



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

**Spolupráce neonatologických sester a rodičů
nedonošených novorozenců
v perinatologických centrech ČR**

Vypracovala: Bc. Kateřina Medonosová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Diplomová práce se věnuje problematice předčasně narozených dětí. Zejména z důvodu asistované reprodukce a s ní spojených vícečetných těhotenství přibývá předčasných porodů. V neonatologii dochází v posledních letech k výraznému rozvoji. Z ošetrovatelského hlediska se jedná převážně o přístup k rodičům. A proto se tato diplomová práce zabývá hlavně spoluprací neonatologických sester pracujících v perinatologických centrech a rodičů zde hospitalizovaných nedonošených novorozenců.

Teoretická část popisuje obor neonatologie, včetně historie a etiky. Dále se zaměřuje na nedonošeného novorozence, jeho vývoj a potřeby. A v neposlední řadě uvádí nejnovější poznatky z ošetrovatelské péče v neonatologii jako je např. bonding, bazální stimulace, individuální vývojově zaměřená péče a zejména spolupráce a komunikace s rodiči nedonošených dětí.

Byly stanoveny následující 3 cíle práce: 1. Zmapovat úroveň spolupráce a podpory rodičů a jejich zapojování do péče o nedonošeného novorozence v perinatologických centrech ČR. 2. Zjistit priority a očekávání rodičů nedonošených hospitalizovaných dětí. 3. Zjištěnými výsledky přispět ke zlepšení vzájemného vztahu zdravotník - rodiče nedonošeného novorozence.

K dosažení výše uvedených cílů práce byla v empirické části použita metoda kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2013 do ledna 2014 v 11 z 12 perinatologických center ČR. Jedno centrum spolupráci odmítlo. Ke kvantitativnímu výzkumnému šetření byly stanoveny dvě hypotézy: H1. Dosažené vzdělání neonatologických sester zvyšuje úroveň vzájemné spolupráce s rodiči nedonošených dětí. H2. Délka praxe neonatologických sester zvyšuje úroveň vzájemné spolupráce s rodiči nedonošených dětí. Kvantitativní výzkum byl proveden v perinatologických centrech ČR metodou dotazníků pro zde pracující neonatologické sestry. Výzkumný soubor tvořil 181 sester. Pro výzkumné šetření byly položeny následující výzkumné otázky: 1. Co rodiče očekávají od hospitalizace svého

nedonošeného dítěte? 2. Jak probíhá spolupráce zdravotníků a rodičů novorozenců v perinatologických centrech ČR? 3. Jak zlepšit podporu rodiny nedonošených novorozenců a vzájemnou spolupráci se zdravotníky? Kvalitativní výzkum byl uskutečněn metodou dotazování za použití individuálního tematického polostrukturovaného rozhovoru s matkami nedonošených dětí. V každém perinatologickém centru byl proveden jeden rozhovor s náhodně vybranou matkou.

Z těchto rozhovorů byly zjištěny tři stěžejní závěry. Jsou to: potřeba plné informovanosti o stavu dítěte, potřeba kontaktu s dítětem a potřeba psychické opory rodičů. Z dotazníkového šetření bylo statistickými výpočty zjištěno, že se zvyšující se délkou praxe roste i úroveň spolupráce neonatologických sester a rodičů předčasně narozených dětí. Ale bylo také zjištěno, že vzdělání sester nemá na tuto spolupráci vliv. Dále z dotazníků vyplynulo, že jsou rodiče aktivně a plánovaně zapojováni do péče o jejich dítě. Tudíž se plně stávají součástí ošetřujícího týmu. Jsou přítomni u většiny prováděných výkonů a některé úkony mohou pod vedením sester vykonávat sami. Jsou zde však rozdíly mezi jednotlivými perinatologickými centry. Překvapivým výsledkem dotazníkového šetření bylo, že do péče o rodiče je pouze minimálně začleněna odborná psychologická pomoc. Toto potvrdily i tázané matky ve svých výpovědích. Dalším negativním zjištěním byl nedostatek soukromí a místa pro rodiče a nevhodné uspořádání oddělení JIRP.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty všem spolupracujícím perinatologickým centrům a mohou být použity ke zlepšení kvality vzájemné spolupráce mezi neonatologickými sestrami a rodiči nedonošených dětí.

Klíčová slova: neonatologie, nedonošený novorozenec, rodiče, spolupráce.

Abstract

This diploma thesis addresses the issue of prematurely born children. Mainly because of the boom of assisted reproduction which causes multiple pregnancy, the number of premature births grows. There is a great deal of progress in neonatology in past few years. From the nursing perspective this progress is reflected mainly in the attitude to parents. Because of this fact, this thesis focuses on the cooperation between neonatologic nurses in perinatal centers and the parents of the newborns.

The theoretical part describes neonatology, its history and ethics. Later on, it focuses on evolution and needs of a premature newborn. Finally, it sums up latest findings in neonatology nursing like bonding, basal stimulation, individual developmentally oriented care and cooperation and communication with parents of premature newborns.

There are 3 aims of this thesis: 1. To explore and describe the level of cooperation and support of the parents and their involvement in the care of the premature newborns in perinatal centers in the Czech Republic. 2. To find out which priorities and expectations of the parents of the premature newborns are. 3. To contribute with these results to the improvement of mutual relationship between a medic and a parent.

To achieve the aims described above, the methods of qualitative and quantitative research were used in the empirical part of this thesis. The survey was carried out in 11 out of 12 perinatal centers in the Czech Republic from November 2013 to January 2014. Only one perinatal center refused to cooperate. For the quantitative research, two hypotheses were defined: H1 The level of education of the neonatology nurses increases the level of mutual cooperation with parents of premature newborns. H2 The length of practice of the neonatology nurses increases the level of mutual cooperation with parents of premature newborns. The quantitative research was carried out in perinatal centers in the Czech Republic using questionnaires filled by total of 181 nurses who work there. The following questions were asked: 1. What do the parents expect from the hospitalization of their premature newborn? 2. How is cooperation between medics and parents in perinatal centres in the Czech Republic? 3. How to improve the support of

families with premature newborns and the cooperation with medics? The qualitative research was carried out by questioning the mothers of the premature newborns using individual thematic semi-standardized interview. One interview with randomly chosen mother was carried out in each perinatal center.

Three main conclusions were drawn. These are: the need for information about the baby's condition, the need for contact with the baby and the need for psychological support of the parents. The statistical outcome of the survey has shown that the longer the practice of the nurse the better cooperation with parents. On the contrary, the level of education has no influence on the level of cooperation. It was also observed that parents actively participate in their baby's care and thus become fully integrated into the healthcare team. They attend to the most of the medical operations and can practise some of the operations by themselves under the surveillance of a nurse. Some differences between perinatal centres have been observed. Surprisingly, there is only a minimal amount of professional psychological help for the parents. This has been confirmed by the interviewed mothers. Another negative outcome was a lack of privacy for the parents and improper arrangement of the ICU.

The results of the research will be provided to all perinatal centers in the Czech Republic that cooperated and can be used to improve the quality of cooperation between neonatologic nurses and parents of premature newborns.

Keywords: neonatology, premature newborn, parents, cooperation.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to - v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 19. 5. 2014

.....

Bc . Kateřina Medonosová

Poděkování

Velice děkuji paní doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D. za vynikající spolupráci, cenné rady, pomoc a podporu při vedení této diplomové práce. Dále děkuji za laskavost všem spolupracujícím sestřičkám a rodičům z perinatologických center ČR. Toto poděkování také patří paní Mgr. Olze Dvořáčkové za pomoc s vyhodnocením statistických dat a kolegovi Mgr. Janu Ratiborskému za přínosné konzultace při zpracování výzkumné části.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
ÚVOD.....	11
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 NEONATOLOGIE	13
1.1.1 Historie neonatologie	13
1.1.2 Diferencovaná péče o novorozence	15
1.1.3 Prostředí jednotky intenzivní a resuscitační péče.....	17
1.1.4 Etika v neonatologii	17
1.2 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC	19
1.2.1 Rozdělení novorozenců	19
1.2.2 Rizikové faktory a příčiny předčasného porodu	20
1.2.3 Známky nezralosti	21
1.2.4 Vývojová psychologie novorozeneckého období.....	22
1.2.5 Potřeby novorozence.....	23
1.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V NEONATOLOGII	25
1.3.1 Role sestry v neonatologii.....	25
1.3.2 Ošetrovatelské cíle	26
1.3.3 Individuální vývojově zaměřená péče o novorozence a program sledování, hodnocení	27
1.3.4 Bazální stimulace	28
1.4 RODINA	31
1.4.1 Vztah mezi novorozencem a rodiči	31
1.4.2 Komunikace s rodinou	32
1.4.3 Spolupráce s rodinou	34
1.4.4 Bonding	35
1.4.5 Úmrtí dítěte	36

2	VÝZKUMNÁ ČÁST	39
2.1	CÍLE PRÁCE	39
2.2	HYPOTÉZY.....	39
2.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
2.4	METODIKA	40
2.4.1	<i>Použitý metodický postup</i>	<i>40</i>
2.4.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	<i>41</i>
2.5	VÝSLEDKY VÝZKUMU	45
2.5.1	<i>Analýza dotazníků.....</i>	<i>45</i>
2.5.2	<i>Analýza rozhovorů s matkami</i>	<i>64</i>
2.5.3	<i>Shrnutí rozhovorů s matkami.....</i>	<i>72</i>
3	DISKUSE	77
	ZÁVĚR	86
	SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ	88
	PŘÍLOHY	96

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure (kontinuální pozitivní přetlak v dýchacích cestách)
ELBW	Extremely Low Birth Weight (novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností)
JIP	Jednotka intenzivní péče
JIRP	Jednotka intenzivní a resuscitační péče
LBW	Low Birth Weight (novorozenec s nízkou porodní hmotností)
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (individuálně vývojově zaměřená péči o novorozence a jejich sledování a hodnocení)
OSN	Organizace spojených národů
RDS	Respiratory Distress Syndrome (syndrom dechové tísně novorozence)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VLBW	Very Low Birth Weight (novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Ošetrovatelství je láska k lidu, moudrost a pomoc.

