SMÍŠEK. Spontánní předčasný porod. Praha: Maxdorf, c2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-416-6.
- CHLEBOUNOVÁ, Michaela a Ivo ČERMÁK. Utváření vztahu rodičů k předčasně narozeným dětem. Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi. Praha: Československá akademie věd, 2013, 57(4), 307-316. ISSN 0009-062X.
- LAURENT, Su a Maya ISAAKS. Your premature baby: the practical and reassuring guide to caring for your preterm baby. Canadian ed., 1st Canadian ed., 2012. Toronto: Tourmaline Editions, 2012. ISBN 978-1553631866.

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

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

Prohlášení

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

V Plzni dne 30. 4. 2020

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kaňáková Kateřina

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče matek o nedonošeného novorozence

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: předčasně narozené dítě, nedonošené dítě, novorozenec, předčasný porod, psychický stav, matky předčasně narozených dětí, rodiče předčasně narozených dětí, neonatologie

Souhrn:

Bakalářská práce mapuje vývoj v péči matek o nedonošeného novorozence. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na problematiku předčasného porodu, klasifikaci novorozenců, předčasně narozeného novorozence a péči o něj, a část týkající se rodičů nedonošených dětí. Tato část je vypracována na základě poznatků odborné literatury a některých odborných článků. Praktická část analyzuje vývoj péče matky o nedonošeného novorozence a obsahuje vyhodnocení výzkumného šetření. Výsledky byly získávány prostřednictvím pěti polostrukturovaných rozhovorů s jednou respondentkou, která porodila předčasně. Výsledkem práce je zmapování vývoje péče o předčasně narozeného novorozence prostřednictvím časové osy, která se opírá o jednotlivé rozhovory doplněné informacemi z pozorovacího archu. Na základě některých subjektivních poznatků respondentky bylo vypracováno i několik doporučení pro praxi.

Abstract

Surname and name: Kaňáková Kateřina

Department: Ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Péče matek o nedonošeného novorozence

Consultant: PhDr. Kristina Janoušková

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 33

Keywords: premature baby, premature delivery, newborn, mental condition, mothers of premature babies, parents of premature babies, neonatology

Summary:

The bachelor thesis deals with progression of mother's care of preterm baby. It is divided into theoretical and practical part. Theoretical part is focused on the premature delivery, newborn's classification, preterm newborn and taking care of him and the part relates to parents of premature babies. In the theoretical part there are used the knowledge of professional literature and a few of internet articles. The practical part analyzes the progression of mother's care of premature newborn and contains results of the research. The results were created by five semi-structured interviews with one respondent, who gave birth to the preterm baby. In the thesis there is the timeline based on the interviews which are included in the information from observation chart. There is also the progression of taking care of preterm child by his mother. A few recommendations for practice were made due to subjective perceptions by the respondent.

Předmluva

Předčasný porod je velmi náročná životní situace. Ještě těžší může být pro matku doba poté, kdy s dítětem pomalu naváže vztah a učí se o něj starat. Péče o nedonošené dítě je velmi psychicky i fyzicky vyčerpávající a vyžaduje velkou trpělivost. Brzké narození dítěte může způsobit řadu komplikací, které ovlivní budoucí život dítěte.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak se vyvíjela péče matky o předčasně narozeného novorozence. Zaměřily jsme se na progres psychického stavu matky od porodu až po dobu po propuštění, vývoj vztahu mezi matkou a dítětem, míru zapojení matky do péče o novorozence během hospitalizace, míru podpory ze strany rodiny, partnera a v neposlední řadě zdravotnického personálu.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím pěti polostrukturovaných rozhovorů s vybranou respondentkou, doplněné o pozorování.

Poděkování

Děkuji PhDr. Kristině Janouškové za odborné vedení práce, poskytování rad a cenných připomínek. Dále děkuji oslovené respondentce za její čas a ochotu sdílet své náročné životní období. V neposlední řadě děkuji svým rodičům, že mi studium umožnili a podporovali mě.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK.....	12
ÚVOD	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 PŘEDČASNÝ POROD.....	15
1.1 Definice předčasného porodu.....	15
1.2 Příčiny předčasného porodu.....	15
1.3 Diagnostika předčasného porodu.....	17
1.4 Stadia předčasného porodu.....	18
1.5 Terapie předčasného porodu	19
1.5.1 Tokolýza.....	19
1.5.2 Indukce plicní zralosti.....	22
1.5.3 Léčba antibiotiky	23
1.6 Vedení předčasného porodu	24
2 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ	26
2.1 Klasifikace dle gestačního věku (délky těhotenství)	26
2.2 Klasifikace dle porodní hmotnosti.....	26
2.3 Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku	26
3 PŘEDČASNĚ NAROZENÝ NOVOROZENEC	27
3.1 Morfologické projevy nezralosti	27
3.2 Porucha poporodní adaptace	27
3.3 Péče o předčasně narozené novorozence	30
3.3.1 Termoregulace.....	30
3.3.2 Výživa.....	31
3.3.3 Prostředí JIP/JIRP.....	33
3.3.4 Klokánkování	34
4 RODIČE NEDONOŠENÝCH NOVOROZENCŮ.....	35
4.1 Specifika zátěže rodičů	35
4.2 Family centred care.....	36
4.3 Příprava na propuštění z nemocnice	37
4.4 Péče po propuštění z nemocnice.....	38
4.5 Prognóza nedonošených novorozenců.....	39
PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
5 FORMULACE PROBLÉMU	40
6 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
6.1 Hlavní cíl.....	41

6.2	Dílčí cíle	41
6.3	Výzkumné otázky	41
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	43
8	METODIKA PRÁCE	44
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	45
10	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	46
10.1	První setkání.....	46
10.1.1	Průběh těhotenství a ovlivňující faktory předčasného porodu	46
10.1.2	Průběh předčasného porodu	47
10.1.3	Pocity respondentky při prvním setkáním s novorozencem	47
10.1.4	Informovanost respondentky po porodu	48
10.1.5	Charakter vztahu mezi matkou a novorozencem, pocity při prvním kontaktu 48	
10.1.6	Podpora ze strany partnera a rodiny	48
10.1.7	Péče o novorozence na oddělení JIRP	49
10.1.8	Stav respondentky na oddělení.....	50
10.1.9	Podpora ze strany personálu na oddělení JIRP	52
10.2	Druhé setkání	52
10.2.1	Progres psychického stavu respondentky na oddělení JIP	52
10.2.2	Podpora respondentky ze strany rodiny	54
10.2.3	Vývoj péče o nedonošeného novorozence na oddělení JIP	54
10.2.4	Vývoj stavu nedonošeného novorozence na oddělení JIP	55
10.2.5	Podpora a chování zdravotnického personálu na oddělení JIP	56
10.3	Třetí setkání	58
10.3.1	Psychický stav respondentky na pokoji rooming in a krátce před propuštěním 58	
10.3.2	Podpora zdravotnického personálu krátce před propuštěním	59
10.3.3	Vývoj stavu nedonošeného novorozence.....	59
10.3.4	Vývoj péče o nedonošeného novorozence krátce před propuštěním.....	60
10.4	Čtvrté setkání	61
10.4.1	Psychický stav respondentky po propuštění z nemocnice	61
10.4.2	Podpora ze strany partnera a rodiny v domácím prostředí.....	62
10.4.3	Progres v péči o nedonošence v domácím prostředí	62
10.4.4	Lékařská péče o nedonošence po propuštění z nemocnice	64
10.5	Páté setkání	65
10.5.1	Progres stavu nedonošeného novorozence v domácím prostředí	65
10.5.2	Lékařská péče o nedonošence po propuštění z nemocnice	66
10.5.3	Podpora respondentky ze strany partnera a rodiny.....	67

10.5.4	Progres v péči o nedonošence v domácím prostředí.....	67
10.5.5	Vývoj v psychickém stavu respondentky v domácím prostředí.....	68
	DISKUZE.....	72
	ZÁVĚR	78
	SEZNAM LITERATURY	79
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82
	PŘÍLOHA Č. 1 INFORMOVANÝ SOUHLAS.....	83
	PŘÍLOHA Č. 2 REŠERŠE.....	85
	PŘÍLOHA Č. 3 ČASOVÁ OSA PÉČE O NOVOROZENCE.....	87
	PŘÍLOHA Č. 4 POZOROVACÍ ARCH.....	88

SEZNAM ZKRATEK

NCONZO..... Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

JIRP..... Jednotka intenzivní a resuscitační péče

JIP..... Jednotka intenzivní péče

FGR..... Fetal growth restriction

CTG..... Kardiotokografie

EKG..... Elektrokardiogram

CNS..... Centrální nervová soustava

i.v. Intravenózně

ÚVOD

Říká se, že těhotenství a mateřství je nejkrásnějším obdobím v životě ženy. Bohužel, možná bohudík, se v této frázi nepočítá s problémy, které mohou těhotenství i dobu po porodu významně zkomplikovat. V dnešní době ženy často mateřství odsouvají na vedlejší kolej, důležitější je vzdělání, práce, dobré finanční zajištění nebo bydlení. Čas na rodinu přichází daleko později, než tomu bylo dříve zvykem. Dalším problémem je životní styl, který je rok od roku horší. V populaci se častěji objevuje obezita, kouření, civilizační choroby jako je diabetes, nebo hypertenze. Všechny tyto jevy s sebou mohou přinést spoustu komplikací, s kterými většina rodin těšící se na potomka, opravdu nepočítá.

Předčasný porod stávající se čím dál častěji součástí naší společnosti, je takovým malým „strašákem“ nejen lékařů a porodních asistentek, ale hlavně matek. Nikdo je v průběhu těhotenství nepřipraví na situaci, kdy budou muset porodit příliš brzy a na několik měsíců s dítětem hospitalizováni na oddělení. Ženy se musí od začátku učit, jak se o něj starat, jak mu plnit jeho základní lidské potřeby, jakým způsobem se ho dotýkat nebo jak ho pochovat. Celá tato situace se stává velmi psychicky i fyzicky náročnou, celou rodinu ovládne strach, zda všechno dopadne dobře a oni se dočkají dne, kdy si budou moci přivést toho malého „drobečka“ domů. První dny, týdny, někdy i měsíce je dítě většinou s matkou hospitalizováno na odděleních JIP a JIRP, kde se ženy i jejich rodiny učí nebát se být tady pro miminko a být schopni se postarat o to, aby mu nic nescházelo. Učí se postupně krok za krokem postupovat tak, aby mohli v nejbližších dnech opustit stěny nemocnice a žít jako rodina. Kámen úrazu může nastat právě v momentě, kdy je matka společně s dítětem propuštěná do domácího prostředí, kde není možná pomoc zdravotnického personálu. Oba dva se tak musí spolu definitivně sžít a snažit se vést běžný rodinný život.

Na problematiku předčasného porodu a zátěže pro matky s tím spojené jsem se zaměřila, protože průběh a následky situace není příliš v povědomí lidí. Téma je stále více aktuální, jak v České republice, tak i ve světě. K tématu mě vedla má praxe na porodním sále a oddělení JIRP, kde jsem byla svědkem velmi náročné péče o nedonošené novorozence.

V úvodu do problematiky se zaměřuji na předčasný porod jako takový. Jeho nejčastější příčiny, diagnostiku, jednotlivá stadia, a případnou terapii s porodem spojenou. Krátce se zmiňuji také o vedení takového porodu. Jako předěl mezi problematikou předčasného

porodu a nedonošeného novorozence, zdůrazňuji klasifikaci novorozenců na základě odborné literatury. Ve třetí kapitole se věnuji morfologickým projevům nezralosti nedonošeného novorozence, poruchám jeho poporodní adaptace a péči o něj. Považuji za důležité zmapovat prostředí na oddělení JIRP a JIP, kde pro správný vývoj dítěte jsou důležité zásady něžné péče a klokánkování. Poslední kapitola je zaměřena na rodiče předčasně narozených novorozenců, jejich péči před a po propuštění a jednotlivé organizace, které napomáhají rodinám v této těžké situaci.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak se vyvíjela péče matky o předčasně narozeného novorozence. Zaměřuji se na progres péče jedné konkrétní matky o jejího potomka během hospitalizace na oddělení JIRP, následně JIP a dále po propuštění do domácího prostředí. Mapovala jsem zároveň i průběh těhotenství, porodu a vztah, který matka s dítětem v průběhu měsíců navázala. Informace jsem získávala formou polostrukturovaných rozhovorů a záznamu do pozorovacího archu. Vše předkládám v praktické části mé bakalářské práce.

Informace jsem vyhledávala v odborné literatuře a využila některých internetových článků. Nechala jsem si také vypracovat rešerši na základě klíčových slov v knihovně NCONZO, která mě inspirovala v jednotlivých zdrojích. Literaturu jsem si opatřila ve Studijní a vědecké knihovně v Plzni a v Knihovně fakulty zdravotnických studií v Plzni.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘEDČASNÝ POROD

Předčasný porod, a s tím spojená nezralost a nízká porodní hmotnost, se považuje za velmi závažnou a celospolečenskou komplikaci. Je to problém velmi složitě strukturovaný, dotýká se celé široké rodiny a ovlivňuje ji prakticky po celý život. V současné době počet nedonošených dosahuje zhruba osmi tisíc dětí ročně a stále stoupá. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 9)

1.1 Definice předčasného porodu

Předčasný porod je definován jako ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gestace, tzn. do 36+6. Stanovení dolní hranice prematurity je poněkud složité, protože každý stát má hranici „životaschopnosti“ nastavenou na jiný týden gravidity a je spíše předmětem debat (Koucký, Smíšek a kol., 2014, str. 11). V současnosti je v České republice hranice viability stanovena na dokončený 24. týden gravidity, tedy 24 + 0. Tento týden těhotenství dochází již k proliferaci plicních kapilár, plod dosahuje hmotnosti 500 gramů a je schopen přežít mimo dělohu. (Janota, Straňák a kol., 2013, str. 90) Frekvence předčasných porodů v České republice stoupá. V roce 2012 četnost všech předčasných porodů do konce 37. týdne gravidity přesahovala 11 %. Předčasné porody se také až v 70 % podílí na perinatální úmrtnosti, kterou se díky současné neonatologické intenzivní péči daří postupně snižovat. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 246)

1.2 Příčiny předčasného porodu

V dnešní době je předčasný porod definován jako patologický stav, který zahrnuje příčiny anatomické, biochemické a endokrinologické. Ty společně nakonec vyústí v tzv. syndrom předčasného porodu. Výběr nejdůležitějších ze souboru příčin, které definují tento syndrom jsou (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 246):

a) Infekce

Právě na prvním místě zmiňovaná infekce hraje jednu z nejpodstatnějších rolí v etiologii předčasného porodu a představuje velké riziko pro plod. Nejčastějším způsobem přenosu infekce je ascendentní cestou z dolního genitálního traktu, při čemž iniciální fáze probíhá

většinou asymptomaticky, a to tzv. dysmikrobie. Dysmikrobie, neboli bakteriální vaginóza, se vytváří působením hormonálních změn v graviditě, na jehož základě dochází k pomnožení patogenů, které z děložního hrdla přestoupí na dolní pól plodových obalů a vzniká amnionitis. Za těchto okolností začínají na amniální buňky, které jsou důležitým zdrojem prostaglandinů E₂, působit zánětlivé cytokiny (zejména interleukin 1, 6 a 8). Ty vyvolávají uvolnění bakteriálních lipopolysacharidů a iniciují tvorbu prostaglandinů, jejichž stimulační účinek na myometrium vyvolává kontrakce děložní. (Pařízek a kol., 2012, str. 65) Bakterie, uvolněné na základě infekce porušují celistvost amnia a způsobují tak i předčasný odtok vody plodové. Prokázat infekci v průběhu předčasného porodu můžeme pomocí odběru plodové vody, kde budou po kultivaci přítomny bakterie, zvýšené hodnoty interleukinu 6 a MMP-8 a mikroorganismy, zejména mykoplazmata a ureoplasmata. Spontánní předčasný porod spuštěný na základě infekce je na rozdíl od termínového porodu spojen i s fetální zánětlivou odpovědí-FIRS, která může značně komplikovat poporodní prognózu novorozence. Tyto plody mají vyšší perinatální a postnatální morbiditu, trpí zejména intraventrikulární hemoragií vyššího stupně, nekrotizující enterokolitidou, bronchopulmonální dysplazií, myokardiální dysfunkcí nebo později neonatální sepsí. (Koucký, Smíšek a kol., 2014, str. 45-46)

b) Předčasný odtok vody plodové (pPROM)

Další příčinou, která často úzce souvisí s již zmiňovanou infekcí, je předčasný odtok vody plodové, tzn. odtok vody plodové před neukončeným 37. t.g. Kromě infekce může být způsoben primární méněcenností plodového vejce, při stupňující děložní motilitě v rámci předporodní přípravy nebo prudkými změnami nitroděložního tlaku (např. kašel či obtížná defekace stolice). Diagnostikuje se většinou Temesváryho činidlem, tzn. 2 % alkoholovým roztokem bromtymolové modři, který se při kontaktu s alkalickou vodou plodovou na vložce zbarví zeleně. Tato diagnostika může být ale falešně pozitivní. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 427) Proto se potvrzuje ultrazvukovým hodnocením množství plodové vody nebo novější metodou semikvantitativními testy. Jedním z nich je actim PROM hodnotící přítomnost IGFBP a Amnisure hodnotící přítomnost placental alpha microglobulin 1 v plodové vodě. Nejčastěji užívaný je actim PROM test, jehož senzitivita a specifita je 83-100 %. (Koucký, Smíšek a kol., str. 61) Při rozhodování o případném ukončení gravidity rozhoduje přítomnost či nepřítomnost infekce, gestační stáří, poloha plodu a stav plodu i matky. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 428)

c) Inkompetence hrdla děložního

Jako třetí nejdůležitější příčinou z výběru je inkompetence hrdla děložního neboli cervikální inkompetence. V rámci této patologie dochází ke zrání, dilataci a zkracování děložního hrdla. Při zrání hrdla děložního ubývá kolagenu, stavební jednotky cervixu, a přibývá vody a hydrofilních glykosoaminoglykanů, na jehož základě dochází k dilataci. Na procesu se podílejí prostaglandiny E₂, estrogeny, relaxin a oxytocin. K hodnocení těchto změn slouží neinvazivní ultrazvukové, zcela spolehlivé vyšetření s názvem cervikometrie. U nízkorizikové skupiny těhotných žen považujeme za cervikální inkompetenci hodnotu délky hrdla pod 25 mm a dilataci kanálu hrdla více než 10 mm. (Koucký, Smíšek a kol., 2014, str. 62)

Dalším faktorem svědčícím pro předčasný porod je tzv. funnelling, při kterém dochází k dilataci vnitřní branky hrdla děložního ve tvaru písmene Y, U nebo V a prohlubuje se při břišním lisu. Změna délky cervixu je vzhledem k prognóze horší u ženy s vícečetnou graviditou. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 248)

d) Ostatní

Za méně časté příčiny můžeme považovat krvácení v těhotenství, které při masivní intenzitě souvisí hlavně s abrupcí placenty. Dále vícečetná gravidita nebo polyhydramnion, kde nadměrné rozpětí dělohy vede ke zvýšení kontraktility myometria, uvolnění prostaglandinů, zrání hrdla děložního a expresi genů pro proteiny gap junctions. (Koucký, Smíšek a kol., 2014, str. 57, 63) A v neposlední řadě epidemiologické faktory, jako je vzrůstající věk matky, špatná prenatální péče, kouření, abúzus drog nebo opakované předčasné porody. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 247)

1.3 Diagnostika předčasného porodu

Včasná diagnostika je obtížná, jelikož vychází ze subjektivních obtíží těhotné a nálezu na děložním hrdle. Ženy se co nejdříve hospitalizují, avšak jen 18 % těhotných, u kterých se zahájí léčba pro předčasný porod, je jím skutečně ohrožena (Pařízek a kol., 2013, str. 60) Rozeznáváme celkem čtyři klinická stadia předčasného porodu.

1.4 Stadia předčasného porodu

Partus praematurus imminens

První stadium předčasného porodu se nazývá „Předčasný porod hrozící“. Subjektivně žena může pociťovat tlak v podbříšku, bolesti v zádech a případně zesílený výtok z pochvy. Děložní kontrakce jsou trvalé, bolestivé a nepravidelné. Může se stát, že se jedná o bezpříznakový hrozící předčasný porod, jehož incidence je 10-15 % a žena přichází k lékaři většinou pro předčasný odtok vody plodové. V rámci vaginálního vyšetření je součástí i vyšetření v zrcadlech, kde je možné dokázat právě předčasný odtok vody plodové, výhřez vaku blan nebo prolabující malé části plodu. Ultrazvukem se odhaduje porodní hmotnost nezralého plodu, lokalizaci placenty nebo její předčasné odlučování a mimo jiné také stav děložního hrdla. Pomocí ultrazvukové cervikometrie se měří nejčastěji transvaginální sondou délka cervixu mezi vnitřní a vnější brankou, jeho dilataci, směr, konzistenci a stupeň vývoje poševní klenby. Součástí vyšetření ultrazvukem je i tzv. flowmetrie, při níž se měří průtok krve v arterii umbilicalis a dalších cévách. Pokud je zejména v a. umbilicalis tzv. zero flow nebo reverse flow, je indikován těžký distress plodu a je nutné graviditu ukončit.