Plevová, 2011, s. 13

S výrazným rozvojem prenatální a neonatální intenzivní péče v posledních letech významně klesla mortalita předčasně narozených novorozenců. Naopak ale přibývá počet asistovaných reprodukcí a s ní spojených vícečetných těhotenství a předčasných porodů. V ČR se rodí ročně kolem 9 tisíc novorozenců s porodní hmotností pod 2500 gramů. ČR se řadí k zemím s nejnižší perinatální úmrtností na světě. Hlavním úkolem současné neonatologie je ale i snižování morbidity novorozenců, což vede ke zlepšení kvality jejich dalšího života. Toto se daří hlavně díky centralizaci velmi a extrémně nezralých novorozenců do perinatologických center se špičkovým přístrojovým vybavením a vysoce odborným personálem. Novým trendem v neonatologii je co možná největší účast rodičů na péči o jejich nedonošené dítě, což je velká změna oproti minulým letem. Častý kontakt s rodiči má zcela jistě velmi pozitivní vliv na vývoj nezralého novorozence. Rodičovská role je nezastupitelná.

A jelikož i my pracujeme na neonatologické JIRP v jednom z perinatologických center, vybraly jsme téma spolupráce s rodiči jako velmi aktuální, protože je zcela určité v této oblasti co zlepšovat. Zajímaly nás hlavně rozdíly ve spolupráci s rodiči v jednotlivých perinatologických centrech. A určité odlišnosti se nám potvrdily jak v kvantitativním, tak v kvalitativním výzkumném šetření. Cílem práce bylo zmapovat zejména úroveň spolupráce neonatologických sester s rodiči nedonošených novorozenců a jejich zapojování do péče o své dítě. Dále jsme chtěly také zjistit očekávání a priority těchto rodičů. Ke sběru dat jsme použily metodu polostrukturovaného dotazníku (příl. č. 1) a rozhovoru (příl. č. 2).

Přáním každého rodiče je narození zdravého potomka. Pokud se dítě narodí předčasně či nemocné, dochází k negativnímu narušení rodičovské role. Matky často cítí vinu. My zdravotníci dokážeme z velké části psychický stav rodičů svým chováním,

jednáním a komunikací velmi ovlivnit. Zejména ošetrovatelský personál hraje nezastupitelnou roli v pomoci rodičům v této těžké životní situaci. Jednou z priorit v podpoře rodičů je umožnění péče o jejich dítě. Veškerá péče by měla probíhat individualizovaně s ohledem na potřeby dítěte. Tak uvádí i Dunovský at al. (1999):
uspokojování potřeb novorozence, donošeného i nedonošeného, je základem péče poskytované kýmkoliv a kdekoliv.

1 SOUČASNÝ STAV

Neonatologie je certifikovaný obor základního oboru pediatrie, jehož obsahem je komplexní péče o všechny novorozence porozené za hranicí viability do 28. dne života (Česká neonatologická společnost, 2014).

1.1 NEONATOLOGIE

Neonatologie je medicínský obor, který se specializuje na novorozenecké období od poporodní adaptace fyziologických novorozenců, přes komplikace spojené s porodem, řešení vrozených vývojových vad až po péči o extrémně nezralé novorozence na hranici životaschopnosti (Tománková, 2006). Neonatologické ošetřovatelství je aplikovaný obor ošetřovatelství, jehož cílem je péče o fyziologické či patologické novorozence a jejich rodiče (Boledovičová at al., 2010). Neonatologie navazuje na gynekologicko - porodnickou perinatální péči a dohromady tvoří perinatologii (Huttová at al., 2001). Hlavním cílem perinatologie je rozvoj diferencované péče o těhotné ženy a novorozence tak, aby byla zajištěna vysoká kvalita populace. Prostředky vložené do perinatologického programu jsou zásadním vkladem pro příznivý fyzický i duševní vývoj dítěte a snižují náklady na zdravotní a sociální péči budoucích populací (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007). V současnosti stojí neonatologie před naléhavým úkolem - snížit nepříznivé důsledky působení perinatálních rizikových faktorů na zdravotní stav novorozenců po porodu i na kvalitu jejich dalšího života (Hradílková, Jungwirthová at al., 2010).

1.1.1 Historie neonatologie

Péče o novorozence vždy náležela k péči o rodičku a byla v rukou porodních bab. Tehdejší novorozenecká úmrtnost je dnes nepředstavitelná. Dětské lékařství se od vnitřního lékařství začalo oddělovat až v 18. století. Dětské nemocnice vznikaly

ve světě i u nás až od poloviny 19. století a s nimi i samostatný lékařský obor pediatrie. První oddělení specializované péče o předčasně narozené děti vzniklo v 90. letech 19. století ve Francii. Neonatologie jako samostatný obor byla v Evropě a USA budována od 60. let 20. století (Tománková, 2006). V roce 1945 v Čechách existovalo pouze jedno oddělení pro nedonošené při pražské dětské klinice. Novorozenecké jednotky intenzivní péče byly budovány od 80. let a v roce 1985 jich bylo 22 (Melichar, 1997). Přelomovou koncepci péče o novorozence vypracoval doc. Vladimír Kluska a v roce 1947 ji publikoval v Lékařských listech (Fendrychová, 2011). První inkubátory pro nedonošené děti byly vyrobeny koncem 19. století. Jednalo se o dvoustěnnou zinkovou vanu, kde v prostoru mezi stěnami protékala teplá voda. První uzavřený inkubátor byl představen v Paříži v roce 1880, čímž se výrazně snížila mortalita novorozenců s nízkou porodní hmotností. Aplikace kyslíku u cyanotického novorozence byla prvně použita v roce 1780, běžně se oxygenoterapie začala používat kolem roku 1920. První ventilátory pro novorozence byly adaptací modelů používaných u dospělých a začaly se používat roku 1971. První úspěšnou aplikaci surfaktantu k léčbě syndromu respirační tísně novorozence (RDS) provedl japonský lékař v roce 1980. Užívání pulzních oxymetrů bylo do praxe zavedeno roku 1987. Již v roce 1851 se objevují prvotní pokusy o výživu novorozenců gastrickou sondou, avšak do běžné praxe byla tato metoda zavedena až v roce 1884. O vytvoření plnohodnotné náhrady mateřského mléka se snažil frankfurtský chemik Henri Nestlé od roku 1843. Hodnocení novorozence na porodním sále dle Apgarové se začalo používat v roce 1952. Systém rooming-in byl zaváděn od roku 1976. Program Baby Friendly Hospital se vyvinul z iniciativy organizace UNICEF a WHO roku 1991 (Tománková, 2006). Po založení České neonatologické společnosti v roce 1990 byl vládou přijat perinatologický program a ustanoveno 12 perinatologických center (Fendrychová, 2011). Přestože je neonatologie již několik desítek let samostatným oborem, nelze péči o novorozence oddělovat od pediatrie či porodnictví a je nutná neustálá vzájemná spolupráce (Tománková, 2006).

1.1.2 *Diferencovaná péče o novorozence*

Systém diferencované péče o novorozence spočívá v poskytování odborné péče dle zdravotního stavu dítěte (Huttová at al., 2001). Procento novorozenců s porodní hmotností pod 1500 gramů, kteří se narodili v perinatologickém či intermediálním centru, je velmi vysoké a převyšuje 90% (příl. č. 3). To je příznivý ukazatel, který se výrazně podílí na kvalitě péče (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012).

Existují následující tři stupně péče o novorozence:

- **I. stupeň - základní** - péče o zdravé novorozence narozené po 36. týdnu těhotenství s porodní hmotností nad 2200 gramů. Může být poskytována i novorozencům s mírnými odchylkami poporodní adaptace s rychlou úpravou, kdy stav dítěte umožňuje ošetřování systémem roaming-in (Huttová at al., 2001).
- **II. stupeň - intermediární** - péče o novorozence narozené ve 32. - 35. gestačním týdnu s hmotností nad 1500 gramů a děti s patologiemi nevyžadujícími intenzivní péči. Také jsou zde hospitalizovány děti přeložené z jednotky intenzivní péče (Huttová at al., 2001). Intermediární péči poskytují kromě perinatologických center i pracoviště intermediární perinatální péče, ustanovená v roce 1997 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007).
- **III. stupeň - intenzivní a resuscitační** - péče je poskytována dvanácti regionálními perinatologickými centry statutárně ustanovenými Ministerstvem zdravotnictví ČR roku 1995 (příl. č. 4). Jsou zde centralizováni novorozenci s nejtěžšími patologickými stavy od 23. týdne těhotenství. Porodní sál musí být koncipován jako jednotka intenzivní porodnické péče (Hájek, 2004). Intenzivní a resuscitační neonatologická péče zahrnuje intenzivní monitorování, obnovení a podporu vitálních funkcí či udržování stálosti vnitřního prostředí. Na těchto