Lékaři se dále zaměřují i na biochemické vyšetření, jehož součástí je detekce fibronektinu v cervikovaginálním sekretu. Fibronektin je protein, který se běžně nachází v interviliózním prostoru a jeho přítomnost ve výtoku těhotné rapidně zvyšuje riziko předčasného porodu. Dále se vyšetřují infekční markery v krvi, konkrétně počet leukocytů, který je v tomto případě nad $12 \times 10^9/l$, C-reaktivní protein (CRP), jehož hodnoty nad 10mg/l opakovaně jsou známkou infekce, a hladiny cytokinů, konkrétně již zmíněny interleukin 1, 6 a 8. Při subjektivním pocitu odtoku plodové vody se může použít Temesváryho činidlo, actim PROM test nebo AmniSure test. Jedna z posledních známek předčasného porodu, co může lékař prokázat, jsou děložní kontrakce. K detekci kontrakcí se užívá kardiokografický záznam, který pokud ukáže za 30 minut počet kontrakcí vyšší než čtyři, je zřejmé, že se jedná o hrozící předčasný porod. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 247, 248)

Partus praematurus incipiens

V rámci tzv. počínajícího předčasného porodu je děložní hrdlo již zcela zaniklé, klenby poševní plné a porodnická branka je větší než 3 cm. Pokud v této fázi nelze zastavit děložní kontrakce ani pomocí tokolytik, předčasnému porodu už nejde zabránit. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 247)

Partus praematurus in cursu

Za tzv. předčasný porod v běhu se označuje stav, kdy dilatace měkkých porodních cest stále pokračuje, často dochází i k odtoku vody plodové a velká část plodu (hlava nebo konec pánevní) vstupuje do pánve. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 248)

Defluvium liquoris amnialis praecox

Právě již zmíněný předčasný odtok vody plodové, který se může projevit bez kontrakcí děložních se jeví jako nejméně příznivá situace pro rodičku. Hrozí vysoké riziko intrauterinní infekce, dále riziko předčasného odlučování placenty a akutní hypoxie plodu. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 248)

1.5 Terapie předčasného porodu

Každá gravidní žena, která vykazuje známky porodu, např. odtok vody plodové nebo počínající kontrakce děložní, musí být přijata na příslušné gynekologicko-porodnické oddělení. V případě hrozícího či počínajícího předčasného porodu je žena přijata do perinatologického centra. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 248) V České republice se nachází celkem 12 perinatologických center, které koncentrují ty nejzávažnější případy. Tato centra byla zřízena na univerzitních klinikách nebo v rámci regionálních gynekologicko-porodnických oddělení. Jsou vybavena tou nejmodernější technikou zajišťující intenzivní porodnickou péči a také přístroji pro podporu ventilace a sledování základních životních funkcí nezralých novorozenců. Soustřeďují ženy s hrozícím předčasným porodem v týdnu gestace od 23 + 1 do 32 + 0 a zároveň ženy s patologickým průběhem gravidity. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 251, 252) Pro předčasné porody po 32. t.g., konkrétně po 32+1 t.g., jsou využívána centra intermediární péče, která byla zhotovena na úrovni okresů a jejich počet se pohybuje kolem dvaceti. (Pařízek a kol., 2013, str. 61) Organizace péče o předčasné porody je zajištěna tzv. transportem in utero, nebo – li transportem těhotné s počínajícím předčasným porodem do příslušného centra dle týdne gestace. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 253) Právě díky této organizaci péči o těhotné ženy se už v 90. letech zařadila Česká republika mezi 10 zemí s nejnižší perinatální úmrtností na světě. (Pařízek a kol., 2013, str. 61)

1.5.1 Tokolýza

Tokolytika jsou léčiva, která výrazně prodlužují těhotenství. Rozeznává se tokolýza úplná, jejíž cílem je totální relaxace myometria, a tokolýza parciální, kdy nižší dávka tokolytika

kontrakce děložní pouze pozastaví, tzn. sníží jejich amplitudu a frekvenci a prodlouží se mezikontrakční interval. (Pařízek a kol., 2013, str. 61, 62) Tokolýza je úspěšná, pokud zabrání předčasnému porodu do 48 hodin. Právě tento počet hodin vyznačuje období, které je nutné k indukci plicní zralosti plodu. Pro podání tokolytik je vždy třeba uvážit prospěšnost prodloužení gravidity. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 248)

Ideální je léčbu zahájit po 24+0 do 33+6 týdne těhotenství. Pokud se aplikují kortikosteroidy pro indukci plicní zralosti, může se léčba k zastavení předčasného porodu prodloužit do 34+6. Z léčby je nutné vyloučit ženy s intraamniální infekcí z důvodu lepší prognózy plodu života mimo dělohu, a ženy před 20. t.g., kde léčba tokolytiky není účinná. Dalšími kontraindikacemi je porucha nitroděložního vývoje FGR, suspektní či patologický záznam CTG, děložní krvácení, HELLP syndrom, těžká preeklampsie, mrtvý plod nebo placenta praevia. (Pařízek a kol., 2013, str. 66)

Mezi tokolytika se řadí beta-sympatomimetika, magnesium sulfát, antagonisté oxytocinu, inhibitory prostaglandinové syntézy a blokátory kalciového kanálu.

a) Beta-sympatomimetika

Tento druh tokolytik je velmi podobný katecholaminům a stimulují beta-receptory hladkosvalových buněk. Principem jejich účinku je aktivace enzymu adenylát-cyklázy, který zvýšením koncentrace cyklické aminofosfatázy sníží hladinu Ca a zároveň senzitivitu myozin-aktin kontraktilní jednotky. Právě díky zmíněnému principu účinku těchto látek existují kontraindikace léčby jako kardiovaskulární onemocnění, riziko edému plic, poruchy funkce jater a ledvin, diabetes mellitus nebo hypotyreóza. V České republice je nejčastěji podávané beta-sympatolytikum hexoprenalin neboli Gynipral. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 249) Podává se 25-50 µg/500ml i.v., v případě akutní tokolýzy 5-10 µg/min i.v. (Pařízek a kol., 2013, str. 66)

Nežádoucími vedlejšími účinky u matky jsou hypotenze, tachykardie, arytmie, hyperglykemie, hypokalemie nebo hypokalcemie. Vedlejší účinky u plodu jsou velmi podobné, jen se může přidat např. myokardiální ischemie nebo hyperbilirubinemie.

Pokud se lékař rozhodne pro akutní tokolýzu, je nutné před podáním zkontrolovat stav ženy prostřednictvím EKG a interním vyšetřením. Po podání se průběžně sleduje se u těhotné mateřský puls a tlak krve každé dvě hodiny. V případě známek respiračního distresu, vy-

soké srdeční frekvence nad 130 á min., tremoru, erytému, cerebrálního vazospazmu a kožní vaskulitidy atd. je léčbu nutné akutně ukončit. (Pařízek a kol., 2013, str. 66)

b) Magnezium sulfát

Magnezium snižuje frekvenci depolarizace hladké svalové, následně se váže na Ca^{2+} a blokuje prostup kalciovým kanálem. Podává se 2g magnezia do 100ml fyziologického roztoku každých 8 hodin nebo jako kontinuální léčba 2-4 g ve fyziologickém roztoku v průběhu 24 hodin rychlostí 30 kapek za minutu. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 249) Je prokázáno, že magnezium nevykazuje přímý tokolytický účinek, je tedy aplikován intravenózním vstupem pro jeho neuroprotektivní účinek na plod k udržení relaxace děložní svaloviny. (Pařízek a kol., 2013, str. 66) Při léčbě magnezium můžeme na CTG vidět zúžené oscilační pásmo a celkový útlum plodu.

Absolutní kontraindikací pro aplikaci magnezia je srdeční arytmie, myasthenia gravis nebo kontraindikace k udržení gravidity obecně tedy nitroděložní infekce. (Pařízek a kol., 2013, str. 67)

Mezi nežádoucí vedlejší účinky patří nauzea, zvracení, svalová paréza, somnolence, letargie až deprese dýchání nebo dysfagie. Nejčastějším ověřením předávkování hořčíkem je vymizení nebo snížení patelárního reflexu, ke kterému dochází při překročení dávky 12mg/dl. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 249) Často se objevuje také hypokalcemie, hyperkalemie, hypotonie nebo i porucha srážlivosti krve, která se projeví prodloužením Quickova testu. Těhotnou v průběhu léčby bedlivě sledujeme, aby nedošlo k předávkování. Již při dávce 18 mg/dl může dojít k zástavě srdce. Dále je nutná monitorace dechu, srdeční akce a tělesné teploty, příp. laboratorních testů. (Pařízek a kol., 2013, str. 67)

c) Antagonisté oxytocinových receptorů

Jako antagonisty oxytocinových receptorů se v České republice užívá Atosiban neboli Tractocile. Celková dávka tohoto léčiva v průběhu jednoho cyklu by neměla přesáhnout 330 mg a trvání léčby nemá trvat déle než 48 hodin. Jako kontraindikaci k podání léčiva se považuje období před 24. nebo po 34. t.g., odtok plodové vody dříve než ve 30 t.g., porucha nitroděložního vývoje – FGR, děložní krvácení, suspektní nebo patologický záznam CTG, HELLP syndrom, placenta praevia, mrtvý plod nebo příznaky alergické reakce na Atosiban.

Na rozdíl od beta – sympatomimetik jsou nežádoucí vedlejší účinky velmi vzácné. Může se objevit nauzea, nespavost, hypotenze nebo reakce v místě vpichu. (Pařízek a kol., 2013, str. 66) Všeobecně vykazuje minimum vedlejších účinků pro matku i plod, je možno jej použít u žen s kardiovaskulárním onemocněním, s diabetes mellitus, s poruchou štítné žlázy nebo srdečního rytmu. Největší výhodou tohoto tokolytika je, že působí velmi relaxačně na dělohu a velmi účinně snižuje myometrální aktivitu. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 250)

d) Ostatní

Inhibitory prostaglandinové syntézy

Antagonisté prostaglandinů zasahují do syntézy samotných prostaglandinů, inhibují enzym cyklooxygenázu a syntéze z prekurzorů kompletně zabraňují. V této řadě tokolytik se nejvíce užívá Indometacin, jehož dávka je 25–50 mg každých 6–8 hodin per os nebo rektálně.

Nejčastějšími vedlejšími účinky jsou u matky nauzea, palpitace, zvracení a v nejhorším případě krvácení do gastrointestinálního traktu, trombocytopenie nebo astmatický stav. Indometacin se nemůže užít v případě jaterního či renálního onemocnění, hypertenze, astma bronchiale nebo pokud žena trpí poruchami srážení krve. Velmi závažné důsledky této léčby se mohou objevit u plodu a novorozence, konkrétně předčasný uzávěr Butalovy dučeje, oligohydramnion, intraventrikulární krvácení, nekrotizující enterokolitida nebo plicní hypertenze. V České republice se z těchto důvodů Indometacin neužívá.

Blokátory kalciového kanálu

Tyto blokátory snižují uvolňování kalcia z intracelulárních zásob matky a zabraňují vstupu kalcia do hladkosvalových buněk. Mimo jiné se využívají i k léčbě hypertenze nebo srdečních arytmií. Praktické využití je v České republice také velmi omezené. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 249, 250)

1.5.2 Indukce plicní zralosti

V případě hrozícího předčasného porodu se včetně tokolytik aplikují i kortikosteroidy, konkrétně glukokortikoidy, které podporují zralost orgánových systémů plodu, zejména plicní tkáň. Glukokortikoidy indukují tvorbu surfaktantu v plicních alveolech a snižují riziko syndromu dechové tísně (RDS). Dále rapidně snižují riziko intraventrikulárního krvácení u plodu a novorozence. Mezi podávaná léčiva se řadí Betamethason, jehož dávka 14 mg se aplikuje intramuskulárně jednou za 24 hodin dohromady ve dvou dávkách, nebo

Dexamethason s dávkou 8 mg podávaný také intramuskulárně po 6–12 hodinách dohromady ve čtyřech dávkách. Účinky se projeví do 24 hodin a trvají až sedm dní po aplikaci. Ta je doporučována všem těhotným ženám od 24. do 34+6 t.g. Kontraindikací pro podání je systémové zánětlivé onemocnění matky či případně glaukom nebo těžká hypertenze.

Nežádoucí účinky nejsou tak časté, jen krátkodobě se u některých žen může objevit zvýšené riziko infekce. U výjimek může také při současném podání tokolytik a kortikosteroidů u matky vzniknout plicní edém, ke kterému přispívá hyperhydratace těhotných nebo vícečetná gravidita. Prolongované podávání kortikosteroidů je spojeno s vyšším rizikem myelinizace CNS, vývoje mozku a motorickými i psychickými poruchami v předškolním věku. Právě proto je v dnešní době podávána pouze jedna léčebná kúra. Výjimkou je stav, kdy první léčba byla aplikována ve velmi nízkém gestačním týdnu, neporodilo se a hrozící předčasný porod se objevil znovu v gestačním týdnu blízkém horní hranici.

Pokud těhotná žena trpí intraamniální infekcí, je přes to možné glukokortikoidy podat současně s antibiotiky. Výsledky přežití jsou v tomto případě mnohem lepší, než kdyby se léčba nenasadila. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 250, 251)

1.5.3 Léčba antibiotiky

K terapii pomocí antibiotik se uchyluje vždy při podezření na infekční etiologii hrozícího předčasného porodu, zejména při klinických známkách intraamniální infekce. Pokud je zachovalá voda plodová a klinické příznaky, jako je zvýšená tělesná teplota, tachykardie atd., přítomny nejsou, vyčkává se laboratorních výsledků konkrétních zánětlivých markerů (CRP, leukocyty). Naopak při předčasném odtoku vody plodové se profylakticky nasazují antibiotika ihned.

V současné době je mnoho předčasných porodů způsobováno jinými bakteriemi než streptokoky skupiny B. Právě z tohoto důvodu se jako terapie užívá dvojkombinace antibiotik, konkrétně Ampicilin 2 g iniciálně i.v. a dále 1 g po 6 hodinách v kombinaci s Gentamycinem 240 mg i.v. jednou za 24 hodin. Po 30. t.g.se za antibiotikum 1. volby považuje Penicilin, jehož iniciální dávka je 5 mil IU i.v. a dále 2,5 mil IU i.v. po 4-6 hodinách. Pokud se vyskytuje u těhotné ženy alergie na penicilin, aplikují se Cefalosporiny I. generace – Klindamycin nebo Vankomycin. Profylakticky se antibiotika podávají i v případě indikace k císařskému řezu, kdy interval mezi odtokem vody plodové a operací je delší než šest hodin. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 250)

1.6 Vedení předčasného porodu

V případě, kdy rodička dojde do fáze předčasného porodu tzv. v běhu, nelze už porodu zabránit a těhotenství se ukončuje. Přístup k vedení takového porodu je velmi individuální a je třeba vždy zvážit všechna rizika týkající se matky i plodu. Ke spontánnímu porodu se lékař uchyluje tehdy, když je plod v poloze podélné hlavičkou nebo v poloze koncem pánevním s hmotností do 750 g, dále v případě, že plod je na hranici viability a ve všech případech jsou porodní cesty těhotné ženy připravené, děložní hrdlo zralé a cervix score je větší než 7. V průběhu vaginálního porodu musí brát zdravotník na vědomí, že nezralý plod je více náchylnější k poškození porodním traumatem nebo např. hypoxií. (Pařízek a kol., 2013, str. 65) Cervikokraniální tlak, který je až čtyřikrát vyšší než intrauterinní tlak, působí během kontrakce na hlavičku nezralého plodu. Při nadměrných děložních kontrakcích nastane pokles průtoku krve v centrálním nervovém systému plodu, dochází k vagotonii a následně k bradykardii. Ta se na projeví i na CTG záznamu společně s ranými deceleracemi tvaru písmene V s velkou amplitudou. Opakované střídání poklesu a obnovy průtoku v CNS vede k hypoxickým změnám cév a intrakraniálnímu krvácení. Porod se musí kontinuálně monitorovat a v případě, že se intenzita kontrakcí zvýší nad 60 Torrů, frekvence nad čtyři kontrakce během deseti minut a mezikontrakční období se zkrátí pod 40 vteřin, je nutné aplikovat tzv. parciální tokolýzu. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 252) Vhodné je i užití epidurální, příp. segmentální, analgezie, která sníží odpor pánevního dna, podpoří relaxaci porodních cest a děložního hrdla a zároveň sníží nadměrný stres, který je součástí většiny předčasných porodů. Doporučuje se neprovádět dirupci vaku blan a neodteklou vodu plodovou ponechat v tomto stavu až do závěru porodu. (Pařízek a kol., 2013, str. 64) Pokud se rozvine na CTG záznamu obraz hypoxie či případně hluboké decelerace v průběhu porodu, je nutné těhotenství ihned ukončit akutním císařským řezem. Císařský řez se v nižších gestačních týdnech volí zejména ve výjimečných případech. Je indikován, pokud je plod v poloze koncem pánevním a jeho hmotnost přesahuje 750 g, v případě rozvoje chorioamnitidy nebo při nezralém vaginálním nálezu. Technika operace je na rozdíl od císařského řezu v termínu velmi náročná. Dolní děložní segment není dostatečně rozvinutý, a proto se na rozdíl od císařského řezu v termínu volí příčný, vysoko položený a široký řez tvaru písmene U. Pokud tato technika ale nestačí, je nutné zvolit řez cervikokorporální nebo v akutních situacích řez tvaru písmene T. (Hájek, Maršál, Čech a kol., 2014, str. 252) Pouze po provedení řezu tvaru písmene U je možný porod per vias naturales, tedy vaginální, i v další graviditě. (Pařízek a kol., 2013, str. 64) Operace může být i přes to spo-

jena s lacerací ligament, děložních arterií nebo poranění močového měchýře a být doprovázena velkým krvácením. Ani jeden ze způsobů vedení porodu není tedy zcela bez rizik. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 252) Ať už je porod veden jakýmkoliv způsobem, je vždy pro zajištění optimální péče přítomen porodník i neonatolog. Žena by zároveň měla počítat s tím, že v nemocnici bude novorozenec hospitalizovaný zhruba stejně dlouhou dobu, kterou by za normálních okolností strávil ještě v děloze. (Gregora, Velemínský ml., 2011, str. 48)

2 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ

Každý novorozenec se charakterizuje gestačním věkem, porodní hmotností a vztahem mezi těmito dvěma veličinami. (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, str. 15)

2.1 Klasifikace dle gestačního věku (délky těhotenství)

1. Nedonošený novorozenec = gestační věk náleží hranici do 36+6
2. Donošený novorozenec = gestační věk náleží rozmezí od 37+0 do 41+6
3. Přenášený novorozenec = gestační věk je 42+0 a víc

2.2 Klasifikace dle porodní hmotnosti

1. Novorozenec makrosomní = s hmotností 4500 g a více
2. Novorozenec s normální porodní hmotností = s hmotností v rozmezí 2500 g-4499 g
3. Novorozenec s nízkou porodní hmotností = s hmotností nižší než 2500 g
4. Novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností = s hmotností nižší než 1500 g
5. Novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností = s hmotností nižší než 1000 g

2.3 Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku

1. Eutrofický novorozenec = hmotnost novorozence odpovídá dosaženému gestačnímu stáří
2. Hypotrofický novorozenec = hmotnost novorozence se nachází pod 10. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního věku-SGA
3. Hypertrofický novorozenec = hmotnost novorozence se nachází nad 90. percentilem pro daný dokončený týden gestačního věku-LGA (Dort, Dortová, Jehlička, 2018, str. 15)

3 PŘEDČASNĚ NAROZENÝ NOVOROZENEK

Termínem „Předčasně narozený novorozenec“ nebo – li novorozenec nedonošený se označuje takové dítě, které se narodilo před nedokončeným 36. týdnem gravidity, tedy do 36+6. Díky tomu, že nedonošený novorozenec projevuje známky nezralosti, lze tyto dvě označení nahradit i termínem „nezralý novorozenec“. Všechny termíny vyjadřují prakticky totéž. Nedonošenec je výrazně oběhově nestabilní a termolabilní, proto péče o něj zahrnuje významné rozdíly oproti donošenému novorozenci. (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, str. 40) Předčasně narozené novorozence můžeme ještě dále dělit podle jejich hmotnosti. Mezi ty lehce nezralé patří děti všeobecně narozené do 36+6 s hmotností od 2000-2499 g. Jako středně nezralé se označují děti narozené do 33+6 s hmotností od 1500-1999 g. Děti narozené do 31+6 s hmotností 1000-1499 g se označují jako velmi nezralé. Novorozenci obvykle s nejhorší prognózou patří do kategorie extrémně nezralých. Tímto termínem se značí děti narozené do 27+6 s hmotností do 999 g. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 26)

3.1 Morfologické projevy nezralosti

Nedonošení novorozenci se projevují různým stupněm nezralosti. V popisu jednotlivých znaků se odlišují anatomické a funkční známky nezralých dětí. Mezi ty anatomické známky patří tenká, červená kůže a nedostatečným tukovým polštářem, která je porostlá „chloupky“ tzv. lanugem. Mají měkké chrupavky ušních boltců, nerýhované nebo pouze mírně rýhované plochy nohou a nehty nedosahují konce prstu. Kostra hrudníku je velmi měkká a břišní stěna chabá. Nejvýraznější odlišení jsou u chlapců nesestouplá varlata v šourku a u holčiček velké stydké pysky nepřekrývají pysky malé. Mezi funkční známky nezralosti patří chybění nebo nedostatečná výbava reflexů u novorozence, křehkost a špatná pevnost cév či jaterní nezralosti u nedonošenců a s tím spojená déletrvající novorozencká žloutenka. (Klíma a kol., 2016, str. 107, 108)

3.2 Porucha poporodní adaptace

Nízké gestační stáří v kombinaci s nízkou porodní hmotností velmi úzce souvisí s funkčními a strukturálními charakteristikami nezralosti, k nimž patří například enzymatické nebo orgánové systémy. U těch extrémně nezralých je vysoké riziko vážných komplikací. (Janota, Straňák a kol., 2013, str. 91) Nezralost může vést jak k akutním, tak chronickým orgánovým projevům, jako je např. apnoe, bronchopulmonální dysplazie, syndrom decho-

vé tísňe, perzistující ductus arteriosus, retinopatie, hyperbilirubinemie nebo intrakraniální krvácení. (Muntau, 2014, str. 8)

Dýchací systém

Od 24. týdne gravidity se začínají alveoly a dýchací cesty plnit plicní tekutinou. Ta se nazývá surfaktant, je tvořena zejména lipoproteiny a umožňuje rozepnutí plic po porodu. Až do 34. týdne může být její množství nedostatečné, což může vést u nedonošených dětí k plicním komplikacím. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, str. 30,31) Hlavním z nich je např. RDS (syndrom dechové tísňe) nebo rozvoj chronické plicní nemoci. (Dort a kol., 2011, str. 100) Nezralost tkáně plic v kombinaci s nezralostí nervového systému se často projevuje apnoickými pauzami provázené bradykardií a cyanózou u dítěte. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 29) Pro zlepšení dýchání novorozenců se lékaři často uchylují k oxygenoterapii, při níž hladina kyslíku může působit toxicky a spolu s nezralostí sítnice oka může dojít k rozvoji retinopatie nedonošených. (Dort a kol., 2011, str. 101)

Gastrointestinální trakt

U nedonošenců se často objevuje snížená motilita střev a nízká produkce trávicích šťáv. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 29) Zavádět enterální výživu se musí proto velmi pomalu a opatrně, protože hrozí vznik ileu neboli střevní neprůchodnosti se spontánní perforací střeva nebo rozvojem nekrotizující enterokolitidy. (Dort a kol., 2011, str. 101)

Močový systém

Nezralost tohoto systému se projevuje vyšší ztrátou vody a soli, a naopak větší obtížností přebytečnou vodní a solnou zátěž odstranit. (Dort a kol., 2011, str. 101)

Imunitní systém

Novorozenci jsou v případě nízkého gestačního stáří mnohonásobně více ohroženi závažnými až životu ohrožujícími infekčními komplikacemi. (Dort a kol., 2011, str. 101) Nebezpečí je ještě vyšší, pokud se jedná o infekci perinatální, kdy matka trpí nákazou již v těhotenství. Případně se dítě nakazí při porodu nebo v rámci pobytu na oddělení, pak se jedná o infekci nozokomiální. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 29)

Kožní systém

Nedonošený novorozenec má relativně velký tělesný povrch s minimální vrstvou podkožního tuku, který v případě fyziologie dobře funguje jako tepelná izolace. Právě nedostatečná tuková vrstva přispívá k vysokým ztrátám tepla nebo v některých případech naopak k rychlému přehřátí. (Dort a kol., 2011, str. 101)

Kardiovaskulární systém

V rámci nezralosti nastává porucha hormonální odpovědi na stresovou situaci, kterou je při předčasném porodu plod vystaven. Vlivem špatného kapilárního průsvitu se nevyplavuje adrenalin, srdce nefunguje tak, jak by správně mělo a může dojít až k hypoperfuzi orgánů a jejich selhávání. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 29) Často se v souvislosti s nezralostí vyskytuje také přetrvávání arteriální Botalovy dučeje. (Dort a kol., 2011, str. 100) Další poruchou v krevním řečišti může být vznik anémie. Z důvodu rychlého rozpadu erytrocytů, s kterým souvisí i rozpad hemoglobinu, se u nedonošených novorozenců objevuje anemie, tedy nedostatek krevního barviva. Současně se přechodně snižuje i krvetvorba a novorozenec se snadno stává chudokrevným. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 29)

Metabolický systém

V souvislosti s prudkým rozpadem erytrocytů v kombinaci s hemoglobinem a zároveň nezralostí jaterních funkcí se zvyšuje hladina bilirubinu, tedy žlučového barviva, a vytváří se hyperbilirubinémie. Ta projevuje se dřív nebo později jako novorozenecká žloutenka. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 29) Hladina bilirubinu se musí kontinuálně monitorovat a adekvátně léčit, aby nedošlo k poškození mozku novorozence. (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, str. 40) Mezi další metabolické poruchy řadíme hypokalcemii a hypoglykemii. Zásoby glukózy a kalcia se přes placentu k plodu dostávají nejvíce ve třetím trimestru, což je důvodem pro jejich nízkou hladinu právě u nedonošených dětí. Opět může dojít až k poškození mozku, proto se také musí jejich hladiny u novorozenců kontinuálně monitorovat. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 29) Z důvodu velkého povrchu těla novorozence a vysoké propustnosti kůže dochází i k významným ztrátám vody v prvních dnech života, které úzce souvisí se životu nebezpečnou hypernatremií. (Dort a kol., 2011, str. 101)

3.3 Péče o předčasně narozené novorozence

Nedonošené děti mívají oproti fyziologickým často přechodné potíže související s nezralostí a problémy s přizpůsobením se extrauterinnímu životu. (Gregora, Dokoupilová, 2016, str. 37) Péče po porodu zahrnuje udržení tělesné teploty, podporu krevního oběhu, pokud je nutná, přísně dávkovanou oxygenoterapii, parenterální výživu a pravidelné sledování hmotnosti. Novorozenec se v rámci tzv. soft care polohuje, ošetřuje a při každém výkonu je nutné pamatovat na šetrný přístup. (Dort a kol., 2011, str. 102)

3.3.1 Termoregulace

Zajištění novorozenci prostředí s ideální teplotou je důležité a zároveň nezbytné od prvních okamžiků života. Udržení stálé teploty je podstatné pro navození poporodních adaptačních dějů, protože při její rychlé ztrátě nemusí mít dostatek energie na dýchání ani správnou funkci srdce. Zvláště u nedonošených novorozenců tělesná teplota rychle klesá a riziko podchlazení je už na porodním sále velmi vysoké. U dítěte s hmotností 1000 gramů se může teplota snižovat až o jeden stupeň každých 5 minut. Na porodním sále by proto měla teplota místnosti vyhovovat zejména potřebám novorozence, ideálně by měla teplota dosahovat 26°C. (Janota, Straňák, 2013, str. 434) V posledních letech se začali nedonošení novorozenci na porodním sále ihned po porodu balit do plastové folie, aby se zvýšila schopnost tělesnou teplotu udržet obzvláště při transportu z porodního sálu na oddělení JIP nebo JIRP. Tam se děti ukládají buď do inkubátorů s dvojitou stěnou nebo do vyhřívaných lůžek, které se liší tím, že nemají horní poklop. Oba systémy napomáhají dítěti udržet přiměřenou tělesnou teplotu. Dítě je uloženo na speciální podložku, které brání proti otláčením, supluje stísněné prostředí dělohy a označují se jako tzv. hnízdečka. Leží většinou nahé jen v plence, aby mohl zdravotní personál sledovat jeho dýchání a případnou změnu barvy kůže. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 54) Navíc se obklopují různými polohovacími pomůckami, které kromě komfortu, pomáhají udržovat nebo případně zvyšovat tělesnou teplotu dítěte. (Fendrychová, 2011, str. 105) U těch nejmenších je zpočátku potřeba nastavit teplotu v inkubátoru až na 39 °C současně s vysoce vlhkým prostředím, kde vlhkost dosahuje u extrémně nezralých až 80 %. Je to zejména z toho důvodu, že nedonošenci mají hodně tenkou kůži, přes kterou ztrácí velké množství tekutiny z podkoží a zároveň z celého těla. Udržovaná vlhkost tedy stabilizuje i vnitřní prostředí dítěte. Postupem času, kdy kůže sílí a tělo se vyvíjí, se vlhkost spolu s teplotou začínají snižovat, aby se v příliš teplém a vlhkém prostředí nehromadily bakterie a plísně. Kožní teplota se zejména v inkubátoru kontinuálně sleduje teplotním čidlem na břicho a ideálně

dosahuje rozmezí 36,5 – 37,5°C. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 54, 58, 59) Ve stavu hypotermie dítě vynakládá příliš mnoho energie na zahřívání, uvolňuje se noradrenalin, vzniká systémová i plicní vazokonstrikce a poklesne sycení krve kyslíkem. Pokud se tento stav včas nezachytí, vyvíjí se laktátová acidóza a může dojít až ke smrti. Při hypertermii naopak dochází ke zrychlení dechu, srdeční frekvence a překrvení dítěte, což může vést k šoku až komatu. Nastavená teplota prostředí se podle opakovaně měřené teploty tělesné reguluje. Cílem termomanagementu je udržení termoneutrálního prostředí, kde jsou nároky na dýchání a oběhový systém nejnižší. (Dort a kol., 2011, str. 87, 92)

3.3.2 Výživa

Výživa nedonošeného novorozence většinou začíná parenterálně. Složení infuzního roztoku, který se podává většinou intravenózně, musí být přesně vyváženo dle jeho potřeb. Roztoky obsahují potřebné živiny včetně tuků, sacharidů a vitamínů a aplikují se zejména pomocí infuzních pump, kde je možné nastavit rychlost s přesností až 0,1 ml/hodinu. Celý proces výživy od počátku spěje k tomu, aby parenterálně bylo dítě krmeno co nejkratší dobu a zároveň co nejdříve živeno pouze přirozeným mateřským mlékem. Hlavní příčinou neefektivní činnosti trávicího traktu a zároveň indikací k parenterální výživě je nedostatečná zralost stěny trávicí trubice. Trávenina díky tomu prochází střevem pomaleji, novorozenec má vzedmuté břicho, žaludek není dostatečně vyprázdňený a smolka neodchází pravidelně. Tento stav se mnohdy za krátkou dobu spontánně upraví. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 70) Enterální výživa má proti té parenterální mnoho výhod. Působí preventivně proti atrofii střevní sliznice, vzniku střevní infekce a cholestázy. Urychluje vývoj střevní sliznice a stimuluje imunitní systém. V případě normálního nálezu břicha dítěte, slyšitelné peristaltiky fonendoskopem a pravidelného odchodu smolky je vhodné enterální výživu bezpečně zahájit. (Fendrychová, Borek a kol., 2013, str. 171)

Způsoby krmení novorozence

Aby si sliznice začala postupně na stravu zvykat, jsou ideální pro začátek minimální dávky mléka vlastní matky podávané nazogastrickou sondou a většinou fortifikované. Nejlepší je pro dítě mléko čerstvé, které matka odstříká z prsu přímo na oddělení. Může se podávat buď bez dalších úprav nebo se fortifikuje pro zvýšení obsahu kalorií, bílkovin, minerálů a vitamínů. Mléko, které žena přinese z domova, je nutné pasterizovat a u dětí s hmotností pod 2000g vzorek ještě bakteriologicky vyšetřit. (Dort a kol., 2011, str. 74) Zavedení nasogastrické sondy musí být velmi šetrné a pomalé, u méně zralých novorozenců většinou ústy

a u těch zralejších nose. Velikost se určuje měřením vzdálenosti od ucha přes kořen nosu do poloviny vzdálenosti mezi sternem a pupkem. Po zavedení se pro kontrolu umístění sondy odtáhne část žaludečního obsahu. Na oddělení se pro začátek využívá tzv. bolusového krmení infuzním dávkovačem ve dvou až tří hodinových intervalech. Mléko je tímto způsobem podáváno dvacet až třicet minut. V případě tolerance dávky 100ml/kg/den je možné přejít na krmení samospádem, kdy mléko steče cévkou do žaludku samovolně, nikoliv pod tlakem. Další alternativa je kontinuální krmení, kdy se stříkačka s mateřským mlékem mění na každou dávku krmení, nejdéle po čtyřech hodinách. U některých dětí se sleduje i množství zbytků mléka v žaludku a podle toho se následně reguluje množství další dávky. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 171, 174) Pokud je dítě dostatečně zralé, je vhodné zařadit alternativní způsoby krmení perorálně. Dítě může sát přes sondu, ze stříkačky nebo kádinky, aby si neodvyklo sát z prsu a přechod na kojení pro něj mohl být snazší. Aby mohl být novorozenec kojen, je důležitá tvorba mléka u matky. Tu může podpořit častou stimulací bradavek a odstříkáváním mléka buď mechanickou odsávačkou nebo ručně. Mateřské mléko je pro dítě velmi podstatné, má dostatek živin, vitamínů, a hlavně imunologických faktorů a přirozeně podporuje vývoj dítěte. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 71, 72) Kojení nedonošeného dítěte je možné zahájit poté, co dosáhne určitého stupně zralosti. Novorozenec musí být teplotně stabilní, musí být zajištěna stabilita dýchání a cirkulace a zkoordinované reflexy (zejména dýchání a polykání). K tomu, aby se u dítěte podpořily schopnosti spojené s příjmem potravy, je důležitá spolupráce rodičů a personálu. Ti by měli vytvářet pozitivní orální stimuly, čímž se předejde vytvořením negativních orálních stimulů a dítě pak nebude odmítat orální výživu. Nezralí novorozenci mají velmi často potíže s koordinací sání, polykání a dýchání. Na nepřiměřený podnět reagují brzkým usínáním a snížením motorické aktivity a svalového tonu v orální oblasti. Pokud v této fázi dojde ke zvýšení množství mléka v ústech a následně apnoei a bradykardii, naruší se fyziologická stabilita dítěte, které jako následek toho začne orální krmení odmítat. V rámci již zmíněných pozitivních stimulů se nabízí vlastní prstíky do úst, dudlík, nebo se dítěti dává ochutnat kapka mléka. Velmi důležitá je také vazba s matkou prostřednictvím častého kontaktu kůži na kůži, tzv. klokánkování, kdy dítě matku očichává, může i olizovat její bradavku a zkoušet se i přisát. (Dort a kol., 2011, str. 73, 76) Kojení hraje hlavní roli v utváření vztahu a vazby mezi matkou a dítětem. U matky se tak rozvíjí mateřská senzitivita prostřednictvím kontaktu s dítětem a pozitivně působí na emoční a sociální vývoj dítěte. Právě z důvodu časně separace po porodu je z těchto důvodů kojení velmi důležité. (Masopustová, Daňsová, Lacinová a kol., 2018, str. 45) Zpočátku je dobré dítě přikládat

např. 1-2 x denně, stav nedonošence neustále sledovat a při nestabilitě zavést po 3-5 sáních přestávky, kdy se dítě oddálí od bradavky. Kojení nedonošených starších než 34. týden gestace většinou takový problém nebývá. (Dort a kol., 2011, str. 73, 76)

3.3.3 Prostředí JIP/JIRP

Základem péče personálu na oddělení je prevence infekce. Nedonošený novorozenec má velmi slabý imunitní systém, nedokáže se proti patogenům zpočátku bránit a musí tak být dodržena prevence. Je důležité, aby se sestra starala pouze o děti, které jí byly svěřené na začátku její směny a dodržovala tzv. bariérový systém v ošetřování. Každé ráno sestra omývá přidělené inkubátory čistou vodou pomocí dvou plen. Nejdůležitější částí prevence na oddělení je pravidelné mytí a dezinfekce rukou před a po každém výkonu spojeným s manipulací s novorozencem. Pokud by někdo z řad personálu mohl být zdrojem infekce, např. při onemocnění horních cest dýchacích, je kromě řádné dezinfekce důležité i nošení ústní masky. Poslední zásadou v rámci bariérového systému je používání jednorázového zdravotnického materiálu. S ostatními částmi prevence vede k maximálnímu snížení pravděpodobnosti kontaminace dítěte. Další zásadou oddělení JIP/JIRP je co největší omezení škodlivých faktorů prostředí. Toho se využívá v rámci tzv. něžné péče, která musí splňovat určitá pravidla. (Dort a kol., 2011, str. 108, 109)

Něžná péče

Porodem dochází pro novorozence k rapidní změně prostředí. V děloze měl dostatečné teplo, zajištěnou kontinuální výživu, pohodlí a byl chráněn před světlem a hlukem, což s extrauterinním životem nelze srovnat. Nedonošený novorozenec na tuto změnu není připravený. Je náhle vystaven hluku, světlu, chladu, bolestivým stimulům a ztrátě komfortu. Na oddělení se proto zdravotnický personál snaží co nejvíce dítěti usnadnit život mimo dělohu a omezit tak působení co největšího množství pro dítě nepříjemných podnětů. Prostředí je třeba upravit zejména na základě reakcí dítěte. Předčasně narozené děti se ukládají dál od zdrojů hluku a světla, vypínají se zvukové alarmy, používají se lampy se stínidly a překrývají se inkubátory. Personál nekřičí, nebouchá s dveřmi, s inkubátorem zachází něžně a opatrně. Také respektuje stav spánku a bdění novorozence a odkládá co největší množství výkonů na dobu, kdy je vzhůru. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 81, 82) Prostřednictvím něžné péče personál reaguje na bolestivé podněty novorozence a snaží se bolest tišit. To, že dítě něco bolí, se většinou projeví na jeho fyziologických funkcích - zvýší se krevní tlak, změní se frekvence dýchání a obvykle dítě začne křičet. V této chvíli je dů-

ležité jej udržet v teple, vhodné poloze, mluvit na něj, hladit ho na hlavičce a případně použít dudlík. Velmi žádoucí je také přítomnost rodičů. (Dort a kol., 2011, str. 108, 109)

3.3.4 Klokánkování

Klokánkování je brzký, kontinuální a dlouhotrvající kontakt, kdy nedonošený novorozenec leží na těle matky tzv. skin to skin. Matka se tak na své dítě dokáže lépe naladit, vztah se mezi nimi prohlubuje a zároveň se tímto způsobem podporuje tvorba a produkce mateřského mléka. Je prokázáno, že opakované klokánkování redukuje tělesnou teplotu dítěte, nedonošenec lépe prospívá, dále působí jako prevence nosokomiální infekce a neurálního poškození, a snižuje úmrtnost nedonošenců. Tento akt je doporučován pro všechny předčasně narozené děti, zajišťuje hemodynamickou stabilitu organismu a napomáhá odstranění kyslíkové podpory. (Gayen, Bhowmik, Nandy, 2019) Dítěti se lépe upravuje srdeční rytmus, méně pláče, rychleji přibývá na váze a zlepšuje se výrazně jeho spánek. V průběhu je dítě pouze v plence, většinou má čepičku, vlněné ponožky a pokládá se na nahý hrudník matky mezi její prsy a přikrývá se plenkou. Klokánkování může trvat různě dlouho, často jeho délka závisí na stavu dítěte. Ženy mají v průběhu pocit, že je miminko opravdu jen jejich, s dítětem se snadněji spojí a dítě zase naopak slyší tlukot srdce matky jako před porodem v děloze, což je pro něj velmi uklidňující. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 92) S klokánkováním se začíná již brzy po porodu na oddělení a většinou s tím rodiče pokračují i doma. Poprvé byla tato forma péče u nedonošených novorozenců použita v roce 1978 v Bogotě v Kolumbii. (Gayen, Bhowmik, Nandy, 2019) Odborníci dnes mají spoustu důkazů o tom, že klokánkování může být přínosem nejen v zemích s neadekvátním technickým vybavením, ale i tam kde jsou k dispozici nejmodernější přístroje. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 92)

4 RODIČE NEDONOŠENÝCH NOVOROZENCŮ

Předčasný porod je obtížnější než porod fyziologický, jak z porodnického hlediska, tak i z toho psychického. I když by rád zdravotnický personál udržel rodičku co nejvíce v klidu, bohužel se v této situaci nevyhne jejímu zvýšenému napětí. Ta se často obviňuje, případně hledá viníka v ostatních a klade si otázku „proč zrovna já?“. Matka je po porodu novorozence, který je ihned uložen na oddělení JIP, odkázaná pouze na informace od pediatra a zdravotnického personálu a musí čekat na okamžik, kdy bude moct své dítě navštívit. V těchto chvílích na oddělení šestinedělí dochází k těžkým psychickým stavům, pocitům vlastního selhání, strachu o dítě, nejistoty a bezmoci. (Ratislavová, 2008, str. 74) V průběhu péče o novorozence se může také přidat vyčerpání a depresivní ladění vedoucí postupně ke změně rodičovského chování. Rodič poté není schopen vnímat a reagovat na podněty dítěte. Dobré psychické naladění rodičů je pro zdravý vývoj dítěte velmi důležitý. (Sobotková, Dittrichová a kol., 2009, str. 12, 13)

4.1 Specifika zátěže rodičů

Hlavní zátěží u rodičů obecně je strach o dítě. I matka, která porodila zcela zdravého potomka se strachuje, aby její dítě bylo v pořádku, ale u rodičů předčasně narozeného novorozence je obava mnohonásobně vyšší. Bojí se o jeho zdravotní stav, o jeho přežití nebo případné budoucí postižení dítěte. Rodičovská role může být i vlivem separace po porodu narušena a často se objevují negativní pocity namísto radosti z narození dítěte. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2016, str. 130) Rodiče cítí bezmoc v péči o dítě, mají pocit, že pro něj nemohou nic udělat. Zároveň se cítí zoufale, mohou mít dojem, že stav novorozence se nelepší a dítě dostatečně neprospívá. Zejména matky se často domnívají, že ke svému dítěti nic necítí, vyčítají si to, velmi složitě si k dítěti budují vztah nebo naopak žárlí na sestry, které s novorozencem tráví více času a opečovávají ho. Pro tohle vše je velmi podstatné rodiče co nejdříve do péče zapojit a komunikovat s nimi. Povzbuzují se v častých návštěvách, aby si novorozence hladili, mluvili na něj, nahráli případně pohádku na diktafon, aby dítě slyšelo jejich hlas i když nejsou přítomni, nebo je podpořit v klokánkování, tedy kontaktu „skin to skin“. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 22) Pocity bezmoci a obav o dítě může zažívat i širší rodina a obvykle ani neví, jak se k matce a případně jejímu partnerovi zachovat. I v tomto případě je komunikace velmi důležitá. Další obavou pro rodiče jsou perspektivy do budoucna. Co bude, až se miminko propustí domů, jestli zvládnou péči o něj bez zdravotnického personálu, jak moc se naruší jejich plány, a

hlavně jak bude probíhat vývoj jejich dítěte. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2016, str. 130) Další zátěží je i samotná organizace. Žena je odtržena při dlouhodobé hospitalizaci z vnějšího prostředí, od rodiny a přátel, nemůže pracovat, s čímž mohou být spojeny ekonomické obtíže. V některých případech má rodina doma ještě jedno dítě, které nemá kdo zaopatřit při hospitalizaci ženy na oddělení a ta díky tomu za novorozencem pouze dojíždí. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2016, str. 130) Tyto faktory způsobují, že se žena trápí, má pocity nezvládnutí situace, je toho na ni moc a potřebuje velkou oporu ze strany rodiny a hlavně partnera. Velmi účinné i v rámci hospitalizace na oddělení je rozplánovat si dny bod po bodu, aby měla žena pocit, že vše má ve svých rukou a organizaci svého času dobře zvládá. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 24) Nejvíce specifická část péče rodičů nedonošených dětí je jejich již zmiňovaná hospitalizace na oddělení JIRP. Pohled na novorozence v prostředí plném techniky, přístrojů, neznámých zvuků, hadiček, velkého množství lidí, s kterým rodiče musejí komunikovat a lékařských zákroků, u kterých jsou často přítomni, je velmi stresující a těžká zkušenost, která má obrovský vliv na prožívání rodičů. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2016, str. 130)

4.2 Family centred care

Tento termín lze vysvětlit jako péči zaměřenou na celou rodinu, v níž jsou rodiče zdravotnickým personálem podporováni v péči o dítě už od brzké doby po porodu. Součástí je vzdělávání, seznamování s chováním dítěte, učení rozeznávat různé signály novorozence a to, jak na ně reagovat. Po celou dobu je plně podporována rodičovská role, rodiče jsou ubezpečováni, že jsou to právě oni, kdo jsou pro dítě nejdůležitější a záleží především na nich, jak se bude novorozenec vyvíjet a cítit. Tato péče se považuje i za jednu ze strategií snižování výskytu vývojových poruch dětí. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2016, str. 122, 123, 124) Vytvoření citové vazby mezi rodiči a nedonošeným novorozencem může být někdy velmi obtížné. Umožnění rodičům podílet se na péči o dítě, nést za ni odpovědnost a nabít vědomosti o stavu dítěte je pro ně velmi důležité. Třemi hlavními složkami v rámci podpory rodičů je pečující skupina, kterou představují dětské sestry, přijímací skupina, což zahrnuje novorozence a jejich rodinu, a prostředí novorozeneckého oddělení. Nezbytná součást péče zaměřené na rodinu je komunikace, která tkví v neustálém opakování, ujišťování a předávání písemných informací. Naopak nejhorší variantou je separace matky od dítěte. Ta nemá v tomto případě šanci své dítě poznat, navázat s ním vztah a získat jistotu v péči o něj. Proto při první příležitosti, kdy je to možné, podnikne se vše, aby byla matka a dítě opět fyzicky a citově spolu. Toho se dosahuje konkrétními opatřeními na

oddělení, jako je zřizování v rámci JIP/JIRP pokoje pro matky, povolení návštěv dítěte v jakoukoliv denní nebo noční dobu a předat telefonní číslo na linku, kde se žena každý den může dovědět potřebné informace. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str.181, 183, 184) Podstatné je pokračovat v klokánkování po celou dobu hospitalizace (i po propuštění) z důvodu pozitivního vlivu na fyziologii, emoce a rozumové schopnosti dítěte. Rodiče by měli postupem času být schopni se na dítě naladit, komunikovat s ním a hodně se ho dotýkat. Láskyplný dotek má velký vliv na jeho vývoj. Aby rodiče vazbu opravdu upevnili, učí se novorozence správně nosit, chovat a klade se důraz na vyslyšení potřeb dítěte např. se nenechává vyplakat v postýlce. (Bašnáková, Vavráková, Zemandl, 2019, str. 62)

4.3 Příprava na propuštění z nemocnice

Jedna z otázek téměř těsně po porodu, která ženu napadne je „Jak dlouho budeme muset v nemocnici zůstat?“. Přesnou odpověď na začátku hospitalizace ženě nikdo nesdělí, ale přibližně se tento okamžik pohybuje kolem termínu porodu, pokud to situace dovolí. Pokud není matka s dítětem hospitalizovaná po celou dobu, je žádoucí, aby alespoň na krátkou dobu před propuštěním zůstala s dítětem v nemocnici. Osvojí si tak manipulaci s dítětem, koupání, krmení, naučí se s ním být 24 hodin denně, poznávat jeho pocity a uspokojení. Pro propuštění dítěte je důležité splnit několik požadavků. Již před propuštěním musí být dítě stabilní, nevyžaduje kyslík, udržuje si stálou tělesnou teplotu a je schopno samo jíst a orálně tak přijímat mateřské mléko. Pokud to jeho stav dovolí může být propuštěn i dříve než v termínu porodu, odchod je tedy možný již po ukončeném 36. týdnu od početí, kdy už se snižuje množství apnoických pauz. Hmotnost dítěte se pohybuje v rozmezí 1800 až 2500 gramů a o její stabilitě rozhoduje pediatr. Při splnění těchto podmínek se může dítě propustit do péče rodičů. Na propuštění je třeba rodinu informovat předem, aby doma stihli pro dítě vše přichystat a přihlásit se s potomkem k příslušnému pediatrovi. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 115, 124) Rodiče musí být informováni také o následujících prohlídkách, které je s potomkem čekají, z důvodu častých kontrol příslušnými lékaři po propuštění. Aby jednotlivá vyšetření odpovídala věku dítěte, tak se v prvních dvou letech věk dítěte koriguje. To znamená, že od věku kalendářního je odečítán počet měsíců, o které se narodilo dříve. Rodiče je také třeba upozornit na fakt, že se mohou u dítěte objevit některé obtíže. Je třeba zdůraznit, že důležitá trpělivost, umět si odpočinout, nezapomínat na sebe a v případě problémů kontaktovat místa, kam se mohou obrátit, nebo příslušné organizace sdružující rodiče s obdobnými problémy. Pokud je třeba specializovaná pomoc u některých rodičů, bývá součástí i péče na oddělení JIRP a

oddělení intermediární péče. Po propuštění má rodič možnost s psychoterapeutem udržet kontakt, nebo být odkázán do služeb externího specialisty. Rodiče tak mohou být komplexně připraveni se starat o své dítě. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2016, str. 132)

4.4 Péče po propuštění z nemocnice

Největším spojencem v péči o dítě je rodičům především pediatr, tedy praktický lékař pro děti a dorost. Ten se stará o problémy na počátku života dítěte, mezi které mohou patřit problémy s výživou, dýcháním, kontroluje psychomotorický vývoj dítěte, doporučuje očkování a odesílá ho k různým specialistům, které jsou v daném období třeba. Několik dní před propuštěním je dobré, aby rodiče pediatra obeznámili se skutečností, že opouští nemocnici a domluvili si s ním první kontrolu. Ta obvykle proběhne do tří dnů buď v ordinaci lékaře nebo, pokud je to možné, v domácím prostředí. Při první návštěvě se odevzdává lékaři propouštěcí zpráva z nemocnice a zpráva o novorozenci. Kontroly jsou mnohem častější, většinou 1 za 2 týdny, zejména kvůli kontrole prospívání a včasnému zachytu případných obtíží. Specifikem péče o nedonošené děti jsou i návštěvy v rizikových poradnách pro děti ohrožené rizikovým vývojem, které se nacházejí u většiny perinatologických center. Lékaři mohou tímto způsobem včas odhalit případné problémy a zároveň mají možnost dítě i po propuštění pravidelně sledovat. Hlavním lékařem je zde neonatolog, který většinou spolupracuje s odborníky jako je fyzioterapeut, neurolog, ortoped nebo vývojový pediatr. Do rizikové poradny se většinou dochází jednou za 3 měsíce podle potřeb dítěte. Jde o specializovanou péči úzce zaměřenou na problematiku nedonošených novorozenců a jejich ohrožený vývoj, nenahrazuje tedy péči pediatra. Kromě lékařské péče je nejdůležitější péče rodičovská. Je důležité rodiče upozornit na fakt, že nedonošení daleko více spí, ale velmi snadno se zároveň budí, rychle střídají nálady a mohou být více dráždivější. Pokud probíhalo klokánkování už na oddělení a rodičům vyhovovalo, je dobré s tím pokračovat i doma. Dále je podstatné udržovat vyšší teplotu místnosti, zhruba kolem 24 °C a neprocházet se s potomkem v mrazu nebo při tropických teplotách. Z počátku by se měli rodiče s potomkem vyhýbat větší koncentraci lidí, nepřijímat velké množství a návštěv a dodržet tak u dítěte po propuštění z nemocnice „šestinedělí“, jako by si domů přivedli fyziologického novorozence krátce po porodu. Každé dítě je zcela individuální, a tak i návyky v koupání, krmení nebo spánku si každá rodina nastaví dle svého. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 130, 159, 163, 164)