vysoce specializovaných odděleních by měla být nepřetržitá dostupnost speciálních a konziliárních vyšetření, optimální přístrojové vybavení a zdravotnická technika umožňující vedení kompletní resuscitační a dlouhodobé intenzivní péče na požadované úrovni a dostatek erudovaného personálu (Huttová at al., 2001). Na neonatologickém pracovišti III. stupně by měla sestra pečovat o jednoho až dva stabilizované pacienty a o nestabilizovaného pacienta v kritickém stavu by měly pečovat dvě sestry (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007). Náplň práce perinatologických center je léčebně - preventivní péče o matku a dítě, edukační, pedagogická a vědecko - výzkumná činnost (Huttová at al., 2001). Za dolní kapacitní hranici centra se považuje péče o nejméně 40 novorozenců s porodní hmotností pod 1500 gramů za rok. Perinatologické centrum také realizuje analýzu a hodnocení kvality poskytované péče jak v centru, tak ve spádové oblasti regionu. Indikátory kvality perinatální péče jsou: mateřská mortalita, perinatální mortalita, perinatální morbidita - mateřská i infantilní a organizace perinatální péče. Sběr dat probíhá celostátně ve všech porodnicích ČR a výsledky jsou předávány odboru zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví ČR a Ústavu zdravotnických informací a statistiky (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007). Díky těmto ukazatelům se dlouhodobě srovnává současný stav a vývojové trendy mezi jednotlivými pracovišti nejen v ČR. Na základě analýzy těchto výsledků jsou každoročně stanoveny priority neonatologie a její rezervy. Aktuální priority se týkají především snižování závažných postižení a pozdní morbidity extrémně nezralých novorozenců. Evropská asociace perinatální medicíny sleduje incidenci dětské mozkové obrny, retinopatie nezralých, kortikální slepoty, senzorineurální hluchoty, epilepsie, těžké vrozené luxace kyčelního kloubu, těžké retardace vývoje a růstu (Fendrychová, Borek at al., 2012). Součástí perinatologického centra by mělo být i ambulantní centrum poskytující následnou komplexní péči o ohrožené a poškozené děti, ale také psychologické, sociální a speciálně pedagogické poradenství (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007). Nedílnou součástí regionálního systému diferencované péče o novorozence je transportní služba.

Slouží k realizaci transportu in utero a k okamžitému převozu novorozenců s akutně vzniklými patologickými stavy (Česká gynekologická a porodnická společnost, 2013).

1.1.3 Prostředí jednotky intenzivní a resuscitační péče

Reakce rodičů, když poprvé spatří své nedonošené dítě, jsou různé a někdy až odmítavé (Svobodová, 2001). I předem připravení a informovaní rodiče při návštěvě svého dítěte na jednotce intenzivní a resuscitační péče (JIRP) pocítují zděšení, zármutek a šok. Prostředí novorozenecké JIRP popisují rodiče jako zcela cizí, neznámé, stresující, děsící, hlučné a bez soukromí. Necítí se zde dobře, často se zde necítí být ani rodiči, a proto je velmi těžké si zde vytvářet vztah ke svému, tak zranitelnému dítěti (Fendrychová, Borek at al., 2012). Vlídité prostředí JIRP (teplo, ticho, šero, šetrná manipulace a empatická péče, minimalizace invazivních výkonů, sjednocení výkonů) ovlivňuje vývoj mozku a zlepšuje adaptaci novorozenců (Dort at al., 2011).

1.1.4 Etika v neonatologii

Objektem práce sestry je člověk, a proto má v její práci velký význam dodržování žádoucích forem jednání s lidmi (Haškovcová, 1994). Dobrá péče o lidi by měla být založena na základních vlastnostech jako jsou znalosti a dovednosti, trpělivost, víra, poctivost, skromnost, naděje a odvaha (Goldmann, Cichá, 2004).

Etika v neonatologii vymezuje morální pravidla týkající se práv dítěte a jeho rodičů a povinnosti zdravotnického personálu (Ščibrányiová, 1996). Rychlý rozvoj intenzivní péče v neonatologii výrazně snížil novorozeneckou úmrtnost. Na straně druhé, i se všemi diagnostickými a terapeutickými postupy, zůstává určitý počet primárně těžce postižených dětí (příl. č. 5). Nejčastěji se jedná o poruchy neuromotorických funkcí (dětská mozková obrna), mentální retardaci a poškození zraku či sluchu (Zoban, 2012).

Jde o velice citlivou tematiku s mnoha otazníky. Jaká je míra právní odpovědnosti lékařů, sester, rodičů a obecně všech, kteří rozhodují o poskytování či neposkytování intenzivní péče? Je nutné zahajovat vysoce specializovanou péči u těžce poškozených novorozenců? Jak je možné ukončit péči v beznadějných případech? Jak dodržet právo na plnohodnotný život (Borek at al., 2001)?

Zákon č. 372/2011 Sb. uvádí: „Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů.“

Novorozenec je úplně bezbranný a odkázaný na cizí pomoc. Je to člověk trpící bolestí a fyzickým či psychickým utrpením. Je naprosto autonomní a má veškerá lidská práva. Nejdiskutovanějším etickým problémem neonatologie je právo na život. O tom, že čeští neonatologové toto právo uznávají, svědčí skutečnost, že se snižuje perinatální úmrtnost a zvyšuje počet novorozenců s porodní hmotností pod 1000 gramů (Kantor, 2004). Dle údajů ÚZIS ČR za rok 2012 byla perinatální úmrtnost 3,48 ‰. Novorozenecká úmrtnost se samozřejmě zvyšuje s klesajícím gestačním týdnem a porodní hmotností (příl. č. 6). Cílem neonatologie není jen přežití pacienta, ale i kvalita dalšího života (Liška, 1995). Odborný tým lékařů a sester ve spolupráci s rodiči musí vždy postupovat společně a opakovaně zjišťovat, co je v nejlepším zájmu dítěte (Macko, 2010a). Lékař je povinen postupovat „lege artis“, a proto se ke každému dítěti přistupuje s plnou odpovědností. Na otázku neposkytnutí či ukončení intenzivní péče zatím neexistuje jednotné a závazné schéma. Dle současného zákona je za dítě ohrožené na zdraví či životě odpovědný lékař (Kantor, 2004). Konečné rozhodnutí vždy náleží lékaři, není možné pocit viny ponechat na rodičích. Při rozhodování bývá zvažována hlavně kvalita budoucího života (Liška, 1995). Jde o jeden z nejzodpovědnějších úkolů neonatologie. Rodiče mají právo být při umírání svého dítěte. Důstojné prostředí a maximální zmírnění utrpení umírajícího je základním požadavkem (Kantor, 2004).

1.2 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC

Nedonošený novorozenec je novorozenec narozený před ukončeným 38. gestačním týdnem s hmotností pod 2500 gramů. Důležitější je však především posuzovat gestační věk, než porodní hmotnost dítěte, což vyjadřuje stupeň zralosti a funkčnosti jednotlivých tělesných orgánů (Fendrychová, Borek at al., 2012). Zaban (2012, s. 203) uvádí: „V ČR se ročně živě narodí přes 7% nedonošených novorozenců. Podobně je tomu i v ostatních zemích středoevropského regionu.“ Dle statistických dat ÚZIS ČR (2013) se za posledních 8 let frekvence prematurity výrazně nemění (příl. č. 7). V roce 2012 se předčasně narodilo 8956 novorozenců.

1.2.1 Rozdělení novorozenců

Fendrychová, Borek at al. (2012) dělí novorozence následovně:

- Dle gestačního věku:
 - Donošený** - mezi 38. a 42. týdnem těhotenství
 - Nedonošený** - před dokončeným 38. týdnem těhotenství
 - Přenášený** - po dokončeném 42. týdnu těhotenství
- Dle zralosti a porodní hmotnosti:
 - Fyziologický** - nad 38. týden gestace, s porodní hmotností 2500 - 4500 gramů
 - Lehce nezralý** - do 38. týdne gestace, zpravidla s nízkou porodní hmotností
2000 - 2499 gramů (LBW - Low Birth Weight)
 - Středně nezralý** - do 34. týdne gestace, zpravidla s nízkou porodní hmotností
1500 - 1999 gramů (LBW - Low Birth Weight)
 - Velmi nezralý** - do 32. týdne gestace, zpravidla s velmi nízkou porodní hmotností 1000 - 1499 gramů (VLBW - Very Low Birth Weight)

Extrémně nezralý - do 28. týdne gestace, zpravidla s extrémně nízkou porodní hmotností do 999 gramů (ELBW - Extremely Low Birth Weight)

- Dle vztahu porodní hmotnost/gestační věk:

Eutrofický - porodní hmotnost odpovídá gestacímu věku (5. - 95. percentil)

Hypotrofický - porodní hmotnost nižší než odpovídající gestací věk
(pod 5. percentil)

Hypertrofický - porodní hmotnost vyšší než odpovídající gestací věk
(nad 95. percentil)

1.2.2 Rizikové faktory a příčiny předčasného porodu

Rizikové faktory a příčiny předčasného porodu mohou být ze strany matky, placenty či dítěte (Borek at al., 2001; Huttová at al., 2001; Fendrychová, 2002).

- **ze strany matky** - závažné systémové choroby, gynekologické infekce a infekce močových cest, chronická onemocnění, insuficience cervixu, gestóza, nesprávná výživa, hypertenze, podvýživa, nedostatečná zdravotní péče, špatná socioekonomická situace, abus (kouření, drogy, alkohol), nedostatečná prenatální péče, věk nad 35 let, těžká fyzická nebo psychická práce, primipara, drobná postava, spontánní potraty, předchozí předčasný porod, asistovaná reprodukce
- **ze strany placenty** - poruchy placenty, předčasné odlučování, infekce, malá placenta, nesprávné uložení, předčasný odtok plodové vody
- **ze strany dítěte** - vícečetné těhotenství, vrozené vývojové vady, chromozomální aberace, infekce plodu

1.2.3 Znamky nezralosti

Nezralost novorozence se projevuje následujícími morfologickými a funkčními známkami (Volf, Volfová, 2000; Zaban, 2012).