Organizace pro rodiče předčasně narozených dětí

V České republice existuje několik organizací, které se přímo soustředí na rodiče předčasně narozených potomků. Jednou z hlavních je „Nedoklubko“. Tato organizace funguje od roku 2002 jako občanské sdružení, které pomáhá rodinám nedonošených novorozenců a poskytuje informační podporu o neonatologii v ČR i na mezinárodní úrovni. (www.nedoklubko.cz, 2017) Tato organizace zaštiťuje i projekt „Mámy pro mámy“, kde ženy, které si prošly předčasným porodem vytvářejí dárky pro matky, jež se v situaci ocitly poprvé a potřebují podporu. (nemocniceprostejov.agel.cz, 2020) Další organizací je „Nadační fond N“, jehož posláním je rozvíjet a zlepšovat neonatologickou péči ve FN Motol. Podobný fond podporován Ústavem pro matku a dítě v Praze-Podolí je „Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny“ založený v roce 2013. Poslední v řadě je fond České neonatologické komory sídlící v Brně, který pomáhá zlepšit péči o nedonošené děti. Nazývá se „Děti na dlani“ a zaměřuje se na pořizování potřebného vybavení pro jednotlivé rodiny. (www.babyweb.cz, 2017)

4.5 Prognóza nedonošených novorozenců

Rodiče se v průběhu péče ještě na oddělení ptají a zajímají, co bude dál a jaké jsou jejich možnosti a rádi by slyšeli ujištění, že bude všechno v pořádku. Bohužel to je přesně to, co jim žádný zdravotník nemůže nikdy zaručit. U nedonošených dětí se nemůže spolehlivě předpovědět jejich další vývoj před prvním rokem života. Pokud je týden narození velmi nízký, často je ovlivněn vývoj až do druhého roku věku. Je to způsobeno nezralostí nervového systému, na který mohou působit vnější i vnitřní podněty během jeho dalšího vyžívání. To že rodiče velmi dlouhou dobu žijí v nejistotě, je pro ně velmi zatěžující. To, co může především lékař pro rodinu udělat, je informovat o tom, zda mají možnost vývoj dítěte nějakým způsobem stimulovat nebo ovlivnit. (Sobotková, Dittrichová a kol., 2009, str. 102, 104, 105) V momentě propuštění mohou být stanoveny některé diagnózy nebo řečeny prognózy na základě aktuálního stavu dítěte. Ty jsou vždy zcela individuální. V tomto případě není nikdy nic stoprocentní a nemusí vše dopadnout tak, jak si lékaři myslí. Dítě je po propuštění pečlivě sledováno a kontrolováno odborníky. Vždy se bere v potaz již zmíněný tzv. korigovaný věk. Většinou i ti nejmenší novorozenci kolem druhého, třetího roku života se se svými vrstevníky srovnají. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, str. 118, 119)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Je známo, že těhotenství a mateřství je nejkrásnějším obdobím v životě ženy. Bohužel, možná bohudík, se v této frázi nepočítá s problémy, které mohou těhotenství i dobu po porodu významně zkomplikovat.

Když žena otěhotní, naváže s dítětem kontakt, zapojí svou fantazii, představuje si, jak bude vypadat, jaké bude mít oči, jak se bude chovat. Nikdo ji ale nepřipraví na situaci, kdy bude muset předčasně porodit, být například na několik měsíců s dítětem hospitalizována na oddělení a učit se, jak se o něj starat, jak mu plnit jeho základní lidské potřeby. Každá matka, obzvlášť pokud se jí narodí dítě s velmi nízkou porodní váhou, se bojí, aby mu svým dotykem a svou péčí neublížila. Právě ale v nemocnici na odděleních JIP a JIRP se ony i jejich rodiny učí nebát se být tady pro miminko a být schopni se postarat o to, aby mu nic nescházelo. Kámen úrazu ale může nastat v momentě, kdy je matka společně s dítětem propuštěná do domácího prostředí, kde není možná pomoc zdravotnického personálu. Oba dva se tak musí spolu definitivně sžít a snažit se vést běžný rodinný život.

V praktické části mé bakalářské práce bychom se chtěly zaměřit na otázku „Jak se vyvíjí péče matky o předčasně narozeného novorozence? Získává během několika měsíců jistotu v péči o potomka? Je připravena se o dítě po propuštění z nemocnice starat?“

6 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

6.1 Hlavní cíl

Zjistit, jak se vyvíjela péče matky o předčasně narozeného novorozence.

6.2 Dílčí cíle

1. Zmapovat průběh celého těhotenství.
2. Zjistit, co předcházelo předčasnému porodu a jaký byl jeho průběh.
3. Zajímat se o pocity respondentky při prvním setkání s novorozencem.
4. Zjistit charakter vztahu mezi respondentkou a novorozencem.
5. Zajímat se o míru podpory ze strany partnera a ostatních členů rodiny.
6. Zmapovat zapojení respondentky do péče o novorozence na oddělení JIRP/JIP.
7. Zjistit, zdali byl personál dostatečně nápomocný a vstřícný.
8. Zaměřit se na progres péče téměř od počátku hospitalizace až do doby propuštění.
9. Zjistit, jak se respondentka cítila těsně před propuštěním z nemocnice.
10. Zjistit, jak probíhala péče v domácím prostředí v krátkém časovém rozmezí od propuštění.
11. Zjistit, jaký byl psychický stav respondentky krátce po propuštění.
12. Analyzovat vývoj péče o novorozence v domácím prostředí.
13. Zaměřit se na rozdíly v péči během prvních dnů a po určité době pobytu doma.

6.3 Výzkumné otázky

1. Jaký byl průběh těhotenství naší respondentky? Vyskytly se nějaké ovlivňující faktory, které by mohly zapříčinit předčasný porod?
2. Jak přijala respondentka skutečnost předčasného porodu?
3. Jak přijala respondentka skutečnost, že porodila nedonošeného novorozence?

4. Byl respondentce umožněn při porodu bonding?
5. Jaký pocit prožívala při prvním setkání s novorozencem?
6. Jaký pocit prožívala při prvním dotyku, krmení nebo přebalování novorozence?
7. Jak se vyvíjel vztah k novorozenci během doby hospitalizace?
8. Jaký byl progres stavu novorozence?
9. Jak se vyvíjel psychický stav respondentky na oddělení?
10. Jaká byla podpora ze strany partnera a rodiny?
11. Byl zdravotnický personál ochotný zahrnout respondentku do péče o novorozence?
12. Byla respondentka poučena, jak může s potomkem zacházet a čím může být v péči nápomocná?
13. Byla respondentka přítomna u odborných výkonů?
14. Cítila se respondentka před propuštěním z nemocnice více jistější v péči o potomka než těsně po porodu? Obávala se návratu domů s potomkem?
15. Jaký byl charakter péče respondentky v domácím prostředí? Jak se v domácím prostředí cítila?
16. Hrál partner v péči o potomka nějakou roli? Zapojoval se do péče?
17. K jakým vyšetřením a charakteru lékařské péče o nedonošence docházelo po propuštění?
18. K jakým změnám po propuštění z nemocnice v péči došlo? Jak se vyvíjel psychický stav respondentky v domácím prostředí?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr vzorku respondentů pro mou bakalářskou práci byl záměrný.

Kritéria, která měl splňovat, byla:

1. žena, která porodila předčasně
2. žena, která je hospitalizována s dítětem na oddělení JIRP

Pro výzkum byla vybrána 35 let stará žena nullipara, která porodila 4.10.2019 ve 26. t.g., konkrétně ve 26+5. První setkání s respondentkou proběhlo při mé praxi na oddělení JIRP, kde jsme se seznámily.

Respondentka byla ujistěna o anonymitě výzkumu. Dobrovolně mi podepsala informovaný souhlas, který jsem prázdný pro ochranu osobních údajů, přiložila ke své práci. V praktické části pro zachování anonymity není zmiňováno jméno respondentky ani její dcery, s čímž byla předem seznámena a souhlasila s tím.

8 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum.

Prostřednictvím tohoto výzkumu si výzkumník vybírá téma a určí základní výzkumné otázky, které může modifikovat nebo doplnit během sběru i analýzy dat. Jedná se o proces vyhledávání jakékoliv informace, se kterou se výzkumník seznamuje v terénu, analyzuje ji a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje. Výzkum probíhá v delším časovém intervalu a má longitudinální charakter. (Hendl 2005, str. 50)

Cílem výzkumu bylo zjistit hloubkové informace od jedné respondentky, zmapovat vývoj její péče o předčasně narozeného novorozence, a to prostřednictvím případové studie. Případová studie se v mém případě skládala primárně z polostrukturovaného rozhovoru, jako doplňkové metody jsem zvolila pozorování a analýzu dokumentace.

Rozhovory byly zaměřeny na vývoj péče matky během hospitalizace na oddělení JIRP a JIP až do propuštění, dále na péči těsně po odchodu domů, a nakonec na péči s odstupem jednoho měsíce od propuštění z nemocnice. Tento progres byl zmapován současně s jejím psychickým stavem a s ním souvisejícím pocitem jistoty či nejistoty.

Polostrukturovaný rozhovor se skládal z otevřených otázek a celý průběh byl se souhlasem respondentky nahráván na diktafon.

Nahráný materiál byl poté přepisován do elektronické podoby. Doplnění či upřesnění informací probíhalo prostřednictvím aplikace „WhatsApp“. S respondentčíným souhlasem jsem mohly postupně nahlédnout jak do její, tak i do dokumentace jejího potomka a přijít tak na propojení mezi jednotlivými daty.

My, jakožto pozorovatel, jsme využily zúčastněného přímého pozorování, se kterým byla respondentka předem seznámena. V průběhu výzkumu byla snaha popsat její chování, projevy emocí atd. Pro zapisování těchto jevů byl připraven na každé setkání pozorovací arch, který je uveden v příloze práce. Pozorování probíhalo jako součást jednotlivých rozhovorů nejdříve v nemocnici a poté v domácím prostředí respondentky.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od října 2019 do února 2020 na základě žádosti o provedení výzkumu ve Fakultní nemocnici od paní magistry Světluše Chabrové, zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

Výzkumné šetření se nejprve probíhalo v prostředí Fakultní nemocnice v Plzni na oddělení JIRP, JIP a poté většinou doma u respondentky.

Uskutečnilo se celkem 5 setkání. První nejdelší schůzka trvající zhruba hodinu a půl se uskutečnila během praxe v zimním semestru. Zajímaly jsme se hlavně o průběh těhotenství, o psychický stav ženy, její postoj k situaci a vztah k novorozenci čerstvě po porodu. Druhá schůzka byla kratší, trvala zhruba 45 minut a probíhala v průběhu hospitalizace. Důležitý byl vývoj vztahu respondentky k dítěti, zdali byla dostatečně zainteresována do péče o novorozence a jestli cítila oporu, jak ze strany zdravotnického personálu, tak ze strany partnera a své rodiny. V rámci třetí schůzky těsně před propuštěním z nemocnice byl zmapován psychický stav ženy, jak je připravená vrátit se do domácího prostředí s novým členem rodiny a v jaké fázi se nachází péče o novorozence. Strávily jsme spolu asi 60 minut. Čtvrté setkání kratšího charakteru podobně jako setkání druhé proběhlo zhruba týden po propuštění. Bylo zjištěno, jak žena zvládá péči o potomka bez přítomnosti zdravotnického personálu a jak se celá rodina s dítětem sžila. Naposledy jsme se s respondentkou viděly po více jak měsíci jejich pobytu s dcerou doma. Snažily jsme se zaznamenat, jak se vyvinula péče během období v domácím prostředí a porovnála ji s péčí v rámci hospitalizace. Dále byl analyzován vztah mezi respondentkou a jejím potomkem znovu se zaměřením na ženin psychický stav. Schůzka probíhala něco málo přes hodinu.

10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Respondentka byla přijata 30. 9. 2019 v týdnu gestace 26+1 k hospitalizaci na oddělení rizikových a patologických těhotných ve Fakultní nemocnici Plzeň. Z důvodu suspektní chorioamnitidy, které bylo zřejmě důvodem předčasného odloučení placenty, žena porodila předčasně ve 26+5. Seznámily jsme se během zimní praxe ve třetím ročníku a scházely jsme se prakticky po celou dobu zpracovávání mé bakalářské práce. Bylo tak možné kontinuálně sledovat vývoj péče respondentky o jejího potomka.

10.1 První setkání

Naše první setkání proběhlo v rámci mé praxe zimního semestru roku 2019. Rozhovor byl zaměřen hlavně na počátky, tedy období těhotenství, porodu a první krůčky v péči o dceru. V době rozhovoru bylo dceři mé respondentky tři týdny. Vážila 1060 gramů a ležela na oddělení JIRP v inkubátoru.

10.1.1 Průběh těhotenství a ovlivňující faktory předčasného porodu

Zajímaly jsme se, zda byla gravidita plánovaná, jestli bylo dítě chtěné i ze strany partnera respondentky a jaký byl průběh jejího těhotenství. *„Těhotenství určitě plánované bylo už jen z důvodu mého věku, 35 let. S partnerem jsme tomu zhruba od září, října nechávali volný průběh a v dubnu se to konečně povedlo.“* Udávala, že těhotenství do 26. týdne bylo zcela bez komplikací. Žaludečními obtížemi netrpěla, jen jednou zvracela během prvního trimestru. Mohla se tedy chovat tak, jak byla zvyklá. Až do dne hospitalizace plně pracovala, s partnerem si na začátku září naplánovali ještě výlet do Krkonoš, který si patřičně užili, chodili po horách a na túry. Celkový pohled na těhotenství jako takové má velmi pozitivní a považuje ho za *„opravdu krásné“*. V šestém měsíci se ale situace zlomila a objevily se první komplikace. *„Začalo mě pobolívat v podbříšku a radši jsem navštívila svého privátního gynekologa. Bylo to v pátek 27. září, to vím naprosto přesně. K nepravidelným bolestem se přidalo i mírné krvácení a můj lékař na USG zjistil inkompetenci hrdla děložního. Poučil mě o tom, že mám zůstat v klidu doma, nenamáhat se, odpočívat, a pokud by se obtíže, jakkoliv zhoršovaly, jet do Fakultní nemocnice v Plzni. Během nedělního večera se bolesti stávaly intenzivnějšími. Nemohla jsem ani spát, stále jsem se budila a zhoršovala se i síla mého krvácení. Cítila jsem, že je něco špatně.“* Během ranních hodin se respondentka dostavila na gynekologickou ambulanci FN Plzeň, kde byla následně hospitalizována. Postupně bylo provedeno celkové vyšetření, tzn. krevní obraz, množství krevních derivátů, hladina CRP, hladina interleukinu-6 v rámci aminocentézy a kultivace z pochvy. Na zákla-

dě těchto vyšetření byla zjištěna chorioamnitis a respondentka až do porodu dostávala velmi silné dávky antibiotik.

10.1.2 Průběh předčasného porodu

Situace se ale nelepšila a zhruba čtvrtý den hospitalizace žena silně zakrvácela na toaletě, byla vyšetřena a hned se napojena na monitor CTG, aby se zjistilo, jak se dítěti daří. *„Už dva dni se lékařům mé záznamy nelíbily a ani teď to nebylo jiné. Zhruba po dvou hodinách, kolem deváté hodiny ranní, se musel záznam přetočit. Malá byla zase spavá, tak mi paní doktorka doporučila, ať si lehnu na druhý bok, že to bude jistě lepší. V momentě, kdy jsem se otáčela, vyteklo ze mě opravdu velké množství krve a zhruba do dvou minut jsem ležela na porodním sále připravena na sekci.“* Sama zdůrazňuje, že důvodem krvácení bylo předčasné odlučování placenty, kterému nešlo zabránit. Sekce byla provedena v celkové anestezii. Bonding nebylo možné provést prostřednictvím respondentky z důvodu způsobu anestezie ani partnera, který nebyl u sekce přítomen. Respondentce se narodila holčička, která vážila 850 g a měřila 38 cm.

10.1.3 Pocity respondentky při prvním setkáním s novorozencem

Zjišťovaly jsme, co se ženě čerstvě po porodu ve 26. týdnu těhotenství, když leží sama na oddělení, honí hlavou. Jestli má strach o sebe, o malou, o budoucnost. *„Víte, člověk, když je po operaci a anestezie postupně dozívá, soustředí se hodně na sebe, na bolest, na pálení jizvy. Postupně dostáváte napít, něco málo najíst, při každém pohybu, na který jste zvyklá, se břicho ozve. Samozřejmě, že jsem na maličkou myslela, ale upřímně jsem se sobecky v tu chvíli asi spíš vyrovnávala sama se sebou.“* Dodatečně po nějaké době respondentka doplnila, že si pamatuje strach, který pociťovala těsně po porodu. *„Měla jsem obavu, jak zvládnu první pohled na dceru. Jestli ustojím pohled na malinké, vyhublé tělíčko napojené na hadičky. Zvládla jsem to. Určitě mi v tom pomohlo krátké video o oddělení neonatologie, které mi bratr poslal mailem pár dní před porodem, abych věděla, co nás případně čeká. Nejdřív bylo shlédnutí videa šok, ale postupně se s tím člověk srovná. Na první setkání s dcerou jsem byla nakonec relativně připravená. Kdybych to video předem neviděla, asi by to bylo horší.“* Dceru respondentka viděla až druhý den po porodu, kdy ji sestřička odvezla na vozíku na oddělení JIRP. *„Snažila jsem se na první setkání připravit, abych se u dcery nerozbrečela. Pořád jsem si dokola opakovala, že bude hodně maličká, napojená na hadičky. Ale stejně je to neskutečný šok, když takhle své dítě vidíte na vlastní oči. Bylo mi jí hrozně líto, že už takhle malý tvoreček musí bojovat o život. Věřila jsem ale, že vše dobře dopadne. Malá ale příliš nebyla vidět, byla zachumlaná v pelišku. Jen si pamatuji ty*

průsvitný prstíky na nohou, podsvícený čidlem na měření saturace, velikosti hlavičky špendlíku a červenou barvou. Vypadala jako stařec díky zmuchlané kůži, ale já ji stejně od začátku milovala. Byla to prostě moje holčička a já věděla, že to spolu zvládneme.“

10.1.4 Informovanost respondentky po porodu

Průběžně na oddělení o maličké dostávala zprávy. *„Dokonce i krátce po sekci za mnou byla paní doktorka a ujistila mě, že je dcera stabilizovaná a hezky to zvládá, to mi asi také velmi pomohlo.“* Co se týče celkové informovanosti po porodu, respondentka nezapřela, že víc informací by ji nevadilo. O tom, co se dělo těsně před porodem a co jej vyvolalo, se dozvěděla pouze z lékařské zprávy při propuštění z oddělení šestinedělí. Odtud se přesunula čtvrtý den po porodu ihned na oddělení JIRP na pokoj matek, aby byla dceři na blízku.

10.1.5 Charakter vztahu mezi matkou a novorozencem, pocity při prvním kontaktu

Za dcerou docházela několikrát během dne. Nejprve spíš koukala, pozorovala a postupně byla zapojována do procesu. Považuje za velmi výhodné, že jí sestřičky do ničeho nenutily. Obeznamenaly ji s tím, v kolik hodin děti krmí, přebalují, opečovávají a záleželo zcela na mé respondentce, jestli dorazí nebo ne. *„Vše nechávaly hodně na mně. Ptaly se mě, jestli jí chci přebalit nebo změřit teplotu a já se v tu chvíli mohla rozhodnout. Vzhledem k tomu, že zejména ze začátku s ní manipulovat nešlo, kvůli její váze, tak jsem začínala na přikládání rukou. Učila jsem se, jak vytvořit pro malou bezpečné prostředí, jak sahat na hlavičku, tělíčko, vůbec ten kontakt s ní, pak přišlo měření teploty, výměna plenky, postupně jsem malou chovala a teď začínáme postupně krmit. Právě, když jsem dceru poprvé držela v náručí, asi druhý týden po porodu, byl to pro mě snad ten nejsilnější zážitek v životě. Bylo to naprosto nepopsatelné. Byla úplně malinká, jen samá kost potažená kůží a neuvěřitelně lehounká. Vzpomínám si, jak ta její kůže lepila. I přes to vím, že nikdy nic lepšího a intenzivnějšího zřejmě nezažiju.“*

10.1.6 Podpora ze strany partnera a rodiny

Zejména v začátcích je velmi důležitá opora, ať už od rodiny, příbuzných nebo partnera. Zajímala jsem se, jak celou situaci právě partner snáší, zda dochází za respondentkou a jestli z jeho strany oporu cítí. *„Partner dochází, dokonce už maličkou také choval, ale jelikož je služebně na Moravě, nemůže tu být tak často. Myslím si, že ale celou situaci snáší dobře. Hodně mě překvapilo, jak byl z dcery velmi dojatý a měl z ní radost. Vlastně mám dojem, že u nás v rodině není někdo, kdo by se se situací neuměl vyrovnat. Jediná moje maminka je citlivější a paradoxně jsem to já, která někoho uklidňuje a snažím se posílat do rodiny hlavně ty pozitivní zprávy.“* Vzpomínala, že z počátku, ihned po porodu, si situaci

příliš neuvědomovala. Věřila, že všechno bude v pořádku a maličká bude zdravá. Tím, že ale okolí ji chtělo pomáhat, rodina ji utěšovala a uklidňovala, že to bude dobré, spíše ji to ještě znejistilo. *„Vzpomínám, jak za mnou přišla má švagrová, koukala na mě a hladila mě se slovy, že všechno bude dobré. V tu chvíli jsem se rozplakala, protože jsem zároveň měla pocit, jestli já to neberu příliš na lehkou váhu a pomoc od okolí mě spíš rozhodila. Od té chvíle jsem radši byla spíš sama, všem jsem podávala pravidelně zprávy, ale bylo pro mě lepší vše brát mým spíš optimistickým přístupem a nepřipouštět si, že by se mělo něco dít.“* Žena měla velmi smířený pohled na celou situaci. Nebrala nic na lehkou váhu, ale zároveň měla sílu se s tím vším poprat.

10.1.7 Péče o novorozence na oddělení JIRP

Přiznala, že ne všechno od prvního okamžiku po porodu, bylo pro ni zcela jednoduché. Na její psychický stav výrazně působily hormony, jako na většinu žen po porodu a zároveň se začala postupem času rozjíždět laktace. *„Cítila jsem, že moje tělo nebylo na kojení vůbec připravené. Přeci jen byla malá narozená o tři měsíce dříve, a ještě k tomu císařským řezem. Já ale jdu do všeho s vervou, takže jsem opravdu každé tři hodiny, i v noci odsávala, co to šlo, abych se rozkojila a měla mléka dostatek. Byla jsem schopná odsávat klidně hodinu, čímž se zkracovala doba, po kterou jsem mohla spát. Každé tři hodiny jsem měla nastavené budíky a stresovalo mě, že za chvíli musím zase vstávat. To mě nakonec asi po dvou dnech úplně odrovnalo. V kombinaci s kolísavými hormony jsem byla velmi lítostivá a prošla takovou malou krizí. Jeden den jsem přišla k malé, jen jsem ji viděla, jak leží v inkubátoru, otevřela na mě oči a já se rozplakala. Vůbec jsem nevěděla, proč pláču, ale nešlo to zastavit. Celý svůj jsem přehodnotila a opravdu se snažila od té doby pravidelně odpočívat.“* Věděla, že jí nezbyde nic jiného než se s režimem na oddělení srovnat. Den se pro ni najednou rozdělil na několik částí v intervalu po třech hodinách. Uvědomila si, že by měla každé tři hodiny odsávat, navštívit malou, najít si čas na odpočinek a z počátku ještě v určitém intervalu myslet na antibiotika v kombinaci s probiotiky, která po porodu ještě nějakou dobu užívala. Sepsala si tedy denní harmonogram hodinu po hodině, podle kterého se opravdu každý den řídila a velmi jí to usnadnilo práci s časem. *„První týden, než jsem se zvládla sžít se situací, naladila se na svůj časový harmonogram a osvojila si alespoň základy v péči o malou, byl opravdu velmi náročný. Postupem času jsem se naučila spát minimálně pět hodin přes noc a dospávat se během dne, když byla možnost. Ve srovnání s aktuální situací, kdy si občas zajdu i ven, to pro mne bylo hodně těžké.“*

10.1.8 Stav respondentky na oddělení

K celé této náročné situaci se mé respondentce v začátcích objevily i problémy se zdravím. Vyrazila se jí nejprve vyrážka na ruku, kterou kožní lékařka vyhodnotila jako atopický ekzém psychosomatického původu. Červené fleky se postupně rozšířily po celém těle, velmi ženu obtěžovaly a svěděly. Díky zdravotním sestřám na oddělení dostala nakonec léky proti svědění a k tomu kortikoidy intravenózně. Respondentka to nesla těžce, byla ze svého stavu vystresovaná, dokonce se jí snížila laktace, kterou do té doby dokázala perfektně rozjet. Zároveň se bála, že vyrážka může být nakažlivá a nebude moct k malé docházet. S kožními problémy se žena trápila celkem dva týdny a naštěstí se potvrdila pouze kopřivka na základě silných dávek antibiotik. Během pár dní se laktace ženě zase upravila.

„Mám vyzkoušené, že množství odstříkaného mléka je opravdu na základě psychického stavu a času stráveného s dcerou. Když jsem s malou dostatečně dlouho, vidím že prospívá, dělá pokroky, jsem schopná odstříkat klidně 90ml. Pak nastanou okamžiky, kdy se něco nedaří, nebo řešíme její zdravotní stav, a množství mléka se v souladu s tím snižuje. V průměru se snažím odsávat pětkrát denně a zatím mléko naštěstí stačí.“

Hospitalizace na oddělení JIRP znamená pro ženy být ubytované na pokoji matek, kam se vejde až pět klientek. Má respondentka tak nemohla mít dostatek soukromí, ale jako jedné z mála, dle jejích slov, jí to nevadilo. Byla zvyklá jako malá jezdit na tábory, pracovala v kolektivu a je velmi společenské povahy.

„Většina mých kamarádek by to nezvládala být tak dlouhou dobu s někým na pokoji, mě to problém nedělá. Často se mi právě ptaly, kdy už půjdu domů, kdy už nás pustí a divily se, že stále musíme být v nemocnici a já se jim snažím vysvětlit, že mě to z mnoha důvodů naopak vyhovuje a domů se nechystám. Když jsem byla hospitalizována, přiznám se, že jsem se pětilůžkového pokoje lekla, ale nakonec se to zvládnout dá. Ostatní maminky jsou fajn, máme podobné problémy, každá z nás toho má až nad hlavu, takže se vzájemně respektujeme. Jedinou nevýhodou je jedna malá lednice na celý pokoj, kam když si chce každá nakoupit čerstvou zeleninu a mléčné výrobky, tak se tam všichni neposkládáme. Na pokoji je také pouze jedna odsávačka a jedna mikrovlnka na sterilizaci, tudíž všechno záleží na domluvě mezi sebou. Naštěstí nejsem ani typ člověka, který by špatně spal, ale věřím, že by to někomu mohlo dělat potíže. Ale člověk si zvykne.“

Výhodou pro ženu byla i možnost výběru. Oddělení umožňuje, že maminka může kdykoliv odjet třeba na víkend, odpočinout si nebo mít celkově chvíli pro sebe. Tahle varianta je pro ni velkou oporou, protože když by chtěla, může kdykoliv jet domů a rozhodnutí je zcela na ni. Příliš často toho zatím nevyužila, radši byla poblíž dcery a nepřišlo jí to příliš výhodné. Ani nepomýšlí na ukončení hospitalizace a následné dojíždění z domova, vidí v tom vel-

kou ztrátu času a zažitý harmonogram, který během pár týdnů má, by se jí tímto výrazně narušil. „Dnes mi zrovna volal táta, a ptal se, jestli se příliš nenudím. Se smíchem jsem odpověděla, že vstávám v šest hodin ráno, do sedmi odsávám, pak se nasnídám, na osmou mířím za dcerou, od té se vracím v devět, poté zase hodinu odsávám, do jedenácti mám jedinou volnou chvíli, kterou většinou využiji na odpočinek, v jedenáct obědvám, od dvanácti do jedné většinou spím, pak zase odsávám, nasvačím se a jdu za malou. Protože odpoledne chovám, tak se většinou vracím na půl šestou, navečeřím se, odsávám, kouknu na zprávy, v půl deváté jsem zase u dcery, v devět odsávám, pak se umyju, odsávám zase o půlnoci a v kuse spím celkem pět hodin.“ Před hospitalizací byla žena zvyklá spát alespoň osm hodin denně a než si na tento způsob života zvykla, chvílku to trvalo. Je si vědoma i toho, že díky nepříliš velkému dostatku energie je přecitlivělá. Stačilo, aby ji partner sdělil něco, co se jí příliš nelíbilo a rozplakala se. Zároveň ví, že za běžných okolností by reakce měla úplně jiné. „*Ted' ještě začínáme s malou krmit, takže se mi takto rozplánovaný den zase trošku rozhodí, protože budu chtít být u dcery dýl a budu to muset znovu přehodnotit. Na druhou stranu se na tyhle změny moc těším, protože je to zase krok kupředu.*“ Uznává, že je spíš plánovací typ, i v těhotenství se připravovala velmi dopředu. Ještě v začátcích plánovala, že nechce na mateřskou dovolenou na příliš dlouhou dobu, takže už ve třetím měsíci mimo jiné pátrala po jeslích a alternativách, které by mohla případně za dva roky využít. „*Všichni se mi v začátcích smáli, že plaším příliš dopředu, a já jim to ted' vracím. Už ve třetím měsíci jsem začala shánět monitor dechu, odsávačku a všichni kolem mě se strachovali, jestli to není předčasné. Já se ale cítila dobře a chtěla jsem toho využít, neviděla jsem důvod, proč to zbytečně odkládat. Zařizovala jsem i pokoj pro malou, abych byla připravená a nedělala to na poslední chvíli. Nikdo tehdy nemohl tušit, že porodím o tři měsíce dřív a já jsem zpětně šťastná, že jsem se v přípravě řídila podle sebe. Mé heslo zní buď připravený, ne překvapený.*“ Jediné, co ji schází je malá velikost oblečení pro malou. Hodně věcí má po dětech svých kamarádek a nic z toho, co koupila, není velikosti např. 46, kterou dcera momentálně potřebuje. Je vděčná za to, že na oddělení je oblečení dostatek a ona zatím tyto praktičnosti nemusí řešit. Cekově se cítí momentálně moc dobře, dcera je šikovná, dělá velké pokroky a má dobré výsledky testů. „*Každý den je tady plný překvapení. Dcera se posouvá dál, prospívá a velmi se snaží. Já se každý den učím nové a nové věci, což je výborné v tom, že člověk nezakrní a zároveň jsem ráda, že se zase seznámím s něčím novým. Vždy když je něco poprvé, tak se necítím úplně komfortně, jako třeba dnes, když jsem poprvé do stříkačky nasála mléko z lahvičky a měla malou krmit. Měla jsem pocit, že sestřička musí mít dojem, že jsem strašně nešikovná. Ale vím, že je to o zvyku a až to*

budu dělat po druhé, po třetí, už to půjde zase rychleji a lépe.“ Působí smířeně s celou situací a je si vědoma toho, že stav dcery se může měnit a nemusí to být vždy k lepšímu.

10.1.9 Podpora ze strany personálu na oddělení JIRP

Na oddělení je propagována organizace Nedoklubko. Každá maminka nedonošeného novorozence dostává balíček s časopisem Vítej, Kulíšku, s čepičkou, pletenou chobotničkou pro dítě a drobnostmi. Právě součástí časopisu jsou různé články a příběhy ostatních rodin s předčasně narozenými dětmi. Považuje to za skvělý nápad, který by mohl některým ženám pomoci získat pocit, že nejsou samy, které prožívají tuhle událost. Ona mezi ně ale nepatří. Čím více se příběhy zabývala, tím spíše měla pocit, že se dozvídá, kolik ještě věcí a překážek může nastat. *„Je krásné vidět, že se rodí i menší děti, než je má dcera, které za pár let byly zdravé a takřka bez problému. Ale číst si celý vývoj dítěte a přemýšlet o tom, co všechno se ještě může stát, to nepotřebuji. V něčem je blažená nevědomost opravdu výhodná.*“ Pro čerstvé maminky je také důležité chování personálu, jenž má respondentka považuje za skvělé. Všechny sestřičky jsou dle jejích slov moc hodné, trpělivé a snaží se opravdu pomoci. S žádnou sestřičkou neměla špatnou zkušenost. *„Na oddělení pracuje i mnoho sestřiček, které jsou spíše pokrokové a vždy když přijdu, snaží se mě něco naučit. Včera, když jsem za dcerou dorazila, mi právě jedna ze sestřiček nabídla, jestli bych si ji nechtěla nakrmit. Velmi mě to překvapilo, měla jsem obavy, že je na to ještě maličká, ale zkusily jsme to a ten posun byl zase o kus větší. Všechny na oddělení jsou zkrátka zlaté.*“

U respondentky bylo velmi překvapující, že se opravdu nevzdává. Stále myslí do budoucna, nechává si otevřenou cestu s prací, do které by se chtěla vrátit brzy. Zároveň doufá, že přítel, který zatím jen dojíždí, si najde práci v Plzni a bude trávit více času s ní a jejich dcerou.

10.2 Druhé setkání

Podruhé jsem se s mou respondentkou sešla, když byla společně s dcerou přeložena na oddělení JIP. Byla hospitalizována znovu na pokoj matek, který byl trochu odlišný než ten na oddělení JIRP.

10.2.1 Progres psychického stavu respondentky na oddělení JIP

Naše druhé setkání probíhalo zhruba v půlce prosince a mě tedy zajímalo, jestli nějakým způsobem prožívá, že nemusí být na svátky s malou doma. *„Nikdy jsem Vánoce nijak zvlášť neprožívala. Máma mi už nabízela, že koupí vánoční stromeček, doma mi dokonce udělala výzdobu a vystavila betlém. Já bych se bez toho klidně obešla. Do teď jsem ví-*

ceméně žila s tím, že i na Vánoce zůstaneme v nemocnici, takže tyhle věci vážně nijak nehrotím. Naopak jsem možná raději, že se tomu shonu před Vánoci vyhnu. Ani dárky nemám. Největší dáreček leží tady vedle mě v postýlce a myslím, že až ji prvně uvidí, že to plně pochopí. Takže Vánoce se mnou necloumají. Spíš se těším na to, až poprvé maličkou přinesu domů, budeme chodit na procházky a na další vánoční trhy už se třeba půjdeme podívat spolu. Já se spíš soustředím na tu budoucnost s ní než na svátky.“

System pro rozvržení celého dne, který měla má respondentka promyšlený na oddělení JIRP, stále dodržuje. Čím dál více je čas závislý na dceři. „Pokud je malá akční, přebalím ji, krmíme ji a když je unavená většinou ji rovnou dáme na sondu, nic už s ní neděláme a já si můžu jít na chvilku lehnout. Jinak ten plán se příliš od dob na JIRP nezměnil. Dnes mi dokonce nová spolubydlící, která je v nemocnici krátce, můj systém pochválila. To mě potěšilo.“ Zatím bydlí většinou ve třech, ale oproti oddělení JIRP se tu matky hodně střídají. „Bývá to i tak, že ráno je někdo přesunut na pokoje rooming in a večer se k nám ubytuje zase někdo nový. Snad jednou se mi stalo, že jsem byla na pokoji úplně sama, a to byl pro mě velký nezvyk. Střídá se tam opravdu velké množství maminek a já pořád zůstávám. Jedna maminka, když byla s malým propouštěná domů se se mnou loučila, smála se a říkala, že vždycky všem pomůžu se zaučením a pak jim zamávám a přijdou další.“

Teď už se cítí líp, ale přiznala, že druhý měsíc hospitalizace krátce po našem prvním setkání měla krizi. Malá začala mít problémy, byla nadmutá, plačtivá, unavená, a nakonec byla zase krmena pouze nasogastrickou sondou. Má respondentka začala mít pocit, že se zase vrátily o několik kroků zpět. „Když jsem malou krmila, byla to jedna z nejhezčích věcí, co jsem s ní mohla provádět. Takhle jsem vlastně jen přišla, změřila ji teplotu, přebalila, a to bylo všechno. Byla hodně unavená a celkově jsem viděla, že ji není vůbec dobře. Nejhorší pro mě bylo, když jsem na ní jen koukala a nemohla nic dělat. Bylo mi do pláče. Ostatní kolem kojily, krmily a já na to, že jsem optimista, tak mi to bylo najednou hrozně líto a cítila jsem se zbytečná a nevyužitá. Jeden den jsem jen přišla k postýlce, všechno to na mě padlo a začala jsem brečet. Sestřička mě utěšovala, nabízela mi i péči psychologa, ale to já nechtěla. Shodou okolností jsem ten den večer šla domů pro nějaké věci, odpočinout si a vyspat se a věděla jsem, že se to tím srovná.“ Pro respondentku to opravdu bylo jednou nahoře, jednou dole. Jeden den dcera začala zase dělat malé pokroky, žena komunikovala s rodinou a ty ji podporovali, že teď už to bude zase jen lepší a lepší. Druhý den se situace zase otočila, malá blinkala, zůstávaly ji zbytky mléka v žaludku a všechno se opět změnilo.

10.2.2 Podpora respondentky ze strany rodiny

Velkou oporu má žena ve své rodině. Matka i otec fungují naprosto perfektně, pomáhají jí se vším možným, zařídili i věci, které s přítelem nestihli. Má staršího bratra, se kterým je často v kontaktu a ví, že kdyby cokoliv potřebovala může se na něj obrátit. Kromě rodiny je stále v kontaktu navíc s lidmi z práce. Občas ji osloví ještě ohledně pracovních záležitostí, tak ji to vždy potěší, že i v tomhle směru je ještě potřebná. Navíc přiznává, že i s lidmi, se kterými delší dobu nekomunikovala, je znovu v kontaktu, a to díky maličké. Jak sama řekla, co se týče opory, má se jako v bavlnce. Na druhou stranu nevěděla, jestli veškeré informace, které má, by měla předat dál. *„V momentě, kdy jsem říkala minimum, všichni mě uklidňovali, že už je to lepší, a tak to i zůstane, i když já věděla, že to tak není. Po tom, co jsem se rozhodla, že jim tedy začnu říkat víc, jsem nakonec já byla ta, která uklidňovala je. Ani jedna z možností pro mě v tu chvíli nebyla ta správná.“* Na návštěvy stále jezdí i přítel, který se díky práci měsíc před tím nemohl ukázat, ale vždy se to snaží vynahradit. *„Z dcery je nadšený. Teď tu byl s námi tři dny a velmi mi pomohl. Sestřička mě právě krátce před tím upozorňovala na to, že jakmile malé sundají kanylu, že už nás přestěhují na rooming a pak už to jde vše rychle. My jsme tedy neváhali a když přijel, nakoupili jsme spoustu věcí dceři do pokoje, které mi ještě chyběly, aby už jsem nemusela nic řešit. Přepřala jsem i veškeré věci, které jsem doma pro malou měla, a místo abych se pořádně prospala, šla jsem si lehnout asi ve tři hodiny ráno. Paradoxně jsem se těšila zpátky, že si zase odpočinu tady. Ale pokojík je přesně podle mých představ, oblečky máme připravené a kočárek už je také doma. Teď jen rooming a domů!“*

10.2.3 Vývoj péče o nedonošeného novorozence na oddělení JIP

Součástí pokroku během uplynulého měsíce bylo i první koupání související se sundáním nostril, které jí pomáhaly s dýcháním. Dříve měla problémy s udržením saturace a nostrily byly v té době opravdu užitečné. Od té doby, co už je mít nemusí, dýchá dobře, pouze v situacích jako je tlačení se občas stane, že saturace znovu poklesne, ale je to dnes spíš výjimečně. *„Byla jsem i u toho, když saturace dceři spadla z hodnoty 100 asi ke 30. Najednou zmodrala, bezvládně ležela a sestřičky kolem ní začaly běhat. V tu chvíli jsem byla bezradná. Takové situace člověku opravdu sílu nedodají.“* Postupně když se situace zlepšila a holčička se nostril opravdu zbavila, mohla ji má respondentka poprvé sama vykoupat. *„Když má dítě nostrilky, jen se otírá a není to ono. Ale týden zpět, kdy už mohla bez problému a stabilně dýchat sama, mi sestřička u cizích ukázala, jak na to. Při dalším koupání, které je vždycky jednou za tři dny, jsem si už všechno obstarala sama. Bylo to opravdu*

krásné. Maličká je zlatá a je vidět, že vodu miluje a dělá jí to dobře. Jediný moment, kdy vždycky začne plakat je, když ji vyndám a začne jí být zima. Jinak si ale koupání užívá.“

10.2.4 Vývoj stavu nedonošeného novorozence na oddělení JIP

Lékaři se snažili zjišťovat, proč má holčička najednou zbytky v žaludku a špatně tráví. Rozhodli se, že ji pomocí kontrastní látky provedou nejprve irrigoskopii a pár dní na to gastrokopii. *„Poté co jsem rodině říkala téměř vše, mě začaly spíš znervózňovat. Asi dvě minuty po odjezdu malé na první zákrok mi táta napsal, ať tomuhle vyšetření zabráním, že to není nic dobrého a není to nutné. Rázem jsem si říkala, že jsem tedy asi špatná matka, když tohle dopustím a myslela jsem, že se z toho zblázním. Před tátou jsem se musela najednou začít obhajovat, proč se vyšetření dělá a proč je to pro dceru správné. Tahle situaci pro mě také nebyla jednoduchá.“* Vyšetření naštěstí dopadla v pořádku. Během gastrokopie objevili lékaři na rentgenu vysoký trvalý reflux mezi žaludkem a jícnem a nižší polohu žaludku, než je obvyklé. Reflux je ale pouze příznakem nevyzrállosti těla holčičky, a kromě jejího polohování se s tím nic dělat nedá. Naštěstí dcera respondentky začala postupně zase prospívat, i když občas stále zvrací. *„Krátko po vyšetření za mnou přišla sestřička a ptala se mě, jestli vím, že vlastně já zachránila malou před operací. Vůbec jsem tomu nerozuměla, jak to myslí. Pak mi vysvětlila, že kdybych neodstříkávala mléko a malá dostávala jen umělé formule, je dost možné, že její zažívací trakt by na to nebyl připravený a reagoval by zle. Jen díky tomu, že trávení se postupně u dcery upravilo, nemusela na operaci.“* Teď aktuálně váží 2250 gramů. Ale přiznává, že začátky po přestěhování z JIRP na JIP opravdu nebyly jednoduché. Odstartovalo to, když dceři respondentky klesl hemoglobin a začala častěji ublinkávat. Dle výsledků z laboratoře lékaři mé respondentce nabídli pro malou transfuzi a ona to samozřejmě přijala. *„Transfuze trvala zhruba tři hodiny. Poté ji nabraly krev pro kontrolu znovu, zlepšily se hodnoty krevního obrazu a další transfuze se aplikovat zatím naštěstí nemusela. Ale ublinkávání pořád nemizelo. A k tomu všemu hemoglobin teď zhruba po dvou týdnech od transfuze začal znovu klesat, tak uvidíme, jak to dopadne. Je pravda, že barvu má daleko lepší, je živější a vypadá lépe než před transfuzí. Snaží se i, co se týče jídla. Na základě problémů s trávením jsme krmení museli na chvíli přerušit, nesměli jí dávat mé mléko ale jen speciální formule, a navíc prostřednictvím sondy. Teď už je to mnohem lepší. Pije zase mé mléko z lahvičky a některé dny je schopna sama zvládnout i 50ml mléka, ale řídí se to podle toho, kolik má energie. Nasogastrickou sondu stále má, takže když je třeba, dávka se dodá jinou cestou.“*

Ted' už jsou zase zřetelné pokroky, malá prospívá a respondentka se díky tomu po měsíci řešení proměnlivého stavu, uklidnila. Vyslechla si spoustu příběhů od velkého množství maminek, ať už na pokoji nebo u odsávání. Všechny ji velmi zasáhly a zároveň ví, že může být i hůř a nafouknuté břicho její dcery není momentálně tak velký problém. *„Když budu hodně velký optimista, myslím, že za dva týdny bychom snad mohly jít domů. Ale nespěchám, hlavně, aby bylo vše v pořádku a byly jsme dokonale proklepnuté. Občas malé ještě kolísá saturace k 70, když tlačí a já chci mít jistotu, že až budeme doma jen samy dvě, nic se nestane. Jsem ráda, že malé vysadily momentálně i kofein, jelikož s dýcháním už problém nemá a na rooming tak se mnou půjde co nejvíce stabilní. Jako pozitivum беру i to, že nějakou dobu budeme na pokoji, kde malá bude ke konci bez monitoru a přístrojů a já si tak vyzkouším, jaké to bude po propuštění doma.“*

10.2.5 Podpora a chování zdravotnického personálu na oddělení JIP

Respondentka je stále na pokoji matek, kde jsou dohromady většinou ve třech a už by ráda alespoň ten dvoulůžkový pokoj. Je si také vědoma toho, že už to zároveň nebude jako doposud, kdy byla pánem svého času a spala podle svých potřeb. I za tu cenu se ale nemůže dočkat toho, že si dcery víc užije a budou konečně pospolu. *„Postupně mě sestřičky učí i s pumpou na dávkování mléka nasogastrickou sondou. Občas je ještě nutné ji použít, tak abych i to na roomingu zvládla. Zatím to vypadá nadějně, už si většinu věcí dělám sama, tak by se to stěhování s malou mohlo opravdu blížít.“* Kromě nasogastrické sondy, kterou ještě malá má, je stále aktuální problém s již zmíněným zažíváním. Jako prevenci nafouknutého a bolestivého břicha, nemohou čekat, až stolici malá vyloučí sama. Proto každý večer zavádí glycerinový čípek nebo rourku, aby dceři nezůstávaly ve střevech zbytky potravy. *„Z toho mám trochu obavy, abych to sama pravidelně případně zvládala i doma. Ale se sestřičkami už jsem zkoušela malé čípek zavést, tak snad to nebude problém. Baví mě, že mě často sestřičky aktivně zapojují do takových činností. Mám radost z posunu zase o kousek dál.“* Sdělila mi, že ani na oddělení JIP nemá špatnou zkušenost s personálem, spíš naopak. *„Dle mého názoru je to spíš o tom, jak se chová člověk k sestřičkám. Když je žena nepřijemná a negativní, nemůže se divit, že jsou sestřičky občas nepřijemné. Jediné, co já jsem, musím říct, blbě nesla, byl přístup některých sestřiček k miminkům. Oni ty hmaty už mají zažité a dělají všechno hodně rychle a hbitě. Což pro nás maminky, které se s těmi dětmi mazlíme, opečováváme je a všechno se snažíme dělat jemně, je občas náročnější pozorovat. Ale jinak si v tomhle směru opravdu nemůžu na nic stěžovat.“* Co se týče informovanosti ze strany lékařů a podobně, má ozkoušeno, že se musí ptát. Respondentka

chápe, že když mají hodně práce, nemohou se zabývat jedním dítětem hodinu. Na druhou stranu, pokud ví, že malá měla nějaká vyšetření a zjistí si, kdy by přibližně měly být výsledky, najde si lékaře a ptá se. Domlouvá se se sestřičkami, že až bude lékař k dispozici, že na ní třeba klepnou nebo že jí zavolají, což považuje za velkou výhodu. Informace, které potřebuje, si zjistí a ve výsledku s tím není problém. *„Jsem člověk, který potřebuje hodně informací. Proto ptát se na zdravotní stav dcery a zjišťovat konkrétní výsledky mi nedělá problém. Nejsem ten typ, kterému stačí, když mu lékař poví, že to je nebo naopak není v pořádku. Já potřebuji znát ten vývoj a občas si i hledám škály, podle kterých se výsledky hodnotí, abych opravdu měla přehled. V tomhle ohledu tedy problém není.“* Velmi často jí také sestřičky nabízejí, ať jede na víkend domů si odpočinout, odreagovat se a na chvíli se zabývat něčím jiným. Zpočátku tuto nabídku přijmout nechtěla, ale postupem času to viděla jako velkou výhodu a momentálně jedenkrát za týden jezdí domů.