- **morfologické** - tenká, sytě červená, lesklá kůže s lanugem bez mázku, nehty nedosahují konečkům prstů, měkké ušní boltce, protažený tvar lebky, rosolovitý pupečník s úponem blíže k symfýze, chybí podkožní tuk, hypotonické svalstvo, obličejová část hlavy podstatně menší než mozková, měkké lebeční kosti, malé prsní bradavky bez hmatné tkáně prsní žlázy, nesestouplá varlata, velké stydké pysky nepřekrývají malé, chybí kožní rýhování na dlaních a ploskách nohou, predilekční držení hlavy na stranu, slabý pláč
- **funkční** - nezralost jednotlivých orgánů a tělesných systémů, nejčastěji: syndrom respirační tísně, apnoe, bronchopulmonální dysplázie, poruchy srdeční akce, hypotenze, přetrvávající otevřená tepenná dučej, otoky, intolerance potravy (rezidua, vzedmuté břicho, zvracení), novorozenecká žloutenka, rozvrat vnitřního prostředí, poruchy imunity - sklon k infekcím, nekrotická enterokolitida, poškození CNS (intrakraniální krvácení, periventrikulární leukomalácie), tříselné kýly, anémie, krvácivé projevy, nezralost reflexů, termolabilita, metabolické problémy, retinopatie, nezralost ledvin

Fendrychová, Borek at al. (2012, s. 23) uvádějí, že: „*Nejpřesněji se dá gestační věk odhadnout kombinací fyzikálního a neurologického vyšetření např. podle Ballarda, kde se hodnotí 6 znaků somatické zralosti a 6 znaků neurologického vývoje.*“ (příl. č. 8).

1.2.4 Vývojová psychologie novorozeneckého období

Novorozence je třeba brát jako organismus schopný poznání, o které právě v oblasti psychologie jde, ve snaze poznat pravidla utváření života i principy jeho rozvoje (Mellier, 2000). Britský profesor B. T. Brazelton formuloval novorozenecký vývojový model, kde za zásadní úkol novorozence považuje dosažení kontroly nad určitými systémy. První systém fyziologických funkcí je autonomní (dýchání, krevní oběh, trávení, termoregulace). Druhý systém je motorický (držení těla, koordinace pohybů, svalový tonus). U novorozence je velmi křehký. Třetí systém zahrnuje úroveň vědomí a jeho regulaci. A ve čtvrtém systému se jedná o stabilizaci bdělého stavu a pozornosti, která tvoří základ pro vnímání podnětů a rozvoj interakce personální i předmětné (Brazelton, Nugent, 1995). Novorozenecké období je vymezeno prvními čtyřmi týdny života člověka. Těsně po porodu je chování dítěte i matky regulováno instinktivně a vytváří se vzájemný pevný vztah, který by měl být podporován časným kožním i očním kontaktem a kojením (Vymětal, 2003). Nejdůležitější je tzv. primární vazba, neboli silné emoční pouto (attachment), kterým je lidský jedinec vázán k blízkým osobám jeho života. Studie prokázaly, že pevné připoutání pozitivně působí na emoční, sociální a kognitivní oblasti dítěte (Dunovský at al., 1999). Velmi důležitá je také neustálá interakce mezi novorozencem a rodiči, protože projevy dítěte vyvolávají a rozvíjejí rodičovské chování (Vymětal, 2003). Dalším zásadním bodem v novorozeneckém období je ze strany rodičů i dítěte vzájemné poznávání se a komunikace (Plevová, Slowik, 2010). Rodiče se musí postupně naučit porozumět, co se jim jejich dítě snaží svým chováním sdělit (Leifer, 2004). Z dlouhodobého výzkumu pod vedením prof. Matějčka vychází závěr, že žena by měla prožívat těhotenství jen v případě, že je na těhotenství připravena a dítě skutečně chce. Negativní psychické vyladění matky je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro prenatální i postnatální vývoj dítěte (Šulová, 2004). Vývoj chování dětí raného věku souvisí hlavně s interakčním chováním mezi matkou a dítětem. Analýza psychosociálního prostředí rodiny je proto důležitá pro účinnou komplexní péči o zdravý vývoj dítěte (Dittrichová at al., 2004).

1.2.5 *Potřeby novorozence*

Novorozenecké období začíná porodem a z psychologického hlediska končí první aktivní vědomou reakcí dítěte na své sociální prostředí - úsměvem. Je to období adaptace na zcela odlišné mimoděložní prostředí, což umožňují zejména základní vrozené reflexy (např. pátrací, sací, polykací, vyměšovací, kašlací). Novorozenec je závislý na péči ostatních a nejvýznamnějším objektem je pro něj matka (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011). Dunovský at al. (1999) shodně s J. A. Komenským uvádí úvodní potřebu dobře se narodit jako dítě zdravé, chtěné a vítané se všemi předpoklady pro správný vývoj. Okamžitou potřebou novorozence po narození je potřeba dýchání a tepla. Poté se přidávají další biologické potřeby - potřeba nasycení a výživy, potřeba tekutin a elektrolytů, potřeba vyprazdňování, potřeba odpočinku a spánku, potřeba pohybové aktivity a potřeba růstu a vývoje. K hlavním psychosociálním potřebám novorozence patří: potřeba pocitu jistoty a bezpečí, potřeba ochrany zdraví, potřeba ochrany před bolestí, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba míru, klidu a potřeba vyhnout se ohrožení (Sikorová, 2011). Uspokojování potřeb novorozence patří k základním a nejdůležitějším požadavkům péče poskytované kýmkoliv a kdekoliv. Míra neuspokojení základních potřeb bývá i mírou narušení celkového stavu a vývoje dítěte (Dunovský at al., 1999).

Nedonošení novorozenci mají odlišné potřeby než děti donošené. K zásadním negativním faktorům hospitalizace na jednotce intenzivní péče patří: pobyt v inkubátoru, invazivní výkony, trvalý hluk, působení umělého světla a chybění přirozeného střídání dne a noci. Nedonošené dítě má silnější potřebu bezpečí a jistoty, protože inkubátor tvoří bariéru v navázání vztahu mezi dítětem a rodiči. Důležitý je co nejčastější kontakt s matkou a klokánkování. Pocit bezpečí a jistoty v inkubátoru by měl být zajištěn polštáři a vytvářením „hnízda“, aby se dítě neztrácelo ve volném prostoru (Sikorová, 2011). Časté polohování novorozence je důležité pro jeho komfort, funkci plic, ale i jako prevence otlaků nezralé kůže (Leifer, 2004). Nedonošení novorozenci bývají méně aktivní a tráví více času lehkým spánkem a ospalostí. Hluboký

spánek bývá problémový. U dětí krmených žaludeční sondou by měl být stimulován sací reflex (Sikorová, 2011).

1.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V NEONATOLOGII

**Ošetrovatelská péče o právě narozené dítě musí být
kvalifikovaná, pečlivá a šetrná.**

Šamánková, 2006, s. 301

1.3.1 Role sestry v neonatologii

Bártlová (2005, s. 135) uvádí: „*Poznání vlastní role je u sestry nadmíru důležité, protože jen její dokonalé osvojení (internalizace role) může vyloučit na jedné straně rigorózní vázání se na pravidla a na druhé straně nedomyšlené a lehkomyšlné porušování pravidel.*“

Na péči o nedonošeného novorozence se podílí, mimo dalších profesionálů, zejména dětské sestry, resp. všeobecné sestry se specializací „dětská sestra“. V současnosti jsou dětské sestry vzdělávány formou specializačního studia modulovým způsobem nebo na některých univerzitách v rámci navazujících magisterských oborů. Dětská sestra je zapojena do všech aspektů péče o dítě a jeho rodinu. Nezbytným základem pro kvalitní ošetrovatelskou péči je vytvoření smysluplného vztahu sestra - dítě/rodina. Jedním z hlavních zájmů dětské sestry je blaho dítěte i rodiny a uspokojování jejich potřeb. Otevřená komunikace a současně profesionální odstup umožňuje sestře včasný záchyt deficitních potřeb dítěte a rodiny. Jako kvalitní ošetrovatelskou péči hodnotí rodiče péči sestrami, které pozitivně oceňují přítomnost a pomoc rodičů, zapojují rodiče do péče, jsou citlivé, komunikují, mají zájem o blaho dítěte a vykonávají individualizovanou ošetrovatelskou péči (Sikorová, 2011). Individuální by měl být i přístup k rodičům. Sestra musí respektovat jedinečnost každé osobnosti (Borek at al., 2001). Sestry na neonatologické JIRP vykonávají také neocenitelnou službu rodičům, která by se dala nazvat podpůrnou psychoterapií. Projevovat zájem nejen o dítě, ale i rodiče a podporovat je v jejich nové rodičovské roli s tak ztíženými startovními podmínkami, se bohatě vyplatí všem, nejen dítěti a jeho rodičům, ale i zpětně zdravotnickému personálu (Sobotková at al., 2003). Rodiče očekávají, že sestry ví, jak jim je a jak se

cítí, a že jim pomohou toto náročné období překonat (Fendrychová, Borek at al., 2012). Mnoho matek nedonošených dětí však popisuje pocity provinění, že neumějí se svým dítětem zacházet tak perfektně a bezpečně jako neonatologické sestry. Ty naprosto nevědomě svým profesionálním chováním vyvolávají v matkách pocity viny a komplexy ze ztráty kontroly nad svým dítětem. Proto je velice důležité matky do péče co nejvíce zapojovat již od začátku (Mrowetz at al., 2011). Dle výzkumu Páleníkové a Bužgové (2009) není někdy spolupráce s rodiči úplně jednoduchá. Jako negativní aspekty vidí sestry zejména přítomnost rodičů při diagnostických a léčebných výkonech a nedodržování režimových opatření ze strany rodičů. Sestra jako „poradce na všechno“ není určitě výjimkou.