K ubytování v nemocnici patří samozřejmě i nemocniční strava. Zajímala jsem se, jestli je jídlo pro ni velkým problémem, nebo se to dá zvládnout. *„Nemocniční strava pro kojící matky, kde se nepoužívá žádné koření, ani sůl, to mluví za vše. Můžu ale říct, že jsem si zvykla. Jsem ráda, že to nemusím vařit já, dostanu to teplé přímo pod nos, a to mi vyhovuje. Když si některé maminky občas stěžují, že např. rohlík a mléko rozhodně není vyvážená svačina a chybí jim ovoce a zelenina, snažím se je upozornit, že ubytování jsme zadarmo a můžeme být rády, že něco dostáváme. Všechno, co potřebujeme, si můžeme kdykoliv dokoupit. Některá jídla jsou i doopravdy dobrá a studené večere mě osobně vyhovují. Nejsem příliš vybíravá a jsem vážně vděčná, že mám alespoň možnost teplého jídla.“* Respondentka vzápětí přiznala, že přístup fakultní nemocnice je opravdu perfektní. *„Hned po porodu maličké jsem si přála nadstandardní pokoj, asi za pět set korun na den. Dohromady jsem na pokoji strávila pět dní. Pár dní po přestěhování na JIRP jsem zjistila, že jsem si na pokoji zapomněla některé věci a má maminka se pro ně vracela. Když přišla, sdělila mi, že mě sestřičky moc pozdravují a cenu za pokoj, ať neřeším, protože starostí budu mít ještě dost. Úplně mě to dojalo, bylo to vážně moc milé gesto.“* Na oddělení je k dispozici veškeré oblečení pro nedonošené děti a člověk nemusí v rámci nečekané situace ještě řešit nakupování. Také do té doby, než jsou maminky na rooming in, mají zprostředkované i plenky a nemusí hned obstarávat své zásoby.

S respondentkou jsme mimo naše schůzky stále v kontaktu přes aplikaci Whatsapp. Naše druhé setkání probíhalo v neděli v podvečerních hodinách a už v pondělí odpoledne mi má respondentka psala, že byly přestěhovány spolu na pokoj. Byla nadšená!

10.3 Třetí setkání

Potřetí jsem se s mou respondentkou sešla v době jejího pobytu již na pokoji rooming in. Bylo to krátce před tím, než měla být propuštěná konečně i s holčičkou domů.

10.3.1 Psychický stav respondentky na pokoji rooming in a krátce před propuštěním

Když jsem se ptala, jaký největší rozdíl je pro ni na pokoji s dcerou, odpověděla, že rozhodně spánek. *„Je to mazec. Ten deficit byl zejména ze začátku ohromný, což samozřejmě není specifikum pouze pobytu na rooming in, ale spíš mateřství obecně. Každé tři hodiny krmení, přes den se dospat samozřejmě vůbec nemůžu, protože kromě malé, která mě potřebuje, tak stále na pokoj někdo chodí, ať už sestřičky, fyzioterapeut apod. Kromě toho ihned po přestěhování na společný pokoj zůstával stále malé monitor dechu a saturace. A ten se ozýval kvůli sebemenšímu poklesu pořád. To s sebou přináší další specifikum, že i když jsem si mohla odpočinout, pořád jsem monitor sledovala. Měla jsem strach, jestli malé něco není, tím pádem jsem toho moc nenaspala. Ale neměnila bych! Bylo skvělé ji mít po tak dlouhé době u sebe. Už to bylo skoro jako, kdybychom byly doma, víceméně hezky v klidu a pospolu.“* Stejně jako na pokoji matek, kde byla ubytována bez malé, měla i tady na pokoji spolubydlící. Bydlet s různými cizími lidmi téměř tři měsíce hospitalizace musí být také velmi náročné. Každý má jiné návyky, chování atd. Má respondentka naštěstí na pokoji rooming in se spolubydlící problém neměla. *„Během mého pobytu se vystřídaly v pokoji asi dvě ženy. Měla jsem velké štěstí, protože ani s jednou jsem neměla žádný konflikt. Člověk má starosti sám se sebou, neví, co dřív, je často ve stresu. Představa, že řeším ještě problémy se sousedkou, je šílená. My jsme si vycházely vstříc, nedělaly si naschvály a snažily si spíš pomáhat. Jediná výjimka na tomto pokoji je, že sem smí už i tatínkové. O to menší soukromí tu je. Ale dá se to zvládnout. V případě, že třeba odsávám při návštěvě, holt se otočím na druhou stranu, nic jiného totiž nezbyvá.“* Naše setkání probíhalo nakonec den před tím, než mou respondentku pustily domů. Byla hospitalizována velmi dlouho a pečovala o malou buď za přítomnosti sestry, nebo celkově v areálu nemocnice. Sdělila mi, že pocity, které má před propuštěním jsou ambivalentního charakteru. Těší se, ale zároveň má strach. *„Zpočátku, když nás s dcerou sestěhovaly, převažovaly spíše obavy. Aby se maličké něco nestalo, aby mi doma nepřestala dýchat a jak já sama vůbec tu péči o ní zvládnou. Tím, že doba strávená na pokoji rooming in pro mě byla už velmi dlouhá, začala jsem se postupně víc a víc těšit. Ted' mám největší obavy ze systému, který si s malou nastavíme. Na oddělení Vám dají ohřáté mléko přímo do ruky a už můžete krmit. Doma si budu muset*

dávky vypočítávat, případně své mléko po částech rozmrazovat, ohřívat a těchto praktických věcí se trochu bojím. Zkrátka abych si správně dokázala rozvrhnout čas.“

10.3.2 Podpora zdravotnického personálu krátce před propuštěním

Respondentka si chválila přístup sestřiček, zejména teď před ukončením hospitalizace. Chovají se dle jejích slov kamarádsky, nechávají mé respondentce velký prostor, nekoukají jí tolik pod ruce. Zkrátka v péči o dceru má opravdu najednou volnost. Tento přístup jí opravdu vyhovuje a má tak šanci se připravit na dobu po propuštění.

Celkem za složité považuje také období těsně před tím, než jsme se spolu viděly. Informace o odchodu domů, které se k ní dostávaly, ať už od doktorů nebo sestřiček, byly hodně různorodé. *„Hned ze začátku za mnou přišla jedna paní doktorka a řekla mi, že se nám to krátí, a protože odjíždí na dovolenou za týden, už se asi spolu neuvidíme. Tím mi dala opravdu velkou naději, že už velmi brzy půjdeme domů. Dokonce o týden dřív, než nám slibovali.“* Má respondentka byla v tu chvíli natěšená, již si plánovala cestu domů a všechny členy rodiny na příjezd téměř připravila. Problém nastal, když se krátce na to vrátila jiná lékařka z dovolené. *„Paní doktorka je velmi poctivá. Velmi si toho cením, ale všechno rázem zase bylo jinak. Začaly jsme opět řešit dceřinu stolicí, protože stále se bez čípku nebo rourky nevyprázdí. Chtěla nám zajistit vyšetření u specialisty v Praze, abychom měly jistotu, že je s malou vše v pořádku. Od té doby se vlastně nic nedělo. Vždy přišla vizita, sdělili mi, že vyšetření budou konzultovat, ale stále byla situace stejná. Zkrátka jsem nevěděla na čem jsem.“* Tato situace trvala asi čtyři dny. Následně dorazila staniční sestra s úsměvem na tváři, že už tedy půjdou zřejmě domů. Má respondentka se zarazila. Měla dojem, že pojedou ještě na nějaká vyšetření. *„Byla jsem velmi překvapená, ale usoudila jsem, že stav malé zhodnotily jako projev nezralosti a nebudou to dál řešit. To jsem se ale spletla. Chvilku po staniční sestře za mnou přiběhla paní doktorka, prý pro mě s dobrou zprávou, že další den pojedou dcera na vyšetření do FN Motol. Paní staniční totiž o vyšetření v Motole nevěděla. V tu chvíli jsem měla dojem, že si ze mě dělají legraci. Bylo to jako na houpačce.“* S vyšetřením, které zahrnovalo biopsii střeva, samozřejmě souhlasila, aby dceru opravdu důkladně zkontrolovali

10.3.3 Vývoj stavu nedonošeného novorozence

Zda respondentka s dcerou na vyšetření do Prahy pojedou nebo ne, si mohla sama vybrat. *„Dlouho jsem nad tím uvažovala, protože odjížděla pryč jeden den ráno a vracela se až druhý den dopoledne. Nakonec jsem si ale vzala volný den a pryč s ní nejela. Uznala jsem, že malá z toho ještě rozum nemá a tolik nápomocná já tam nebudu. Když by si ji tam náho-*

dou chtěly nechat na delší dobu, určitě bych dorazila později. Hlavně jsem upřímně nestála o to, koukat na malou opět s hadičkami na monitoru. Viděla jsem to tolikrát, že mi to bohatě stačilo. Akorát bych ten pohled na ní zase obřečela. Místo toho jsem jela domů, v bytě jsme dokončily finální úpravy, po dlouhé době spala v kuse a nemusela vstávat na budík. Velmi mě návštěva doma pomohla i z hlediska psychického stavu. Od paní doktorky jsem do Prahy dostala kontakt, čehož jsem využila, a ještě ten den večer, kdy maličkou odvezly, jsem si tam zavolala. Výsledky našťěstí dopadly v pořádku, nepotvrdily se obavy lékařů, že část střeva je inervovaná, a slíbila, že hned ráno malá pojede zpět do Plzně.“ S největší pravděpodobností jsou potíže s vyprazdňováním opravdu spjaté s nevyzrálostí a časem se vše nastaví do normálu. I přes to, že se odchod domů díky vyšetření ještě prodloužil, byla má respondentka šťastná, že vše dopadlo dobře a u dcery opravdu lékaři vyloučili vše. Po příjezdu z Prahy, víkend před tím, než se lékaři rozhodli, že mou respondentku společně s dcerou už propustí domů, nebyla malá připojena už na monitor dechu a saturace. To považuje má respondentka za velké plus, protože se alespoň může připravit na situaci po příchodu domů. Zažívá si průběžně ten stres, jestli je malá v pořádku, nebo má tentokrát nějaký problém. „Asi dvakrát během pobytu na roomingu malá zakašlala tak, až mi přišlo, že lapá po dechu. Saturace ji klesla hodně dolů a já se snažila ji promasírovat. Bála jsem se v tu chvíli, aby nás zase nerozdělily a já nešla zpět na pokoj matek. Ale ohlásila jsem to sestřičkám i tak. Od té doby, ani během doby bez monitoru, se našťěstí nic takového nepříhodilo. Sice se zakuckává, ale vždycky to zvládne a žádný problém není.“

10.3.4 Vývoj péče o nedonošeného novorozence krátce před propuštěním

Po celou dobu hospitalizace se zejména péče o malou stále vyvíjela a při téměř každé návštěvě se dozvídala a učila něco nového. Jenže ve chvíli, kdy se ubytovala na pokoj s malou, progres se zastavil a respondentku to na oddělení přestalo bavit. Všechno si dělala sama, malou krmila, koupala, přebalovala a začala mít pocit, že tohle všechno může dělat i doma. „Už pro mě nejsou při pobytu na oddělení žádné pokroky. Jediné, co jsem se ještě naučila, bylo malé zavádět klystýr, to je všechno. Cítila jsem už asi po týdnu na rooming in, že už se nikam neposouváme. Navíc musíme stále dodržovat tříhodinové intervaly na jídlo, což mě hodně stresuje. Už bylo např. sedm hodin a já věděla, že dávku mléka na šestou hodinu ještě malá neměla. Musela jsem ji kvůli tomu budít, abychom zase potom stihly dávku v devět. Zkrátka už potřebujeme svůj režim, dcera si čas totiž začala řídit tak nějak sama.“ Jedna z mála změn, které nastaly ještě na pokoji rooming in, bylo odstranění nasogastrické sondy. Dcera mé respondentky ji potřebovala zhruba týden a pak už zvládla kr-

mení sama. Ze začátku měla napsanou dávku mléka 50ml po třech hodinách. Ve chvíli, kdy snědla tuto dávku celou, byla velmi unavená a neměla sílu za pár hodin dávku opakovat. *„Cílem na roomingu je, aby šla maminka s dítětem co nejdřív domů. Když malá stále měla nasogastrickou sondu, paní doktorka mi doporučila, ať jí zkusím krmit menšími dávkami. Dcera tak bude mít hlad a nebude sondu na dokrm potřebovat. A přesně to zabralo. Mrzí mi jedině to, že mi to někdo neporadil dřív.“* Svěřila se mi, že právě i z důvodu zbavení své dcery sondy, stále pořád odšťikává, ale nekojí. Ví, že to dceru příliš vysiluje na to, aby ji kojila jednou za tři hodiny. Navíc dle jejích slov má mléka méně, a i odsávat jde občas velmi těžko. Dcera je tedy krmena jejím odšťikávaným mlékem a dle potřeby umělou formulí. Respondentka spoléhá na to, že se rozkojí až v domácím prostředí.

10.4 Čtvrté setkání

Další setkání proběhlo už u mé respondentky doma. Setkaly jsme se krátce po propuštění jí a dcery domů.

10.4.1 Psychický stav respondentky po propuštění z nemocnice

I přes to, že by jí Vánoce v nemocnici tolik nevadily, byla i s malou propuštěná přesně den před Štědrým dnem. Ale přiznává, že už to pro ně bylo dlouhé a domů na svůj klid se samozřejmě těšily. V den propuštění si odpoledne obě vyzvedl přítel, takže odjezd měly ještě pohodlnější. *„Maminka mi doma ještě nazdobila větve, takže jsme měli i improvizovaný vánoční stromeček. Ale přiznám se, že ten Štědrý den utekl tak rychle, že my jsme ho díky malé ani tolik neprožívali. Čtvrt roku jsem byla v nemocnici a vánoční atmosféra šla mimo mě. Měli jsme akorát zapnuté pohádky a kolem osmé si snědli večeři. Spíš se těším na další rok, až bude dcera větší a bude ten čas kolem sebe více vnímat.“* Teď už je má respondentka šťastná, že je doma. Mají nastavený krásně svůj systém, jídlo řídí podle malé a nikdo na ni nespěchá. Moc se jí ulevilo, když přestala řešit tříhodinové intervaly a mohla dceru nechat klidně spát.

V průběhu našeho povídání také přiznala, že by chtěla postupně zase začít chodit mezi lidmi. Být s dcerou, starat se o ni a opečovávat ji, považuje za úžasné, ale má strach, že by se z toho brzy zbláznila. *„Jsem společenský typ. Vždy jsem trávila čas s lidmi a pracovala mezi nimi. Teď najednou jsme s maličkou stále doma a nemám příliš možnost komunikovat s někým dospělým. Návštěvy k nám chodí, hlavně rodina, ale tím, že se pořád snažím malou před velkým množstvím lidí chránit, nepřeháníme to. Na druhou stranu mám velké*

množství známých, které nás moc chtějí navštívit a dceru vidět. Říkám si, že nouzi o společnost mít v budoucnu rozhodně nebudeme.“

Kromě péče o malou a jejího zdravotního stavu, začíná respondentka řešit i praktické záležitosti. V současnosti přemýšlí i o koupi automobilu. Nechce být na nikom závislá a jelikož je přítel často pryč, chtěla by mít možnost i tak jezdit, kam bude potřebovat. Díky častějším vyšetřením a návštěvám lékařů se respondentce s autem také uleví. Navíc se velmi těší, až budou s dcerou jezdit na výlety a cestovat.

10.4.2 Podpora ze strany partnera a rodiny v domácím prostředí

„Perfektní bylo, že s námi partner zůstal celý týden po návratu domů. Z předchozího vztahu má dva syny, tudíž je už zkušený otec. Velmi dobře fungoval, malou i vykoupal, přebaloval a já měla zase noční směny. Dopoledne jsem to ale zase díky němu mohla dospat. Když dosáhla dcera tři kil, vydali jsme se poprvé pohromadě s malou ven na procházku. Nemohla jsem se dočkat po tak dlouhé době. Návrat domů byl vážně krásný.“ Úsměvné bylo, že i když byla moc vděčná svému příteli za pomoc, začala na něj po nějaké době trochu žárlit. Byla zvyklá, že čtvrt roku je s malou jen ona a najednou ji měl tatínek pořád v náručí. Postupně si to ale sedlo a momentálně, když je přítel pracovně pryč, užívá si, že dceru má zase jen pro sebe. Velkou pomoc pocítuje také od maminky. Po návratu domů bylo navařeno, připravené zavařené polévky a spoustu dalšího jídla. Má respondentka za to byla velmi ráda. Příliš si nedokázala představit, že by do péče o dceru měla zahrnout ještě vaření jídla pro sebe. *„Na jednu stranu pocítuji jako velkou výhodu, že jsem hned třetí den po porodu nešla domů. Všechno šlo hezky postupně. Nedokážu si představit, že bych přišla ještě ne úplně fit a musela se starat o malou, nakupovat, vařit a řešit naráz mnoho věcí. V návratu domů jsem oproti tomu měla opravdu komfort.“* Z holčičky je úplně nadšený i otec mé respondentky. Často chodí na návštěvy nebo je odváží s malou k lékaři, když je třeba. *„Byla jsem z toho mile překvapená, když jsem tátu u malé viděla. Byl z ní úplně paf. Dokonce ji založil i stavební spoření do budoucna. Chová se perfektně, jako opravdový dědeček.“* Oporu má naštěstí respondentka opravdu ze všech stran. Ani velké množství oblečení pro holčičku kupovat nemusela. Mnoho věcí dostala od kamarádek, od švagrové a sama pořídila jen pár kousků. Ty, které se jí moc líbily.

10.4.3 Progres v péči o nedonošence v domácím prostředí

S příchodem domů se na chvíli zlepšila také situace s kojením. Dcera rostla, byla silnější a zvládla z prsu nasát i 35 ml. Následně ale nastal problém s tím, že má respondentka už mléko téměř neměla. *„Doma jsem začala přikládat, a to hlavně večer. Z počátku spíše ale*

ve smyslu toho, že jsem malou chtěla utahat. Čím je větší, tím se více snaží a příliš to k únavě upřímně řečeno nespěje. Postupem času to přestalo vyhovovat mě z důvodu i větší časové náročnosti, a poté i malé, protože byla po kojení hladová a musela jsem ji stejně dokrmit. Teď už pravidelně nepřikládám a myslím se, že časem kojení odstraníme úplně.“ Režim, který si společně s dcerou nastavily, si jinak sedl perfektně. Když zrovna není hladová, nebo více unavená, je klidná, hodná a dobře spí. *„V případě, že je malá přetažená se stane, že je hodně uplakaná, nervózní a je náročné jí uklidnit. Většinou to ale bývá jen jednou za čas, jinak je zlatá. Stalo se mi několikrát, že se najedla ve dvě hodiny ráno a až do sedmi hodin spinkala v kuse.“* Nebylo tomu tak ale od začátku. Z počátku měla režim spánku obrácený, spala dlouze přes den, ale v noci jí to nešlo a byla velmi uplakaná. Mohlo to být také ovlivněné tím, že v nemocnici jí má respondentka musela budit na jídlo každé tři hodiny. Po čase se její režim upravil a respondentka se mohla více vyspat. I pro její psychický stav je režim teď nesrovnatelný. *„Už nejsme v takovém stresu a můžeme si čas plánovat podle svého. Spinká tak, jak potřebuje a zároveň déle vydrží. Odpoledne ji třeba jen položím v obývacím pokoji na lehátko, ona kouká kolem sebe a já si můžu poklidit, umýt se, nebo vyžehlit. S tím, že ji průběžně kontroluji.“* I přes volnost, kterou dceři respondentka nechává, si hlídá dávky mléka během dne. Nechce, aby dostatek spánku byl nakonec na úkor její váhy. Má ohlídáno, že sedm porcí, které stále narůstají, si přes den holčička sní. Každou dávku si respondentka zapisuje, aby případně věděla, kdy dcera jedla naposledy, nebo kolik toho v daný čas vypila. Pokud se někdy stane, že jednu z porcí během dne nestihne, holčička to sama od sebe pozná. Častěji se budí v noci a denní dávku dožene. Do mléka jí navíc jednou denně doplňuje vitamin D a dvakrát denně tzv. human milk fortifier od Nutrilonu, To je přídatek sloužící pro obohacení mateřského mléka a pokrytí potřeb nedonošeného novorozence. Zapisováním si respondentka udrží také přehled, kdy vitamin a přídatek podala.

O tom, že dcera dobře prospívá v domácím prostředí, svědčí i její váha. *„Týden poté, co nás propustily, dcera nabrala 460 g. Jen za ten týden! Říkala, jsem si, že takhle by to nešlo a musím se snažit jí trochu krotit. Je pravda, že v nemocnici jsme skončily na dávce 60 ml, a to už jí doma nestačilo, měla zkrátka hlad. Zhruba ten týden po propuštění už jsem musela množství mléka zvýšit na 70 ml. Ze začátku jsem to jen zkoušela, bála jsem se, že mi bude zvracet. Ale dávku jsme několikrát opakovaly, malá byla v pořádku, nezvracela a zvýšené množství jsme tedy nechaly. Často je to jen o tom rozklíčovat, proč pláče. V tomto případě měla hlad, jindy je to jen mokrá plenka. Stalo se mi, že plakala i proto, že byla pře-*

žená a když jsem ji otočila, přestala. Je to různé.“ Vzpomínala, že to není tak dlouho, kdy dcera plakala nepřetržitě a má respondentka jí nemohla uklidnit. Bála se, jestli není nemocná. *„Z toho mám největší strach, aby mi neonemocněla. Navíc se bojím, že nepoznám, když se bude opravdu bude cítit špatně.“*

Každý den se poslední dobou snaží alespoň na chvíli chodit na procházky, vždy maximálně na hodinu. Respondentka kvůli malé začala hodně vytápět byt. V nemocnici si i ona po nějakém čase na vyšší teploty zvykla, i když ze začátku to bylo velmi náročné. *„Pamatuji si, když jsem na rooming přišla poprvé a úplně mě to praštilo. První dny jsem byla vyčerpaná jen z toho horka. Nemohly jsme kvůli dětem otevřít okno, jen občas dveře, ale to prostor příliš nevyvětrá. Po nějaké době jsme si s mou spolubydlící zvykly, až nám některé dny přišlo, že je v pokoji dokonce chladno. Když nás propustily, začala jsem hodně topit i doma. Já už to tolik nevnímám, ale kdokoliv nás navštíví, říká, že mám doma na padnutí.“*

Jako rituál dodržují na konci dne koupel ve vaničce. Zpočátku respondentka plánovala, že bude dceru koupat jednou za tři dny jako na oddělení. Z toho však brzy sešlo, už jen kvůli tomu, že se holčička občas pozvracela a respondentka ji umýt stejně musela. Navíc má vodu ráda, je v klidu a rozhlíží se ve vaničce kolem sebe. Dnes už tedy koupe každý den, ale pouze ob den používá mýdlo.

10.4.4 Lékařská péče o nedonošence po propuštění z nemocnice

Na základě propouštěcí zprávy čeká v nejbližší době mou respondentku s dcerou velké množství vyšetření. Mezi ně patří např. vyšetření zraku, sluchu nebo kyčlí. Zhruba týden po propuštění z nemocnice se dostavily k paní pediatrice na první kontrolu. Má respondentka si ji moc pochvaluje, protože je pečlivá, příjemná a má velmi jemný přístup k dětem. Kromě pediatrie začíná s dcerou docházet i do vývojového centra, které je součástí Fakultní nemocnice v Plzni, kde byly hospitalizovány. Holčička bude, díky narození v nižším gestačním týdnu, v centru pravidelně sledována. Tam se malé aplikuje mimo jiné i druhá dávka očkování, pro které se má respondentka rozhodla. Působí proti plicním onemocněním, na které jsou nedonošení novorozenci více citliví. První dávku dcera respondentky dostala už při odchodu z oddělení JIP domů. Paní pediatricku navštěvuje má respondentka jednou za čtrnáct dní a do vývojového centra by měly docházet jednou za měsíc. *„Ulevilo se mi, myslela jsem, že budeme docházet k lékaři daleko častěji. Tohle je úplně ideální. Paní pediatricku mám deset minut chůze od domu a cesta do fakultní nemocnice mi jednou za měsíc nevadí. Myslím si, že je to i díky tomu, že kromě problému*

s vyprazdňováním, je malá zdravá a žádné další obtíže nemá.“ Holčička stále občas zvrací, ale v malém množství. Stolicí vytlačuje pořád až po stimulaci rourkou. Lékaři i paní pediatřička slibují, že by se peristaltika střev její dcery měla v následujících měsících postupně zlepšovat. Začne se víc hýbat, bude měnit polohy, poleze, posadí se, tak tím spíš se vyprazdňování upraví. Další problém, s horším vyprazdňováním související, je kýla. Tu si holčička vytlačila právě při bolesti břicha. Kýlu už řešila má respondentka na oddělení, ale bylo jí doporučeno, ať to zatím neřeší. „Lékař mi tehdy sdělil, že operaci by rozhodně nedoporučoval, protože by se to malé mohlo zanítit. Tehdy jsem ve zdravotnických potřebách pořídila stahovací pás, který je speciálně vyroben na pupeční kýlu pro takhle malé děti. Zpočátku jsem se bála, abych ji to spíš ještě nezaškrtila. O něco déle jsem jí pás zkoušela stahovat i přes oblečení, jenže se posouval a nedržel tak, jak by měl. Po propuštění mi i mé rodiče začali říkat, že jsem tento problém měla začít řešit dřív a pokud to nezmizí, bude muset stejně malá v budoucnu na operaci. Byla jsem z toho opět ve stresu. Bála jsem se, zda jsem něco nepodcenila. Od té doby, protože dcera vyrostla, ji občas pás zkouším dávat na holé tělo. Upřímně doufám, že to pomůže.“

10.5 Páté setkání

Poslední setkání probíhalo zhruba měsíc a půl po propuštění z oddělení JIP. Setkaly jsme se opět v domácím prostředí mé respondentky. Respondentka připravila občerstvení a bylo to nejen díky tomu velmi milé shledání.

10.5.1 Progres stavu nedonošeného novorozence v domácím prostředí

Jednu z posledních věcí, o které respondentka minulý rozhovor mluvila, byla pupeční kýla její dcery. S radostí mi sdělila, že se kýla krásně vstřebala. „Opravdu pravidelně jsem začala malé dávat stahovací pás na holé tělo. I paní pediatřička mě v použití pásu podporovala, takže už jsem se ani příliš nebála. Navíc jsem začala pás víc stahovat. Nezvracela ani neplakala, tudíž jsem ji ho dávala pravidelně na noc i na odpolední spaní. A musím říct, že rozdíl je markantní. Snad se nám tedy operace v budoucnu vyhne.“ Respondentka mi sdělila, že se stále řeší dceřino vyprazdňování. Pro stimulaci stolice požívají po celou dobu rektální rourku, i když to párkrát vypadalo, že už rourka nebude třeba. „Asi třikrát se nám doma stalo, že se malá vyprázdnila sama. Pak to ale zase ustalo a musely jsme rourku použít. Paní doktorka chce stále přijít na nějakou příčinu, aby se situace vyřešila a zlepšila. Jenže dcera prošla už tolika vyšetřeními, že už víc jich být snad ani nemůže. Zatím mě uklidňuje i to, že mnoho mých kamarádek tvrdí, že používaly rourku do třetího měsíce věku potomka. A to porodily v termínu zdravé děti. Zatím nás to naštěstí neomezuje a myslím si,

že má dcera stále čas. Paní doktorka mi také poradila, abych začala prodlužovat interval rourkování. Dodnes jsem rourku používala každý den. Teď se pokusím ob den, případně když nebude dceři bolet břicho a nebude plačtivá, ob dva dny. Uvidíme, jak to dopadne, ale zatím to nijak nehrotím.“ Lékařka mimo jiné doporučila několik cviků pro lepší držení těla malé. „Dcera upřednostňuje jednu stranu. Vždy, když ji položím na záda, kouká se směrem doprava. Domluvila jsem se tedy s paní doktorkou, že ji budu hlídat a hlavičku otáčet. Navíc je stále hodně stažená a ramena krčí k hlavičce. Každý večer tahám dceři ramena dolů, aby se více povolila a uvolnila. K tomu ještě trénujeme polohu koníka, aby si maličká trénovala ruce a zpevnila krční svalstvo. Máme spolu pravidelné většinou večerní cvičení.“

10.5.2 Lékařská péče o nedonošence po propuštění z nemocnice

S dcerou stále dochází do vývojového centra při fakultní nemocnici a jsou v péči většinou lékařky z oddělení JIP. Ta diagnózy dcery zná a ví, co potřebuje. Na další kontrolu ve vývojovém centru by měly s dcerou dorazit až za tři měsíce. Jednu z předchozích kontrol ve vývojovém centru spojila má respondentka s návštěvou oddělení JIP. Sestřičkám přinesla nějaké oblečení, které je holčičce už malé, a lahvičky od mléka. *„Bylo to hrozně moc milé. Sestřičky si mě pamatovaly a na malou se doslova seběhly. Nebraly nás jako další kus, který prošel oddělením, ale opravdu se o nás zajímaly. Z toho jsem měla velkou radost.“*

Mimo fakultní nemocnici se zúčastnily měření otoakustických emisí. Sluch byl holčičce sice měřen už na oddělení, ale z důvodu nasogastrické sondy, vyšetření nebylo přesné. Opakovalo se tedy pár týdnů po propuštění. *„Jely jsme ještě s mým tatínkem, který nás vezl, až na polikliniku na Bory. Dceři nalepili celkem tři sondy, nasadili sluchátka a postupně pouštěli do každého ucha zvuky o různých frekvencích. Ještě štěstí, že jsem s malou nebyla sama, protože vyšetření trvalo něco přes půl hodiny a tatínek měl za úkol dceru zabavit. Jen díky němu a hračkám, které měli v ordinaci k dispozici, vydržela tak dlouhou dobu v klidu.“* Další vyšetření, které respondentku s dcerou čeká, je vyšetření kyčlí. První vyšetření proběhlo také krátce po propuštění z nemocnice. *„Paní pediatřička nás poslala do soukromé ambulance na Slovany. Domnívala se, že tam bude pacientů méně než ve fakultní nemocnici. Bohužel jsme narazily na období poté, kdy byl pan doktor nemocný. Přijely jsme ten den hned na začátku otevírací doby, ale čekárna už byla stejně plná. Naštěstí jsme nečekaly příliš dlouho. Vyšetření dopadlo dobře. Pan doktor zhodnotil, že nezralost tam viditelná je a jedině, co doporučil, jsou dvě plenky na spaní. Jinak vše v pořádku.“*

10.5.3 Podpora respondentky ze strany partnera a rodiny

Mnoho času momentálně tráví respondentka také se svými rodiči. Sdělila mi, že na dceři jsou opravdu fixovaní a když ji nevidí, byť jen chvíli, telefonují, že se jim stýská. Obzvlášť u svého otce nečekala tolik lásky a emocí. Má pocit, že konečně mají rodiče zase pro co žít. Díky takto velké podpoře si mohla má respondentka pár dní před tím, než jsme se viděly, vyrazit do společnosti. *„Bylo to moc fajn. Domluvily jsme se s lidmi z práce na bowling a maminka malou hlídala. Dokonce ji úplně poprvé sama krmila. Ale zvládly to a já se mohla uvolnit a odreagovat. Díky ní mám na další týden domluvenou zase oslavu s kamarádkami. Je to super.“* Partner bohužel od doby, co se vrátili z nemocnice domů, přilíší o holčičku nepečuje. Vrátil se kvůli práci na Moravu a spíš momentálně řeší s mou respondentkou výživné na dceru, nikoliv návrat zpět. Ozývá se velmi sporadicky a zájem viditelný není. *„Po celé těhotenství byl natěšený a po porodu z malé opravdu nadšený. První týden po propuštění tu pro nás opravdu byl na 100 % a nakonec to dopadne takhle. Nezeptá se ani, jak se malá má. Velmi mě zklamal.“* Na druhou stranu uznává, že je ráda, že má maličkou jen pro sebe. Může se s ní mazlit, kdy chce a nastavit si vše potřebné dle svého uvážení.

10.5.4 Progres v péči o nedonošence v domácím prostředí

Režim, který má malá nastavený, je zatím mírně naruby. Dcera respondentky je hodně spavá přes den. Stačí jí se najíst, chvíli kouká po okolí, je hodná, klidná a často odpočívá. Kolem osmé nebo deváté hodiny večer se opět nají a už začne být plačtivá., potřebuje jíst po hodině či po dvou a vydrží být vzhůru až zhruba do dvou hodin. *„Ve dvě hodiny ráno je schopná usnout, spát do osmi, najíst se a usnout klidně opět do jedné hodiny odpoledne. Má opravdu svůj režim a nikdy nevím, jestli zrovna dnes spát bude nebo ne. Bohužel většinou v noci řádí, než že by v klidu spala. Je pravda, že když usne, je schopná vydržet sedm, osm hodin, což je krásné. Výjimečně se stane, že zavře oči zhruba kolem sedmé hodiny večer. Pokud cítím, že jsem opravdu unavená, jdu si lehnout s ní, i když nejsem zvyklá v tuto hodinu spát. Je mi totiž jasné, že malá se v deset probudí, bude vzhůru do dvou hodin ráno a pokud si nepůjdu lehnout, budu unavená neskutečným způsobem. Musím se jí zkrátka podřídit.“* Co holčičce problém nedělá, je jídlo. *„Ona je velká labužnice. Kojení jsme definitivně vzdaly, ale Nutrilon, který používáme, mně i maličké plně vyhovuje. Sní bez problému i bez přestávky celou dávku, dnes už 110 ml. Je moc šikovná, mléko ji nikde neteče, a dokonce má občas tendence si lahvičku držet. Hned po jídle je schopná strčit si palec do pusy, mlaskat a vypadá, že by jedla klidně ještě dál. Občas si dá do pusinky celou ruku nebo si omylem strčí prsty do oka. Je s ní vážně legrace. Mnohokrát lepší než televize.“*

Aktuálně měří 54 cm a velikost oblečení má 62. Velmi dobře dohání své vrstevníky. Vedle sedačky v obývacím pokoji stojí respondentce lehátko, které se houpe a visí nad ním hrající rybky. Dříve si holčička ryb vůbec nevšimala, jen ležela a koukala vpřed. Poslední dobou si respondentka všimla pokroku. Už je pozoruje a chvilku se tímto pohledem opravdu zabaví. Dokonce se začala otáčet i za hlasem. *„Když malou přebaluji na přebalovacím pultu a babička stojí u dveří, nemůže se na ní vynadávat. Babička na ní mluví a ona ji pozoruje, poslouchá a je naprosto klidná.“* Překvapivé je, že jako jedna z mála dětí, nechce holčička dudlík. Ve chvíli, kdy zjistí, že z dudlíku žádné mléko neteče, standartně ho plive. *„Sestřička se mi jednou při vyšetření ptala, jestli s sebou nemám dudlík. Řekla jsem, že ano, ale předem jsem upozornila, že ho plive. I přes to jsme ho zkusili, ale samozřejmě to nefungovalo a vyplivla ho. Pak následovala sacharóza, kterou ji k mému údivu dávají před každým očkováním. Divila jsem se a ptala se, zda to zmírní bolest, nebo proč to vůbec pravidelně používají. Chápala bych po očkování, ale před ním mi to moc smysl nedává. Malá stejně plakala jako blázen, takže si myslím, že to efekt opravdu nemá.“*

10.5.5 Vývoj v psychickém stavu respondentky v domácím prostředí

Respondentka vykazovala velmi dobrý psychický stav. Bylo zjevné, že s holčičkou se jim daří dobře a nemají téměř žádný problém. *„Je legrační, začíná se na mě usmívat. Musí mít tedy dobrou náladu, většinou po době spánku. Já k ní jsem většinou skloněná a mluvím na ní. Malá se na mě kouká, občas se určitým způsobem zasměje, nebo si něco broukne. Je zkrátka roztomilá. Navíc začala postupně i pást koníčky, což považuji za ohromný pokrok.“* Čím je holčička větší, tím spolu tráví více času venku. Když to jde, procházku si protáhnou, jak jim to čas dovolí. *„Na delší výlety chodíme zejména o víkend. Máme i rekord, kdy jsme spolu šlapaly 13 km. Beru s sebou mléko, horkou vodu do termosky a kdyby byl hlad po cestě, jsme připravené na všechno. Už teď se těším na léto. Můj bratr má firemní byt na Železné Rudě a já tam s malou plánuju strávit většinu času. Mám i pár kamarádek, které bydlí v okolí, tak si to společně užijeme.“* Cítí se mnohem lépe než dřív. Z fyzického i psychického pohledu. Snaží se dodržovat dlouhé procházky, aby byla zase co nejdříve v kondici a doma občas i cvičí.

Dodnes dostávala rodičovský příspěvek od zaměstnavatele. Teď je načase, aby si rozmyslela počet měsíců mateřské dovolené. *„Zatím bych chtěla být doma rok a půl. Až bych šla do práce, malé budou dva roky, a to už snad zvládnou nějaké hlídání najít. Nechci mé rodiče otravovat 24 hodin denně, radši bych někoho zvenčí nebo případně jesle.“* Už teď občas přemýšlí o tom, že by nějaký den klidně někam mezi lidi vyrazila, nebo si našla na pár ho-

din týdně nějakou činností. „Ze začátku byla situace horší. Přiznávám, že roli matky, která je 24 hodin denně doma s malou, jsem přijímala těžce. Byla jsem zvyklá být mezi lidmi a jako manažer stále něco řešit. Dnes už je to jiné vzhledem k tomu, že můžeme podnikat daleko víc věcí a vidáme se i s větším množstvím známých. Možná na jaře si seženu nějakou menší brigádu, uvidím, jak se to povede. Zatím to neřeším.“

Aktivně plánuje také budoucnost. S dopomocí svého bratra si nakonec auto, které si dlouho přála, pořídila. A je nadšená. „Nechala jsem si poradit, ale hlavně jsem chtěla velký kufr. Zkrátka rodinný typ auta. Zatím tedy nejezdíme, protože kde to jde, vozí nás můj táta. Nemůžu se ale dočkat, až budeme s maličkou jezdit na hory, na výlety a dostaneme se, kam budeme chtít.“

Setkání	Dítě				Matka			
	Zdravotní stav	Výživa	Hmotnost	Chování novorozence	Psychický stav	Péče matky (výkony)	Vztah k dítěti	Umístění s dítětem
1.	NGS Kanyla s glukózou. Kolísání saturace.	Pomocí NGS Tukový polštář není viditelný.	1060 g	Pospávala v inkubátoru, v hnízdečku a v ručkách. Neplakala.	Dobry psychický stav, usmívá se, při vzpomínkách na porod a období po něm-slzy v očích.	Dceři měří teplotu, přebaluje plenku. Sahá ji na hlavičku a pokud to lze, klokánkuje.	Plná mateřské lásky. Lítostivá Strach o dceru.	JIRP
2.	NGS Odstranění kanyly a nostril. Potíže se stolicí – aplikace čípku nebo klistýru. Pupeční kýla.	Odstříkané mateřské mléko stříkačkou v případné kombinaci s NGS. Vyrostla a přibrala.	2250 g	Občas plakala, jinak ležela na vyhříváném lůžku. Při tlačení-občas kolísavá saturace.	Vyčerpaná, občas lítostivá. Sdílná a otevřená. Dobry psychický stav. Těší se na přesun na rooming in s dcerou.	Měří teplotu, přebaluje, krmí dceru alternativně pomocí stříkačky. Nekojí. Sama koupe. Větší zakomponování do péče.	Strach o dceru, ale víra, že bude všechno brzy dobré. Jistota v péči. Dceru miluje.	JIP
3.	Odstranění NGS. Odpojení z monitoru saturace-dýchá normálně. Občas ublinkává. Potíže se stolicí. Pupeční kýla stále výrazná.	Odstříkané MM z lahve. Viditelný tukový polštář. Prospívá.	2710 g	Hlad, bolest břicha-pláč, jinak leží, pospává. Nejklidnější v náruči matky.	Zjevná únava, ale zároveň klid a štěstí. Šťastná, že jsou spolu. Problém je režim po třech hodinách. Nemůže se dočkat propuštění.	Zpočátku obstarávala pumpu pro dodání mateřského mléka NGS. Aplikace glycerinového čípku. Zapisuje dceřinu stolicí a dávky jídla.	Chtěla by co nejdřív s dcerou domů. Obavy z režimu doma. Víra, že to spolu zvládnou. Těší se domů.	JIP -rooming in

4.	Velmi dobrý zdravotní stav. Aplikace každý večer čípek rektálně. Nezvrací. Pupeční kýla-stahovací pás na nahé tělo dcery.	Kojení zejména ve večerních hodinách+Nutrilon Comfort z lahve. Prospívá, propuštění přibrala 460 g, navýšení dávky mléka.	3490 g	Klidná, nepláče, leží na lehátku, rozhlíží se kolem sebe. Reaguje na hlas respondentky. Při pláči, uklidnění v náruči matky.	Ohromné zlepšení. Usmívá se, je vyrovnaná, plánuje budoucnost. Mírná únava, ale celkový stav se zlepšil. Šťastná. Podpora od rodičů a pomoc přítele po propuštění.	S dcerou doma, každý večer koupel jako rituál. Sedm dávek mléka denně. 1/14 dní naplánované kontroly u pediatra, 1/měsíc v centru vývojové péče ve FN Plzeň.	Opečovává dceru, tráví s ní veškerý čas. Soustředí se na přítomnost a těší se na budoucnost.	Těsně po propuštění - domácí prostředí.
5.	Dobrý zdravotní stav. Podpora stolice-čípek ob den, prodlužování intervalu. Pupeční kýla vstřebaná. Upřednostnění pravé strany-cviky pro protažení těla.	Již není kojena. Je krmena 100–110 ml Nutrilon Comfort z lahve. Pije velmi dobře, příbytek je zjevný. Jídlo nezvrací.	5700 g	Pozorovala hračky kolem, natahovala se pro ně, reagovala na hlas matky kopáním nožkami. Na břicho pásla koníky. Výrazný pokrok!	Velmi spokojená díky pokroku dcery. Podpora od rodiny. Začlenění opět do společnosti. Chodí pravidelně na delší procházky. Schází se s kamarádkami V budoucnu-občasná brigáda.	Pečlivá starost. Pomoc rodičů. Skvělý systém v činnostech. Přetrvávají pravidelné kontroly u pediatra a ve vývojovém centru ve FN Plzeň.	Čas s dcerou si užívá. Za dobu mé přítomnosti na ni nemohla oči nechat. Plánuje s ní společné výlety v létě.	Domácí prostředí – zhruba měsíc a půl po propuštění

DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na péči matek o předčasně narozeného novorozence. Věnujeme se zejména psychickému stavu ženy, která porodila předčasně, vývoji jejího vztahu k novorozenci, rozsahu její péče o dítě v době hospitalizace na oddělení a informovanosti o zdravotním stavu dítěte. Zajímáme se také o míru podpory od partnera, rodiny a v neposlední řadě zdravotnického personálu. Respondentka je sledována následně po propuštění a jsou mapovány rozdíly v její péči za doby hospitalizace a v domácím prostředí. V rámci diskuze jsou analyzovány výsledky výzkumného šetření a porovnávány s odbornou literaturou.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak se vyvíjela péče matky o předčasně narozeného novorozence. Součástí našeho výzkumného šetření je žena, která porodila předčasně na podzim roku 2019. Potřebné informace jsme získávaly na základě polostrukturovaného rozhovoru.

Respondentka měla bezproblémové těhotenství. Do poslední chvíle pracovala a aktivně trávila svůj volný čas. Byla pravidelně kontrolována svým gynekologem a nic během gravidity nezanedbala. Zvrat nastal ve 26. týdnu těhotenství. Na základě bolestí a mírného krvácení byla ve 26+1 hospitalizována. Ležela celé čtyři dny na oddělení rizikových a patologických těhotných a měla tak čas se s možností předčasného porodu částečně smířit. Zajišťovala si potřebné informace se situací související nebo shlížela videa s nedonošenými novorozenci, které jí poslal její bratr pro představu, jak takhle malé děti vypadají. To, jak sama říká, jí velmi pomohlo. Zde se výsledek našeho šetření shoduje s poznatkem z diplomové práce Michaely Klusákové (2010, str. 76), která zdůrazňuje, že matky hospitalizované na oddělení se lépe vyrovnávají se skutečností předčasného porodu.

Z důvodu patologických kardiokografických záznamů a velkého zakrvácení byl respondentce ve 26+5 proveden císařský řez v celkové anestezii. Vzhledem k okolnostem, zejména ke způsobu anestezie, nebyl proveden bonding. Dceru poprvé respondentka viděla až dva dny po porodu. Do té chvíle udávala, že o něco více než na ni, myslela na sebe, na bolest jizvy a svůj celkový zdravotní stav. Ve chvíli, kdy ji sestřička z gynekologického oddělení dovezla na JIRP za dcerou, situace se změnila. Měla velký strach, zda pohled na dceru zvládne a přesvědčovala se o tom, že se nesmí rozplakat. Když ji poprvé uviděla, začala pociťovat strach o dceru a lítost, že takhle malé dítě musí už bojovat o život. Oproti

výzkumnému šetření Zahradníkové (2010, str. 51), se u respondentky neprojevovala obviňování sebe, natož lékařů. Pociťovala zejména strach o život dítěte. Přes to věřila, že společně s dcerou vše zvládnou. Mateřská láska byla u respondentky evidentní a nedošlo k popření nové životní role, byť se zpočátku soustředila hlavně na sebe.

Stejně jako ve výzkumu studentky Zlochové (2015, str. 67), byla péče u respondentky zahájena sledováním potomka přes inkubátor a postupně byla porodními asistentkami a dětskými sestrami edukována o manipulaci a péči o dítě. Nejprve se učila, jak se dcery správně dotýkat, pak přišlo měření teploty a přebalování pleny. Velkou výhodou viděla respondentka v tom, že do ničeho nebyla tlačena a vývoj péče si mohla korigovat tak, jak sama chtěla. Čím více byla zainteresována do péče, tím spíše se cítila využitá. Ve chvíli, kdy dcera dosáhla 1000 gramů, nabídly sestřičky respondentce možnost klokánkování. Ta s radostí přijala a dodnes tvrdí, že silnější okamžik nezažila. Klokánkováním je zajištěn intenzivní kontakt kůže na kůži matky a novorozence. Dle výzkumů přispívá ke zrání CNS a lepšímu spánku dítěte a má zároveň pozitivní vliv na matky, jež jsou díky tomu méně depresivní a senzitivnější vůči potřebám dítěte. (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015, str. 121) Dle zahraničního výzkumu z roku 2018 autorů Adeli a Alirezai (2018, str. 328), musí být klokánkování poskytováno přiměřeně dlouhou dobu, aby snížení deprese a úzkosti bylo efektivní. Předpokládáme, že výsledky jednotlivých studií se potvrdily i u naší respondentky. Vždy když dceru držela v náručí, měla radost z ohromného pokroku a pociťovala štěstí, že je jí zase o kousek blíž.