K hlavním úkolům dětské sestry patří zejména: působení v oblasti prevence onemocnění, zdravotní výchovy a poradenství, spolupráce s dalšími profesionály, etické chování a rozhodování, plánování a realizace ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu (Sikorová, 2011). V prostředí sofistikovaných invazivních technologií na neonatologických jednotkách význam a kvalita ošetrovatelské péče v dnešní době velmi narůstá. Příprava na výkon povolání na neonatologickém oddělení je náročná a dlouhodobá (Dort at al., 2011). Očekává se, že sestra v dnešní době zvládá náročnou odbornou činnost na specializovaných pracovištích, práci s moderní technikou, administrativní práce a snese fyzickou i psychickou zátěž svého povolání (příl. č. 9). Všechny tyto požadavky jsou velmi náročné na osobnost člověka, profesní přípravu, styl práce, způsob života a duševní stabilitu (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011).

1.3.2 Ošetrovatelské cíle

Na úseku patologických novorozenců poskytuje sestra vysoce specializovanou péči v oblasti diagnostiky, léčby a ošetrování novorozenců s nejrůznějšími odchylkami a stupni ohrožení (Boledovičová at al., 2010). Fendrychová, Borek at al. (2012, s. 29) uvádějí tyto hlavní ošetrovatelské cíle v péči o nedonošené a nezralé novorozence: podpora dýchání, zachování tělesného tepla, šetření energie dítěte, prevence infekce,

vhodná výživa a hydratace, správná péče o kůži, pečlivé sledování novorozence a dokumentace, pozorování, podpora a povzbuzení rodičů.

1.3.3 Individuální vývojově zaměřená péče o novorozence a program sledování, hodnocení

Tato individuálně vývojově zaměřená péče o novorozence a jejich sledování a hodnocení (NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) má svůj počátek v 80. letech minulého století v Bostonu, kde ho založil psycholog a psychiatr Dr. Heidelise. Metoda je založena na poznání maturace, vývoje mozku in utero a inaktivní teorii vývoje (Macko, 2010b). Autoři tuto péči nazývají také „péčí o mozek“, která má chránit vyvíjející se centrální nervový systém nedonošeného novorozence (Dittrichová at al., 2004). Na základě pozorování a hodnocení se přizpůsobuje a individualizuje péče o novorozence, ale také jeho prostředí a okolí (inkubátor a jednotka intenzivní péče). Hlavními složkami sledování stavu a chování dítěte jsou autonomní systém, motorika, postavení, autoregulace a pozornost. Dále se hodnotí známky stability a nestability v chování novorozence (příl. č. 10). Na základě tohoto pozorování a vyhodnocení se sestavuje individuální vývojový plán, který respektuje individualitu dítěte a jeho potřeb (Macko, 2010b). Macko (2010c) uvádí, že dokonce i velmi nezralý novorozenec dokáže svým chováním vydávat velmi spolehlivé a validní signály o svých požadavcích a potřebách. Tento proces je však časově velmi náročný, a prakticky jej nelze realizovat, pokud má sestra na starosti více než jedno dítě. NIDCAP proto musí být založen na úzké a aktivní spolupráci s rodiči, kteří se svým dítětem tráví maximum času. Používání této metody vyžaduje speciální zaškolení kvalifikovaného a nadšeného personálu, inteligentní rodiče, mnoho času a financí. A to jsou hlavní důvody proč je NIDCAP pracovišť ve světě relativně málo (Macko, 2010b). Avšak popsany individualizovaný způsob péče je velmi slibnou cestou, která by měla v budoucnu vést ke snižování morbidit nedonošených dětí (Kleberg at al., 2002).

1.3.4 Bazální stimulace

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Díky smyslům, které mají nenahraditelný význam, můžeme vnímat, pohybovat se a komunikovat. Tyto prvky konceptu bazální stimulace se vzájemně ovlivňují. Cílenou stimulací smyslových orgánů dochází k podpoře těchto tří oblastí a aktivaci mozkových činností. Lidský mozek má schopnost v paměťových drahách uchovávat své životní návyky a vzpomínky. Kontinuální stimulace smyslových orgánů dle konceptu bazální stimulace také umožňuje vznik nových spojení dendritů v mozku. Autorem konceptu bazální stimulace je speciální pedagog prof. Andreas Fröhlich. Koncept vypracoval během pětiletého vědeckého výzkumu v rámci doktorského studia. Do ošetrovateľské péče přenesla koncept bazální stimulace v 80. letech 20. století zdravotní sestra prof. Christel Bienstein. Je používán zejména v oblasti intenzivní medicíny, neonatologie, geriatrie a psychiatrie, ale lze jej aplikovat ve všech oborech a velmi dobře integrovat do každodenní ošetrovateľské péče (Friedlová, 2007).

Prvky bazální stimulace (Friedlová, 2007):

- **somatická stimulace** - vjemy z povrchu těla, somatická stimulace zklidňující, povzbuzující a rozvíjející, neurofyzilogická stimulace, symetrická stimulace, diametrální stimulace, polohování hnízdo a mumie, kontaktní dýchání, masáž stimulující dýchání
- **vestibulární stimulace** - podpora rovnovážného ústrojí
- **vibrační stimulace** - stimulace kožních receptorů pro vnímání vibrací a receptorů hluboké citlivosti
- **optická stimulace** - zrakové vjemy
- **auditivní stimulace** - sluchové vjemy
- **orální stimulace** - vjemy pomocí dutiny ústní
- **olfaktorická stimulace** - čichové vjemy

- **taktilně - haptická stimulace** - vjemy pomocí mechanoreceptorů kůže

Praktické postupy bazální stimulace aplikované v neonatologii navazují na rozvoj vnímání u plodu během intrauterinního vývoje. Základní ideou konceptu je, že se každému novorozenci musí dostávat takových stimulů, jakých se mu dostávalo v děloze při každém pohybu matky. U předčasně narozených dětí bazální stimulace kompenzuje chybějící somatické a vestibulární stimuly z dělohy a podporuje psychomotorický vývoj a vrozené reflexy novorozence trvalým přísunem podnětů (Ferdusová, 2008). Provádí se individuálně dle potřeb a stavu každého jedince. Důležitá je také aktivní integrace nejbližších osob do péče o pacienta a jejich edukace v technikách bazální stimulace (Fridrichová, 2008). Při manipulaci s novorozencem v inkubátoru je velmi důležitý iniciální dotek, nejlépe na hlavě dítěte. Dále do somatické stimulace patří masáže stimulující dýchání, baby masáže a koupele. Další technikou bazální stimulace je polohování do prostorově ohraničených „hnízd“ a klokánkování (příl. č. 11). Při ošetřování by měla sestra či matka s dítětem komunikovat a tím provádět auditivní stimulaci. Orální stimulace pomocí savičky či čtverce s mateřským mlékem podporuje sací a polykací reflex. Olfaktorické vjemy lze poskytnout při klokánkování nebo vložením oblečení matky do inkubátoru (Friedlová, 2012). Dalším důležitým prvkem bazální stimulace je uzpůsobení vnějšího prostředí tak, aby se dítě cítilo jako v matčině břiše (klid, teplo, tma, poloha klubičko). Při každé manipulaci s novorozencem je nutné sledovat jeho reakce. Ke kladným projevům vnímání stimulů patří zklidnění, uvolnění svalového tonu a úprava fyziologických funkcí. Naopak diskomfort dítě projevuje pláčem, změnami fyziologických funkcí (poklesy saturace kyslíku, tachykardie, tachypnoe, apnoické pauzy, zvýšení krevního tlaku), třesem, zatnutím pěstí, extenzí končetin či změněným výrazem ve tváři. Veškeré signály musí sestra citlivě vnímat, umět rozpoznat a naučit to i rodiče. Bazální stimulace u předčasně narozených dětí je zcela jistě vhodnou součástí individuální komplexní a efektivní zdravotnické péče (Friedlová et al., 2008).

Jedním z prvků bazální stimulace je klokánkování (Kangaroo Care) využívající kontakt kůže na kůži mezi rodiči a novorozencem. Jde o dostupnou a přirozenou

metodu časného kontaktu, při které se dítě přikládá břichem na hrudník rodiče (Magurová, Bodíková, 2009). Původ klokánkování spadá do roku 1978, kdy se američtí lékaři inspirovali v přírodě u klokanů. Klokání mládě chované ve vaku na břiše matky je chráněné, zahříváné a krmené podle svých potřeb. Zavedení této jednoduché metody do praxe výrazně snížilo mortalitu a morbiditu u předčasně narozených dětí. Ke klokánkování jsou indikováni stabilizovaní novorozenci všech váhových kategorií. Z praktických zkušeností i nejrůznějších výzkumů vyplývá, že klokánkování má mnoha výhod pro dítě i rodiče (Fridrichová at al., 2008). Ideálně by však mělo trvat minimálně dvě hodiny a i déle, dle tolerance dítětem (Sikorová, Suszková, 2011). Mezi hlavní pozitiva patří zejména upevňování pouta mezi rodiči a novorozencem, příznivé ovlivnění poporodní adaptace a rychlejší stabilizace (méně apnoických pauz a bradykardií, zvýšení saturace kyslíkem), podpora imunity novorozence, teplotní stabilita, synchronizace spánku nebo stimulace tvorby mateřského mléka. Klokání péče se stala každodenní součástí moderní neonatologie (Marek, 2002).