Hospitalizace trvala zhruba 2 a půl měsíce, v jejímž průběhu se stav respondentčiny dcery různě vyvíjel. Na oddělení JIRP vše postupně šlo k lepšímu. Zdravotní stav dcery se zlepšil, výsledky vyšetření byly v pořádku, prospívala. Kromě občasné kolísavé saturace, která se vyrovnávala pomocí podpory dechu, se nedělo nic neobvyklého u nedonošeného novorozence. I respondentčin psychický stav se zlepšil. Krátce po přesunu z gynekologického oddělení na pokoj matek trpěla respondentka vyrážkou, s největší pravděpodobností psychosomatického původu na základě předčasného porodu. V době, kdy byl na novorozenci znatelný pokrok a respondentka se mohla podílet na péči čím dál víc, byl viditelný progres i v psychickém stavu ženy. Postupně si sestavila svůj režim, na jehož základě pravidelně docházela za potomkem, odstříkávala po třech hodinách a doplňovala energii, jak to bylo možné. Paradoxně jakýsi zvrát nastal na oddělení JIP. V souladu s prospívajícím růstem i hmotností nedonošence se objevily první zásadní problémy. Respondentčina dcera začala zvracet, špatně se vyprazdňovala, měla nadmuté břicho a dle

laboratorních testů jí klesal hemoglobin. Byla ji nasazena transfuze a postupně provedeny vyšetření pomocí kontrastní látky, jako je gastro a irrigoskopie. Z důvodu zhoršení stavu dítěte, se i péče posunula o několik kroků zpět. Respondentka přestala dceru krmit (musela dostávat výživu pouze NGS) a mohla ji znovu pouze přebalovat a měřit teplotu. Zažívala po porodu druhou velkou krizi, přišla si pro dceru neúčinná. Vlivem horšího stavu ženy se pozastavila i laktace. Byla ji nabídnuta psychologická pomoc, tu ale respondentka odmítla. Lékaři zjistili, že novorozenec má vysoký trvalý gastroesofageální reflux, který byl potvrzen později i na vyšetření ve FN Motol, hemoglobin novorozenci stoupl a postupem času se začalo vracet vše do normálu. Operace, které se lékaři obávali, nutná nebyla a novorozenec začal opět sám od sebe prospívat. V návaznosti na lepší zdravotní stav dítěte, se uklidnila i respondentka. Výsledky našeho výzkumu se v této otázce shodují s výsledky disertační práce paní Mgr. Matoušové (2011, str. 305). Ta tvrdí, že jakmile se zhorší zdravotní stav dítěte, nebo je dokonce dítě v ohrožení života, mají ženy pocit, že už tak špatná situace se náhle ještě zhoršuje.

Podpora ze strany rodiny byla dostatečná. Téměř každý den byla respondentka v kontaktu se svou matkou i otcem, kteří ji podporovali a ona měla jistotu, že se na ně může kdykoliv obrátit. V případě velkých rozhodnutí je, i přes jejich podporu, raději nekontaktovala a informovala je až o výsledku jednotlivých vyšetření. Díky tomu se vyhnula zbytečnému stresu a uklidňování druhých. Další velkou pomocí a zároveň rozptýlením pociťovala od svých kamarádek a švagrové. S partnerem si pravidelně dopisovali, ale z důvodu jeho zaměstnání na Moravě, se příliš často nevidali. Ke konci hospitalizace se pravidelnost jeho návštěv zlepšila a respondentka tak mohla s jeho pomocí zařídit a dokoupit vše potřebné. Jeho podporu tak cítila zejména před propuštěním a těsně po něm. Asi týden po propuštění partner odjel zpět na Moravu a od té doby nebyl příliš s respondentkou v kontaktu. Momentálně se o dceru stará sama a pomáhá jí hlavně rodina. Rozcházejme se tak ve výsledcích v porovnání s bakalářskou prací Lucie Zahradníkové, jejíž tři respondentky měly ohromnou oporu hlavně v partnerovi. (Zahradníková, 2010, str. 52)

Respondentka považovala zdravotnický personál za vstřícný a přátelský. Zhruba třetí den po porodu, když se dostatečně zmobilizovala, byla zahrnuta do péče. Zdravotními sestřičkami byla řádně poučena a všechny intervence jí byly srozumitelně vysvětleny a popsány. V případě, že za dobu její přítomnosti došlo např. k výměně nasogastrické sondy, mohla se sama rozhodnout, jestli chce zůstat nebo odejít. Vše zkrátka nechávaly na ní a respondentka se zároveň nebála na cokoli zeptat. Nevzpomněla si na žádnou negativní

zkušenost, kterou by s personálem za dobu hospitalizace měla. Naopak v situaci, kdy nepřetržitě plakala u lůžka své dcery, byla jí ze strany jedné sestřičky nabídnuta psychologická pomoc. I když ji respondentka nevyužila, rozhovor se sestrou ji velmi pomohl. Stejně tomu tak bylo i ve výzkumu bakalářské práce studentky Novákové (2018, str. 56). Respondentky jejího šetření měly, stejně jako ta naše, v personálu velkou oporu, mohly se zdravotním sestřím svěřovat a ty jim na oplátku poskytly vhodné rady. Předpokládali jsme, že snadná komunikace mezi ní i personálem souvisela i s delší hospitalizací na oddělení. Sama respondentka nám to později potvrdila a sdělila, že po tak dlouhé době vždy věděla, s kterou sestřičkou v dané partě se komunikuje nejlépe. Informována ze strany lékařů byla naše respondentka také dostatečně. Ihned po porodu na pooperační oddělení dorazil pediatr a obeznámil ji se stavem novorozené dcery. Na oddělení probíhaly pravidelné vizity, v rámci níž, se mohla respondentka na cokoliv zeptat. Přiznala, že více informací, zejména v době zhoršujícího se stavu dcery, by jí určitě nevadilo, ale chápala, že hospitalizována s novorozencem nebyla jediná. Podpůrných organizací a skupin respondentka nevyužila.

Před propuštěním byla zhruba 14 dní respondentka hospitalizována na pokojích rooming in společně s dcerou. Získala jistotu v péči o ní, vyzkoušela si opečovávat ji jak s monitorem saturace, tak i bez něj. I když se těsně před sestěhováním na tento pokoj, bála pozorování a zvuku monitoru, nakonec to zvládla perfektně. Poslední víkend si dokonce vyzkoušela péči o dceru naprosto bez přístrojů a pomoci. To ji psychicky velmi pomohlo. Zároveň v této době začala pociťovat značný diskomfort. Hlavně týden před propuštěním, se čas na oddělení pro ni stal příliš dlouhým. V péči necítila žádný posun a věděla, že s dcerou potřebují už domů. Za stresující považovala tříhodinové intervaly, které zejména v krmení musela na oddělení dodržovat. Dceru kvůli tomu často musela probouzet a nepřišlo jí to vůbec prospěšné. O možnosti brzkého propuštění byla informována zhruba týden. Mohla si tak díky tomu zajistit poslední drobnosti, které jí chyběly ke klidnému odchodu domů. Informace o propuštění by měli rodiče dostat včas, aby nedošlo ke stresu spojeným s náhlým rozhodnutím. Díky tomu si rodiče mohou zajistit potřebné pomůcky pro pokračování v péči o dítě v domácím prostředí a pokud tak dříve neučinili, přihlásit se k praktickému pediatrovi. (Fendrychová, Borek a kol., 2012, str. 185) Strachovala se domácího režimu, který si s dcerou nastaví a bála se, zda bude schopná dceru stejně opečovávat i doma bez přítomnosti personálu. Čím více se doba propuštění blížila, tím spíš se respondentka velmi těšila.

Po propuštění proběhly celkem dvě setkání. Mohly jsme tak zmapovat vývoj péče těsně po propuštění a s odstupem času od něj. Psychický stav naší respondentka byl od doby hospitalizace nesrovnatelný. Týden po opuštění nemocnice jí byl velmi nápomocný přítel a ona tak mohla dohnat spánkový deficit. Zároveň si společně s dcerou nastavily režim, který jim naprosto vyhovoval a nemusely dodržovat tříhodinové intervaly. Předpokládáme, že právě domácí prostředí, které respondentka zná a je jí vlastní, a systém, který si sama nastaví, velmi příznivě přispívá ke zlepšení psychického stavu. Náš předpoklad potvrzuje i jeden z příběhů, který byl součástí výzkumu zaměřeného na psychologickou problematiku matek předčasně narozených dětí paní bakalářky Ďuricové a Mimrové (2011, str. 3). Jedna z kazuistik končí tím, že matkou si respondentka přišla až po propuštění, kdy mohla naplno pečovat o dítě ona sama. O tom, že se oběma dařilo pospolu velmi dobře, svědčil fakt, že se respondentka po propuštění zhruba na dva měsíce rozkojila. Z časových důvodů nechávala kojení zejména na večerní hodiny, ale i tak to byl velký pokrok. Dcera respondentky bez obtíží jí, prospívá a dobře spí. Jediným problémem je stále nutnost použití rektální rourky pro vyprázdnění potomka. Z toho si ale respondentka hlavu zatím nedělá a doufá, že se začne dcera víc hýbat, peristaltika střev selepší. Po propuštění dochází respondentka na pravidelné kontroly za pediatrem a do centra vývojové péče při Fakultní nemocnici v Plzni. Doplněny byly dále i vyšetření sluchu, tzv. otoakustické emise a ortopedické vyšetření kyčlí. Respondentka si nepřipouští, že by mohla mít dcera v budoucnu nějaké závažné obtíže, myslí jen na ty hezké věci. Při každé návštěvě plánovala, jak jim s dcerou bude dobře, až budou v létě jezdit na výlety, na túry a za pár let spolu na kole.

Doporučení pro praxi

1. Matky ihned po porodu bývají poučeny o kojení a odstříkávání, následně jim je předvedena manipulace s elektrickou odsávačkou a od té chvíle je to na nich. Na oddělení je laktační poradkyně, která běžně matkám radí spíše se stravou a o prsy či kvalitu odstříkávání už se nezajímají. Myslím si, že ženy jsou v tomhle směru méně informovány a obracejí se na dětské sestřičky, které nejsou laktačními poradkyněmi. Kojení by mělo být právě v kompetenci porodních asistentek. Ty vzhledem k náplni své práce, nedostatku času a zajištění velkého množství dokumentů, nemají prostor věnovat se každé ženě zvlášť a s kojením ji pomoci. Doporučila bych tedy specializovanou osobu na oddělení, na kterou se matky mohou kdykoliv obrátit s dotazy a problémy s kojením spojené a ona bude mít na zodpovězení dostatek času.

2. Jelikož jsou to právě porodní asistentky, dětské sestry a dětské lékařky, na něž se matky jako první obrazejí s důvěrou a svěřují se jim, bylo by vhodné zajistit např. jednou za měsíc přednášky s psychologickou problematikou pro personál. Kvalita jejich vzdělání by se tak zvýšila a zaměstnanci by mohli mít i prostor na své dotazy a případné stesky.
3. Klokánkování v případě naší respondentky bylo uskutečněno zhruba za 10 až 14 dní od porodu, když její dcera dosáhla 1 kg. Myslím si, že pokud se na to matka cítí, bylo by vhodné s klokánkováním začít dříve, provozovat ho častěji a ženy v něm podporovat. Upevní tak svou roli matky a budou se cítit lépe. Z článku Bc. Tvrzové a Mgr. Ratiborského pro Ústav v péči pro matku a dítě (2018, str. 58) vyplývá, že pozitivní emoce, které matka při klokánkování pociťuje, zvyšuje produkci mléka. Při prvním klokánkování získávají matky dojem, že dítě je skutečně jejich. Důvěrný kontakt totiž pomáhá překlenout negativní pocity, které vznikají na základě odloučení ihned po porodu. Klokánkovat může i tatínek, kdy stejně jako u matky, dochází k upevnění citové vazby. Sebedůvěra v péči o dítě obou rodičů a zároveň jejich duševní klid se tímto zvyšuje a oni tak pozitivně působí na svého potomka. Současně získávají pocit, že se plně podílí na péči, posilují se jejich kompetence a autonomie.
4. Bylo by vhodné zajistit dostatečnou informovanost všech matek na oddělení. Vzhledem k časové náročnosti práce lékařů by bylo nejlepší vyčlenit alespoň sestřičkám několik minut denně pro dotazy matek. Ty si jsou často nejisté a v rychlosti podání informací ze stran lékařů neznají ani přesné diagnózy potomka.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena péči matek o předčasně narozeného novorozence. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola je věnována předčasnému porodu. Jaká je jeho definice, jaké jsou příčiny, jednotlivá stadia, terapie a vedení předčasného porodu. V druhé kapitole je rozebrána klasifikace novorozenců dle gestačního věku, porodní hmotnosti a vztahu mezi nimi. Na základě této klasifikace je třetí kapitola zaměřena na předčasně narozeného novorozence. Jsou zmiňovány morfologické projevy nezralosti, nebo porucha poporodní adaptace nedonošených v jednotlivých funkčních systémech. Velká část je věnována péči o předčasně narozeného novorozence. Jak je zajišťována výživa dítěte, kvalita prostředí JIP/JIRP a proces klokánkování. Poslední kapitola se věnuje rodičům nedonošených novorozenců a péči zaměřenou na rodinu před propuštěním i po něm.

Cílem praktické části bylo zmapovat vývoj péče matky o předčasně narozeného novorozence. Proběhlo pět setkání s jednou konkrétní respondentkou, která porodila předčasně. Tři z nich se konaly v době hospitalizace a poslední dvě už v domácím prostředí respondentky. Zaměřily jsme se zejména na vývoj psychického stavu matky nedonošeného dítěte a jeho porovnání za doby hospitalizace a po propuštění, vývoj vztahu mezi nimi, progres péče o dítě a zapojení respondentky do jednotlivých úkonů během hospitalizace. Zajímalo nás, jak byla žena na jednotlivých oddělení informována lékaři a zdravotními sestrami a zároveň podporována rodinou a personálem. Z našich rozhovorů jsme zjistily, že respondentka měla zejména velký strach o svou dceru a zároveň věřila, že společně všechno zvládnou. Jakmile se zotavila po císařském řezu, byla postupně zapojována do péče a při každé návštěvě se naučila něco nového. Respondentka byla dostatečně informována, i když sama uznala, že více informací by jí nevadilo. Se zdravotnickým personálem neměla žádný problém a byl pro ni velkou podporou. S dcerou měla možnost plně se sžít a starat se o ni na oddělení JIP formou rooming in. Vyzkoušela si, jaká nastane situace, až bude s dcerou propuštěna domů. Během hospitalizace bylo zřejmé, že psychický stav respondentky je závislý na zdravotním stavu její dcery. Po propuštění jsme pozorovaly rapidní rozdíl ve stavu respondentky. Byla velmi šťastná, že jsou s dcerou jen spolu a připravená s ní trávit v poklidu každý den.

Výchozím materiálem výzkumného šetření je několik doporučení pro praxi, na základě zjištění v bakalářské práci, a vypracovaná časová osa mapující vývoj péče respondentky o předčasně narozenou dceru.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

1. BAŠŇÁKOVÁ, Jana, VAVRÁKOVÁ, Eva a ZEMANDL, Jana. *Psychologie pro milující rodiče*. 1. vyd. Slovensko: Orbis In, 2019, 220 s. ISBN 978-80-972264-4-2.
2. DOKOUPILOVÁ, Milena, FIŠÁRKOVÁ, Barbora a NOVOTNÁ, Lenka. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
3. DORT, Jiří a kol. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2011. 238 s. ISBN 978-80-7043-944-9.
4. DORT, Jiří, DORTOVÁ, Eva a JEHLIČKA, Petr. *Neonatologie*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. 168 s. ISBN 978-80-246-3936-9.
5. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3940-3.
6. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a BOREK, Ivo. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2. přepracované vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1.
7. GREGORA, Martin a DOKOUPILOVÁ, Milena. *Péče o novorozence a kojence: mamčin domácí lékař*. 4., přepracované vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 128 s. ISBN 978-80-247-5719-3.
8. GREGORA, Martin a VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2011. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
9. GUTMAN, Laura. *Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem: životní krize a emocionální revoluce*. Praha: Maitrea, 2013. 301 s. ISBN 978-80-87249-46-8.
10. HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
11. JANOTA, Jan a STRAŇÁK, Zbyněk. *Neonatologie*. Praha: Mladá fronta (Aesku-lap), 2013. 575 s. ISBN 978-80-204-2994-0.
12. KLÍMA, Jiří a kol. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2016. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
13. KOUCKÝ, Michal a Jan SMÍŠEK. *Spontánní předčasný porod*. Praha: Maxdorf (Jessenius), 2014. 156 s. ISBN 978-80-7345-416-6.

14. MASOPUSTOVÁ, Zuzana, DAŇSOVÁ, Petra a LACINOVÁ, Lenka. *Jak to mají mámy: psychologický výzkum mateřství*. Brno: Masarykova univerzita, 2018. 124 s. ISBN 978-80-210-9169-6.
15. MUNTAU, Ania. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2014. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
16. PAŘÍZEK, Antonín a kol. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén, 2012. 289 s. ISBN 978-80-7262-949-7.
17. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína, učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
18. SOBOTKOVÁ, Daniela, DITTRICHOVÁ, Jaroslava a kol. *Narodilo se s problémy, a co bude dál?*. Praha: Triton, 2009. 106 s. ISBN 978-80-7387-141-3.
19. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela, ŠULOVÁ, Lenka a kol. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

Internetové články

1. ADELI, Mohadese a ALIREZAEI, Somayeh. *A Comparative Study of the Effects of Skin Contact and Kangaroo Care on Mother's Anxiety*. *Iranian Journal of Nursing* [online]. 2018, 23(4), 327-328 [cit. 2020-03-30]. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_100_17. ISSN 17359066.
2. ĎURICOVÁ, Michaela a MIMROVÁ, Vladislava. *Psychologická problematika matek předčasně narozených novorozenců*. 2011. [online]. Plzeň. www.neonatology.cz [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/neonatologie.web360.cz/xxkonference/psychologicka-problematika-matek-predcasne-narozenych-novorozencu.pdf>
3. GAYEN, Gargi, BHOWMIK, Arijit a NANDY, Mausumi. *Study of feeding practice and factors influencing it among preterm babies getting Kangaroo mother care in a Tertiary Care Hospital*. *Journal of Clinical Neonatology* [online]. 2019, 85-89 [cit. 2020-03-01]. ISSN 22494847. DOI: 10.4103/jcn.JCN_100_18.
4. GROHMANNOVÁ, Kateřina. *Spolupráce s matkou jako součást ošetrovatelské péče o nezralého novorozence*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jitka Burešová.

5. KLUSÁKOVÁ, Michaela. *Utváření vztahu mezi rodiči a předčasně narozenými dětmi*. 2010 [online]. Brno [cit. 2020-03-30]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Miroslava Štěpánková. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/nxb6j/>>.
6. MATOUŠOVÁ, Milada. *Psychologická intervence u matek nedonošených dětí*. Praha, 2011. Disertační práce (PhD.). Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Lenka Šedivá.
7. NOVÁKOVÁ, Jana. *Psychika rodičů předčasně narozených dětí*. Plzeň, 2019. Bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Kristina Janoušková.
8. *O nás*. 2017 [online]. Praha 10: <https://www.nedoklubko.cz> [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/o-nas/>
9. *Podpora rodičů předčasně narozených dětí*. 2020 [online] Prostějov, [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://nemocniceprostejov.agel.cz/pracoviste/oddeleni/detske-oddeleni/informace-pro-rodice/nedoklubko.html>
10. *Předčasné narození miminka je velká zátěž. Tipy pro komunikaci rodičů.: Podporu najdete tady*. 2017[online]. Praha [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.babyweb.cz/predcasne-narozeni-miminka-velka-zatez-tipy-komunikaci-rodicu>
11. TVRZOVÁ, Ivana a RATIBORSKÝ, Jan. *Metoda klokánkování u předčasně narozených dětí na jednotce intenzivní péče*. Pro sestry [online]. Oddělení RES-JIP Praha, 2018(19), 59 [cit. 2020-04-07]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2018/01/13.pdf>
12. TYCOVÁ, Veronika. *Péče o nedonošeného novorozence*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Martin Matas.
13. URBANOVÁ, Michaela. *Péče o extrémně nezralého novorozence*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Dana Špidlenová.
14. ZLOCHOVÁ, Alexandra. *Intenzivní péče v neonatologii*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Kristina Janoušková.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1..... Informovaný souhlas
- Příloha č. 2..... Rešerše
- Příloha č. 3..... Časová osa péče o novorozence
- Příloha č. 4..... Pozorovací arch

PŘÍLOHA Č. 1 - INFORMOVANÝ SOUHLAS

PÉČE MATEK O PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO NOVOROZENCE

STUDENT

Kateřina Kaňáková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

kanakovaka@seznam.cz

VEDOUcí BP:

PhDr. Kristina Janoušková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

kjanousk@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, jak se vyvíjela péče matky o předčasně narozeného novorozence.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:..... Datum:

Podpis studenta:..... Datum:

PŘÍLOHA Č. 2 - REŠERŠE

Knižní zdroje

1. BLÁHOVÁ, Květa, FENCL, Filip a LEBL, Jan. *Pediatrická propedeutika*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2019. 246 s. ISBN 978-80-7492-442-2.
2. BURIANOVÁ, Iva. *Mimořádné situace ve výživě novorozenců a kojenců*. Konice: Gylden pro Nestlé Česko, 2010. ISBN 978-80-87290-01-9.
3. DOKOUPILOVÁ, Milena, FIŠÁRKOVÁ, Barbora a NOVOTNÁ, Lenka. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál, 2009. 315 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
4. DORT, Jiří, DORTOVÁ, Eva a JEHLIČKA, Petr. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. 116 s. ISBN 978-80-246-3936-9.
5. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a BOREK, Ivo. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-547-1.
6. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a KLIMOVIČ, Michal. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Vydání: druhé přepracované a rozšířené. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. 420 s. ISBN 978-80-7013-592-1.
7. JANÁČKOVÁ, Laura, DORT, Jiří a DORTOVÁ, Eva. *Máme doma miminko do dlaně: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí od propuštění z nemocnice do tří let*. V Brně: Grifart, 2016. 153 s. ISBN 978-80-906185-6-5.
8. JANÁČKOVÁ, Laura a KANTOR, Lumír. *Maličké miminko: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí*. Ilustroval Aleš ČUMA. V Brně: Grifart, 2015. 215 s. ISBN 978-80-906185-2-7.
9. KOUCKÝ, Michal a SMÍŠEK, Jan. *Spontánní předčasný porod*. Praha: Maxdorf, Jessenius. 2014. ISBN 978-80-7345-416-6.
10. MUNTAU, Ania. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4588-6.
11. PROCHÁZKA, Martin, PILKA, Radovan, BUBENÍKOVÁ, Štěpánka, et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.

12. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
13. SOBOTKOVÁ, Daniela a DITTRICHOVÁ, Jaroslava. *Narodilo se s problémy, a co bude dál?*. Praha: Triton, 2009. 107 s. ISBN 978-80-7387-141-3.
14. STRAŇÁK, Zbyněk a JANOTA, Jan. *Neonatologie. 2.*, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta, Aeskulap, 2015. 637 s. ISBN 978-80-204-3861-4.
15. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a ŠULOVÁ, Lenka ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.
16. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
17. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

Články

1. Bejstová, Lucie, Dort, Jiří, Dortová, Eva a Matas, Martin. *Význam kontinuity v péči o nedonošené a rizikové novorozence*. 2015. *Pediatric pro praxi*, Neonatologické oddělení, Fakultní nemocnice Plzeň. ISSN: 1213-0494
2. Jakšová, Kateřina a Sikorová, Lucie. *Role sestry v podpoře vztahů mezi rodiči a předčasně narozeným novorozencem v konceptu Family-Centered Care* (online). 2016. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, roč. 7. ISSN: 2336-3517
3. *Metoda klokánkování u předčasně narozených dětí na jednotce intenzivní péče*. 2018. *Pediatric pro praxi*. Ústav pro péči o matku a dítě, Oddělení RES-JIP, Praha. ISSN: 1213-0494
4. *Šance pro nedonošené děti jsou stále vyšší, i pro ty, které neváží ani kilo*. 2018. *Practicus: odborný časopis praktických lékařů*, roč. 17. ISSN: 1213-8711
5. Škrabková, Ľubomíra. *Chobotníčkový fenomén*. 2017. *Sestra: odborný mesačník pre ošetrovatel'stvo*, roč. 16. ISSN: 1335-9444.
6. Zádřapová, Mariana a Červenková, Danuška. *Křehká fyzioterapie předčasně narozených dětí*. 2018. *Klinika léčebné rehabilitace FN, Ostrava*. ISSN: 2464-6784
7. Žáčková, Lucie. *Nedoklubko-když se Vám narodí miminko dříve, než čekáte*. 2018. *Neonatologické listy*, roč. 24. ISSN: 1211-1600.

PŘÍLOHA Č. 3 – ČASOVÁ OSA PÉČE O NOVOROZENCE