Další metodou bazální stimulace jsou motýlí masáže, což jsou velmi jemné a lehké dotyky, které napomáhají uvolňovat hlubší napětí novorozenců po prožitém traumatu. Po těžkém či předčasném porodu mají děti vysokou hladinu stresového hormonu kortizolu. Mnohé studie na neonatologických pracovištích potvrdily příznivý efekt masáží a daly této jemné terapii biochemický základ. Masáže redukuje vylučování stresového hormonu a tím snižují pocity strachu a úzkosti. Pozitivně působí i na mnoho dalších tělesných systémů, např. stimulují proudění lymfy, čímž se posilňuje imunitní systém nebo podporují srdeční činnost, dýchání či stabilizují krevní tlak. Masáže také uvolňují hormony inzulin, adrenalin a endorfiny. Výzkumy dále ukázaly, že matka je jediná, kdo může snížit stres předčasně narozeného dítěte. Nejen samotná masáž a dotyky, ale i vědomí, že je matka přítomna, dítěti pomáhají. Vzniká mnohem intenzivnější a kvalitnější vztah důvěry. Matka jemným hlazením svého dítěte získává sebedůvěru a podporuje pocit bezpečí a jistoty novorozence. U mnohých předčasně narozených se tímto způsobem daří zmírňovat nepříznivé následky nezralosti. Důležitá je však podpora rodičů od neonatologických sester (Dokoupilová at al., 2009).

1.4 RODINA

Člověk nežije uzavřeně a jen pro sebe, nýbrž je neustále v interakci s okolím. Je členem lidského společenství, jehož subjektivně nejvýznamnější součástí je rodina. Hlavním úkolem rodiny je přivést na svět potomstvo a postarat se o ně. Kromě reprodukční funkce má rodina funkci ekonomicko - zabezpečovací, socializačně - výchovnou a citově - intimní. Jedním ze základních znaků rodiny je vzájemná propojenost a komunikačně - interakční ovlivňování všech členů. Rodina poskytuje domov a dětem dává osobnostní základ pro celý další život (Vymětal, 2003). Má nezastupitelný význam a určuje sociální status dítěte. Prostřednictvím rodiny si dítě uvědomuje své místo a roli ve společnosti (Velemínský at al., 2009).

1.4.1 *Vztah mezi novorozencem a rodiči*

Děti jsou bytosti výrazně sociální již od rané fáze vývoje. Ze strany dítěte se projevuje silná potřeba být co nejbližší matce. Ze strany matky existuje rodičovský talent umožňující intuitivně řešit vzájemnou interakci s dítětem již od prvních hodin po narození. Zásadní je citlivost matky k potřebám dítěte (Dunovský at al., 1999). Porodní asistentky a dětské sestry musí tento vztah maximálně podporovat, aby se rodiče plně ujali své role (Leifer, 2004). Výzkumy s použitím moderní techniky dokazují, že jedinec získává schopnost sociální interakce již v prenatálním období (Plevová, Slowik, 2010). K vytváření vazby k dítěti ze strany rodičů dochází také již v těhotenství např. při ultrazvukovém vyšetření či při pohybech dítěte (Leifer, 2004). Za velmi důležité se považuje vztah rodičů ke graviditě a ještě nenarozenému dítěti (Plevová, Slowik, 2010). Z literárních údajů dále vyplývá, že naopak nebezpečné pro optimální vývoj vztahu matka - dítě je hlavně depresivní ladění matky (Dittrichová at al., 2004). Dobrá psychická pohoda rodičů je tedy pro zdravý vývoj dítěte velmi důležitá. Proto je nutné věnovat péči nejen dítěti, ale i jeho rodičům (Sobotková at al., 2003). U novorozenců umístěných na jednotce intenzivní péče je problém separace od matky, která nemůže své dítě poznávat a je ohrožena její schopnost stát se mu

dobrou matkou. Separace může vést i k emocionálnímu, psychickému a vývojovému opoždění dítěte. Zajištění co nejčastějšího vzájemného kontaktu je důležitou metodou prevence citových problémů (Fendrychová, Borek at al., 2012). Za zmínku jistě stojí i nelehká situace otců nedonošených dětí, kteří se občas s těžkou psychickou zátěží nevyrovnejí, ztrácejí trpělivost a zájem o dítě a s partnerkou se rozcházejí (Svobodová, 2001).

Vymětal (2003) rozděluje typy vazeb mezi matkou a dítětem takto:

- **vazba bezpečně - jistá:** Pro dítě optimální start do života. Matka je klidná, vyrovnaná, empatická a poskytuje dítěti bezpečí a jistotu. Děti těchto matek bývají většinou vnitřně stabilní a sociabilní.
- **vazba nejistá - ambivalentní:** Péče těchto matek kolísá (zaujetí - nezájem), což hlavně souvisí se spokojeností matky. U dítěte se vytváří nedůvěra, vzdor a úzkosti.
- **vazba nejistá - vyhýbavá:** Odmítavý postoj matky k dítěti. Děti bývají nepřátelské, agresivní a urážlivé.

1.4.2 *Komunikace s rodinou*

Narození nedonošeného či nemocného dítěte, které potřebuje intenzivní péči, je pro rodinu velmi stresová situace. Lidsky i komunikačně je obor neonatologie náročný i pro zdravotníky (Janáčková, Weiss, 2008). Komunikace s rodiči vyžaduje velkou dávku trpělivosti, upřímnosti, důslednosti, lidskosti a schopnosti naslouchat nejen sluchem, ale i zrakem a srdcem. Z vlídného, vyrovnaného a rozhodného chování zdravotníků by mělo být rodičům zřejmé, že je dítě v dobrých rukou a mohou jim ho s důvěrou svěřit (Plevová, Slowik, 2010). Sestra by měla být schopná zahájit, podporovat a udržovat správnou komunikaci s rodinou. Problematika komunikace

ve zdravotnictví patří k základům vzájemného vztahu (Zacharová, Šimíčková -Čížková, 2011). Součástí profesionality sestry je i odpovědnost za zvládnutí komunikace a možných komunikačních problémů (Pilát, 2005). Z výzkumu amerických neonatologických oddělení vyplynulo, že nejvíce informací o dítěti rodičům poskytuje neonatologická sestra, která jim věnuje nejvíce času. Až 86% matek také uvedlo, že po rozhovoru se sestrou jsou klidnější a mají menší strach než po rozhovoru s lékařem (Kowalski, 2006). Důležité je informovat oba rodiče společně. Zásadně by to neměla být jen matka sama, kdo nese první nápor negativních sdělení. Opakované a srozumitelné informace jsou pro rodiče základní potřebou (Plevová, Slowik, 2010). Dostatečná informovanost rodičů o celé situaci a prostředí, kde se jejich novorozenec nachází, pomáhá snižovat pocit úzkosti a napětí (Sobotková at al., 1997). Průvodním projevem traumatické krize je snížená schopnost přijmout a zapamatovat si jakékoli informace. Způsob sdělení diagnózy dítěte rodičům významně ovlivňuje jejich vztah k dítěti a jeho problémům (Velemínský at al., 2009). Reakce rodičů na negativní informace bývají odlišné. Muži většinou mají racionálnější přístup a snahu na maximum splnit potřebné úkoly. Matky často reagují sebeobviňováním, pasivitou, vytěšňováním informací a především strachem.

V neonatologii by měly platit následující zásady komunikace (Janáčková, Weiss, 2008; Pilát, 2005): úcta a respekt k člověku, individuální přístup, klidné místo, krátké srozumitelné věty s použitím hovorových výrazů řeči, vysvětlení závažnosti stavu a statistických údajů, negativní informace sdělovat až po jednoznačném potvrzení, upozornit rodiče na možnost rychlé změny stavu dítěte, náhlé zhoršení či úmrtí nesdělovat po telefonu, aktivní naslouchání, prostor pro dotazy, dostatečná empatie, subjektivní prožívání, podpora a trpělivost.

V případě úmrtí dítěte usadit rodiče na klidné místo, vyjádřit upřímnou soustrast a dostatek empatie, co nejpřesněji vysvětlit situaci a okolnosti smrti, ponechat dostatek času na pochopení informace, umožnit rodičům a příbuzným rozloučení s dítětem dle jejich přání, nabídnout rodině další pomoc např. psychologa (Janáčková, Weiss, 2008).

1.4.3 *Spolupráce s rodinou*

Hospitalizace novorozence na jednotce intenzivní péče je pro rodiče traumatizující životní zkušenost a má negativní dopad na celou rodinu. Rodiče nejčastěji pociťují vinu a selhání své rodičovské role. Svěřením dítěte do péče odbornému personálu ztrácejí sebedůvěru, ale i přes to jsou pro dítě základním a nenahraditelným zdrojem jistoty a bezpečí (Sedlářová at al., 2008). Jednoznačně určená diagnóza novorozence sice rodičům zpočátku způsobí velký šok, ale pořád je tu pocit větší jistoty než pokud není diagnóza jednoznačně známa. Rodina se tím dostává do složitého procesu hledání diagnózy, který může být zdlouhavý, vyčerpávající a frustrující (Fitznerová, 2010). Rodiče, jejichž dítě je umístěno na jednotce intenzivní péče, procházejí postupně třemi fázemi vývoje. V prvním období naivní důvěřivosti potřebují rodiče zejména informace a podporu. V druhé fázi vystřízlivění projevují rodiče zájem o péči o své dítě. Ve třetím období spojení chtějí rodiče co nejvíce spolupracovat se sestrami, aby společně dosáhli plánovaných cílů (Fendrychová, Borek at al., 2012). I během hospitalizace zůstávají zákonnými zástupci dítěte a není je tedy možné vyloučit z procesu léčení. Naopak by měli být vítanými spolupracovníky zdravotníků. Cílem je co nejvíce zapojit rodinu do léčení a preventivně - výchovné péče (Sedlářová at al., 2008). Pomoc a podpora rodičů se pomalu přesouvá od krizové intervence k podpoře vzájemných vztahů a rodičovské role (Sobotková at al., 2003). S ohledem na důležitost rodiny při léčbě nemocného dítěte a zároveň na zátěž, kterou výskyt nemoci dítěte v rodině způsobuje, je pro zdravotníky povinností, aby v zájmu dítěte s rodinou úzce a účelně spolupracovali (Plevová, Slowik, 2010). Spolupracovat znamená rozdělit si pravomoci, úkoly a i odpovědnost (Fendrychová, Borek at al., 2012). Rodiče nejsou návštěva! Potřebují vědět, že personál chápe jejich náročnou situaci. Rodiče mají právo na stres a neadekvátní reakce. Mnozí nejsou schopni situaci zvládnout bez opakované podpory a pomoci (Sedlářová at al., 2008). Ideální adaptace rodiny na nemoc dítěte znamená uspořádání rodinného života tak, aby splňoval nejen potřeby dítěte, ale i všech ostatních členů rodiny (Plevová, Slowik, 2010). Dobrá spolupráce s rodinou je nutným předpokladem pro naplňování Úmluvy o právech dítěte a Charty práv dětí v nemocnici.

Úmluva o právech dítěte je významná mezinárodní dohoda přijatá OSN v roce 1989, kterou i Česká republika přijala do svého zákonodárství. Hovoří např. o tom, že dítě nesmí být jen předmětem péče zdravotníka, ale je spolu s rodinou jejím přímým subjektem. Zdravotník má respektovat roli rodiny, její zodpovědnost a přání ve vztahu k dítěti. Charta práv dětí je etický kodex vyhlášen u nás v roce 1993 (Sedlářová at al., 2008; příl. č. 12). Sestra by měla při své každodenní práci přispívat k respektování a zachovávání těchto práv, což vyžaduje vysokou míru profesionality. Vztah mezi sestrou, dítětem a rodiči by měl být založen na vzájemné důvěře, pravdivosti a povinné mlčenlivosti (Boledovičová at al., 2010).

1.4.4 *Bonding*

Vnímání a průběh porodu se během vývoje lidské civilizace stále mění. Poválečná doba přinesla v medicíně mnoho pokroků, především rozvoj techniky a institucionalizaci zdravotní péče. Nejzásadnější pozitivum v péči o rodičku a dítě je snížení mateřské a novorozenecké úmrtnosti. Toto pojetí však trochu opomíjí emoční stránku věci. Ještě nedávno výraz bonding v České republice nikdo neznal. Bonding = připoutání, radost z ženství a mateřství. Dříve ženy přijímaly porod jako nutné zlo a daň za zdraví dítěte. Poporodní separace od novorozence sebrala mnohým ženám zážitek radosti z porodu. Dítě patří k matce - zdravé či nemocné, živé či mrtvé. Mateřská náruč je pro dítě nejpřirozenější a nejbezpečnější místo na světě (Mrowetz at al., 2011). Pokud je dítěti umožněno být po porodu v nepřetržitém kontaktu s matkou, učí se rozvíjet pocit důvěry k blízké osobě a schopnost milovat. Dochází také k snazšímu rozvoji mateřských kompetencí (Fendrychová, Borek at al., 2012). Pokud se dítě narodí předčasně či nemocné, očekávají rodiče od neonatologické sestry maximální empatickou podporu a pomoc v péči o dítě a utváření vzájemných vazeb. Pokud není matka podporována ve svých kompetencích a vedena k samostatnosti, zvětšuje se její úzkost. I pro nedonošené dítě v inkubátoru je přirozenější nejistý dotek vlastního rodiče, bakterie rodičovské pokožky a hlas matky. Neonatologická sestra by měla rodičům podávat srozumitelné, empatické a nemanipulativní odpovědi

na všechny otázky, které se vztahují k jejich dítěti, péči a obsluze přístrojů. Péče by měla být přizpůsobena nejen dítěti, ale i matce a jejich společným potřebám. Sestry by se měly podílet na vytváření bezpečného prostoru pro rodiče, což velice zlepšuje jejich psychický stav a následně se i celá péče stává účinnější (Mrowetz at al., 2011).

Mrowetz at al. (2011, s. 28, 29) doporučuje tyto hlavní kroky k podpoře bondingu:

- Ihned po porodu položení nahého novorozence na nahé matčino břicho a zabalení do teplých osušek. Nepřerušovat tento kontakt nejméně dvě hodiny.
- Klidné a vstřícné prostředí ze strany zdravotníků.
- Ošetření a vyšetření dítěte na břiše matky. Neotírat ruce dítěte od plodové vody.
- Umožnění a podporování vizuálního kontaktu z očí do očí.
- Pomoc s přiložením k prsu dle potřeby a připravenosti novorozence.
- Zajištění pohodlné polohy pro matku a dítě.
- Eliminace techniky na porodním sále.
- Při porodu císařským řezem přiložit dítě k tváři matky. Kontakt kůže na kůži může zastoupit otec, nepřerušovat alespoň dvě hodiny.
- Oddálené umytí prsních bradavek.

1.4.5 *Úmrtí dítěte*

I přes pokroky medicíny a široké léčebné metody část novorozenců zemře. V novorozeneckém věku častěji dochází k náhlému a neočekávanému úmrtí. Zde jsou rodiče smrtí svého dítěte zaskočeni nejvíce, jsou naprosto nepřipraveni (Fendrychová, Borek at al., 2012). Očekávali nový život a měli určité plány do budoucna. Úmrtím novorozence často dochází k narušení vlastních schopností a postojů k mateřství a rodičovství. Za nejkritičtější období se považuje prvních 12 hodin po úmrtí (Sobotková at al., 1999). Péče o umírající dítě je obzvlášť zatěžující a obtížná. Podmínkou je kvalitní ošetrovatelská péče a zajištění fyzické pohody dítěte (tlumení a odstranění bolesti, klid, teplo, co nejšetrnější zacházení). Do péče o umírajícího patří

i péče o jeho nejbližší (Vymětal, 2003). Novorozené dítě si umírání ani smrt neuvědomuje, neboť u něj není dokončen proces zrání mozku, kde se uskutečňuje myšlenkový děj. Jisté však je, že novorozenec získává pocit bezpečí a jistoty nebo pocit diskomfortu v interakci s matkou. Blízkost matky znamená pro dítě ochranu před nebezpečím (Horká, 2005). Rodičům musí být celá situace řádně a srozumitelně vysvětlena. Měli by vidět zájem, jasný projev ochoty k hovoru a kvalitní práci zdravotního personálu. Rodiče by měli mít pocit, že pro dítě bylo uděláno opravdu maximum. Vymětal (2003) také doporučuje, že by jim mělo být umožněno i projevení negativních emocí a odreagování (např. pláč, agrese). Pokud je to možné, měli by být rodiče s předstihem informováni o blížícím se úmrtí, aby měli možnost prožít se svým dítětem poslední chvíle jeho života v klidném a nerušeném prostředí. Také by měly být umožněny rituály rodiny plynoucí z etické či náboženské příslušnosti (Procházková, 2013). V případě úmrtí dítěte je třeba usadit rodiče na klidné místo, vyjádřit upřímnou soustrast a dostatek empatie, co nejpřesněji vysvětlit situaci a okolnosti smrti, ponechat dostatek času na pochopení informací, umožnit rodičům a příbuzným rozloučení s dítětem dle jejich přání, nabídnout rodině další pomoc např. psychologa či občanského sdružení Dlouhá cesta (Janáčková, Weiss, 2008). Mnohé matky, které své dítě viděly naposledy živé, a pak již neměly možnost ho vidět a rozloučit se, pociťují dlouhodobě pocity prázdnoty a čehosi neukončeného a nenaplněného (Fendrychová, Borek at al., 2012). Aby rodiče dokázali přijmout smrt svého dítěte, musí nejdříve přijmout jeho existenci. Vezme-li matka své mrtvé dítě do náruče, prožije okamžik naplnění. S pocitem naplnění dojde k přijetí reality a nutnosti rozloučení přirozeněji (Mrowetz at al., 2011).

Plevová a Slowik (2010) uvádějí následující stádia reakce rodičů na umírání dítěte:

- **stádium šoku** - silná emoční reakce (úzkost, strach, deprese, poruchy spánku a příjmu potravy, zvracení)
- **stádium popření smrti** - rodiče nevěří, že by jejich dítě mohlo zemřít
- **stádium pocitu viny** - sebeobviňování rodičů

- **stádium popření pocitu viny** - rodiče se ujišťují, že pro dítě udělali maximum
- **stádium pocitu marnosti** - pocity zbytečnosti, zmar veškerého konání, obviňování lékařů
- **stádium smíření** - zdánlivé vyrovnání se skutečností, fyzické a psychické vyčerpání, apatie
- **stádium oplakávání** - od úmrtí dítěte až k vyrovnání se s touto skutečností, postupné odlučování od ideálního obrazu o dítěti

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 CÍLE PRÁCE

1. Zmapovat úroveň spolupráce a podpory rodičů a jejich zapojování do péče o nedonošeného novorozence v perinatologických centrech ČR.
2. Zjistit očekávání a priority rodičů hospitalizovaných nedonošených dětí.
3. Zjištěnými výsledky přispět ke zlepšení vzájemného vztahu zdravotník - rodiče nedonošeného novorozence.

2.2 HYPOTÉZY

- H1. Dosažené vzdělání neonatologických sester zvyšuje úroveň vzájemné spolupráce s rodiči nedonošených dětí.
- H2. Délka praxe neonatologických sester zvyšuje úroveň vzájemné spolupráce s rodiči nedonošených dětí.

2.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Co rodiče očekávají od hospitalizace svého nedonošeného dítěte?
2. Jak probíhá spolupráce zdravotníků a rodičů novorozenců v perinatologických centrech ČR?
3. Jak zlepšit podporu rodiny nedonošených novorozenců a vzájemnou spolupráci se zdravotníky?

2.4 METODIKA

2.4.1 Použitý metodický postup

K získání potřebných dat byl použit kvantitativní i kvalitativní výzkum. Kvantitativní výzkum se zaměřuje na zjišťování příčinné souvislosti mezi jednotlivými jevy, jejich vlastnostmi a hledání vzájemných zákonitostí. Je založen na ověřování platnosti teorií či hypotéz na základě statistických procedur. Popisuje typ a intenzitu závislosti mezi jednotlivými proměnnými. Pracuje většinou s větším množstvím respondentů. Kvalitativní výzkum představuje systematický proces a subjektivní přístup k pojetí a interpretování lidské činnosti a informací. Pracuje s malým souborem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost, analýza je intuitivní (Bártlová at al., 2008). Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2013 do ledna 2014. Bylo osloveno všech 12 perinatologických center ČR, z čehož 11 ochotně se spoluprací souhlasilo a jedno perinatologické centrum odmítlo.

Sběr empirických dat pro kvantitativní výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaného dotazníku pro neonatologické sestry. Před distribucí dotazníků bylo uskutečněno pilotní šetření s pěti respondenty na vlastním pracovišti, které vedlo k drobným úpravám otázek.

Dotazník vlastní konstrukce obsahoval 16 otázek, z čehož bylo:

- 9 otázek uzavřených s možností jedné či více odpovědí. Uzavřené otázky nabízejí soubor možných variant, kdy si respondent vybere odpověď, která se nejvíce blíží jeho názoru.
- 5 otázek polouzavřených s několika možnými odpověďmi a prostorem pro volnou odpověď. Polouzavřené otázky jsou kombinací otázky uzavřené a otevřené. Nabízejí několik alternativ odpovědí a k tomu i možnost doplnění v podobě otevřené odpovědi.

- *1 otázka otevřená*, kde respondent odpovídá vlastními slovy. Otevřené otázky umožňují volnou tvorbu odpovědi (Bártlová at al., 2008).
- *1 otázka škálovací číselná* s bodovým ohodnocením 1 - 6.
- Poslední tři otázky zjišťovaly demografické údaje (věk, délku praxe na neonatologické JIP a vzdělání).

Dotazníky byly rozesílány poštou vrchním sestrám neonatologických oddělení s prosbou o předání neonatologickým sestrám na JIRP. Vyplněné dotazníky byly následně vybírány osobně v perinatologických centrech.

Metodou kvalitativního výzkumu bylo dotazování pomocí individuálního tematického polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor je ústní způsob výměny informací mezi výzkumníkem a respondentem, uskutečňovaný podle určitého plánu a prostřednictvím otázek. Umožňuje shromažďování údajů při přímém kontaktu výzkumného pracovníka s respondentem. Odpovědi jsou zaznamenávány písemně nebo na audio či video záznamník (Boledovičová, 2009). Rozhovor probíhal při návštěvě perinatologického centra s náhodně vybranou matkou, která byla zrovna přítomna u svého nedonošeného novorozence. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepisovány a hlouběji analyzovány.

2.4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvantitativní část výzkumu tvořily náhodně vybrané sestry pracující na neonatologické JIRP. Do každého perinatologického centra bylo zasláno 15 - 20 dotazníků dle velikosti centra. Z celkového počtu 210 dotazníků byla návratnost 192 dotazníků (91,4%). Použitelných správně vyplněných dotazníků zůstalo 181.

Tab. č. 1 Věk neonatologických sester

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
DO 30 LET	50	27,6%
31 - 40 LET	75	41,4%
41 - 50 LET	43	23,8%
51 LET A VÍCE	13	7,2%
CELKEM	181	100%

Průměrný věk neonatologických sester činil 37 let.

Tab. č. 2 Délka praxe neonatologických sester

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
DO 2 LET	28	15,5%
3 - 5 LET	34	18,8%
6 - 10 LET	37	20,4%
11 - 20 LET	53	29,3%
21 LET A VÍCE	29	16%
CELKEM	181	100%

Průměrná délka praxe neonatologických sester činila 11 let.

Tab. č. 3 Vzdělání neonatologických sester

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
SZŠ - VS	4	2,2%
SZŠ - DS	29	16%
VOŠ - VS	5	2,8%
VOŠ - DS	13	7,2%
VOŠ - PA	0	0%
ARIP	67	37%
VŠ - Bc.	46	25,4%
VŠ - Mgr.	13	7,2%
JINÉ	4	2,2%
CELKEM	181	100%

Dle vzdělání absolvovalo nejvíce neonatologických sester specializaci ARIP 37%, bakalářský stupeň VŠ 25,4% a 16% SZŠ obor dětská sestra.

Respondenty pro kvalitativní výzkum byly náhodně vybrané matky nedonošených dětí. V každém perinatologickém centru byl proveden jeden rozhovor. Celkově bylo tedy realizováno 11 rozhovorů.

Tab. č. 4 Respondenti kvalitativního výzkumu - matky nedonošených dětí

RESPONENT	VĚK	POČET DĚTÍ	VZDĚLÁNÍ
M1 PÍ. HELENA	27	1	vysokoškolské
M2 PÍ. LENKA	28	1	vysokoškolské
M3 PÍ. VLADISLAVA	34	2	vyšší odborné
M4 PÍ. LENKA	33	2	středoškolské
M5 PÍ. LUCIE	31	1	vyšší odborné
M6 PÍ. ALENA	33	1	vysokoškolské
M7 PÍ. LUCIE	30	1	středoškolské
M8 PÍ. EVA	26	1	středoškolské
M9 PÍ. JITKA	32	1	středoškolské
M10 PÍ. TEREZA	23	1	vyšší odborné
M11 PÍ. LUCIE	28	1	vysokoškolské

Průměrný věk respondentek - matek činil 30 let, přičemž nejmladší bylo 23 let a nejstarší 34 let.

2.5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Ke sběru dat jsme zvolily výzkumné metody dotazník a rozhovor. Výzkumný vzorek pro kvantitativní šetření tvořilo 181 sester pracujících na neonatologickém JIRP oddělení. Výzkumný soubor kvantitativního šetření tvořilo 11 náhodně vybraných matek nedonošených dětí. Získaná data uvádíme v následující části.

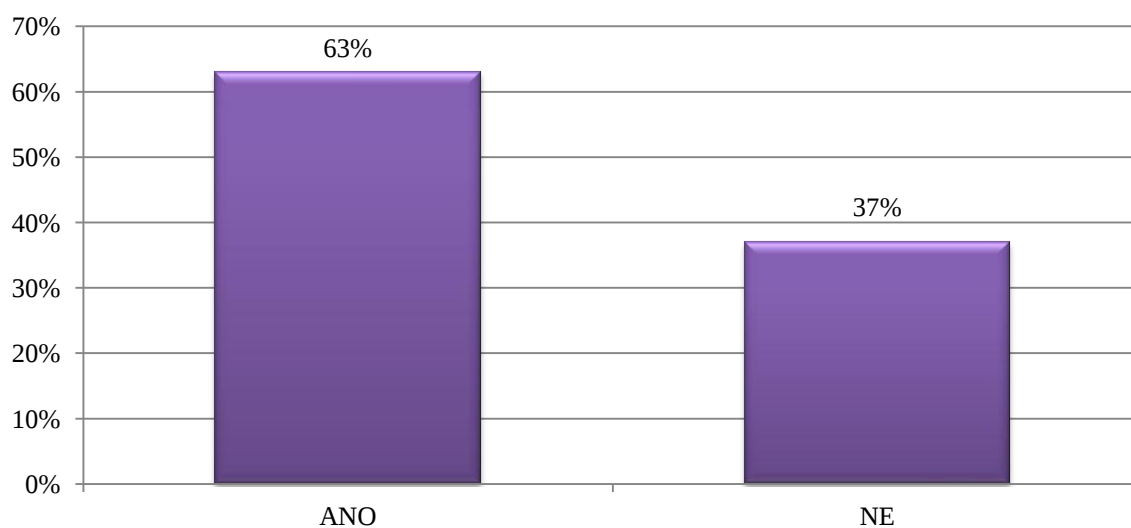
2.5.1 *Analýza dotazníků*

Tato část práce prezentuje výsledky jednotlivých otázek z dotazníkového šetření. Ke zpracování výsledků a vytvoření tabulek a grafů byl použit počítačový program Microsoft Excel 2007. V tabulce jsou u jednotlivých výsledků uváděny absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost vyjadřuje četnost v absolutních hodnotách. Součet jednotlivých absolutních četností v tabulce je roven rozsahu zkoumaného souboru. Relativní četnost znázorňuje podíl jednotlivých absolutních četností na rozsahu souboru a je uvedena v %.

Tab. č. 5 Vlastní děti

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ANO	114	63%
NE	67	37%
CELKEM	181	100%

Graf č. 1 Vlastní děti

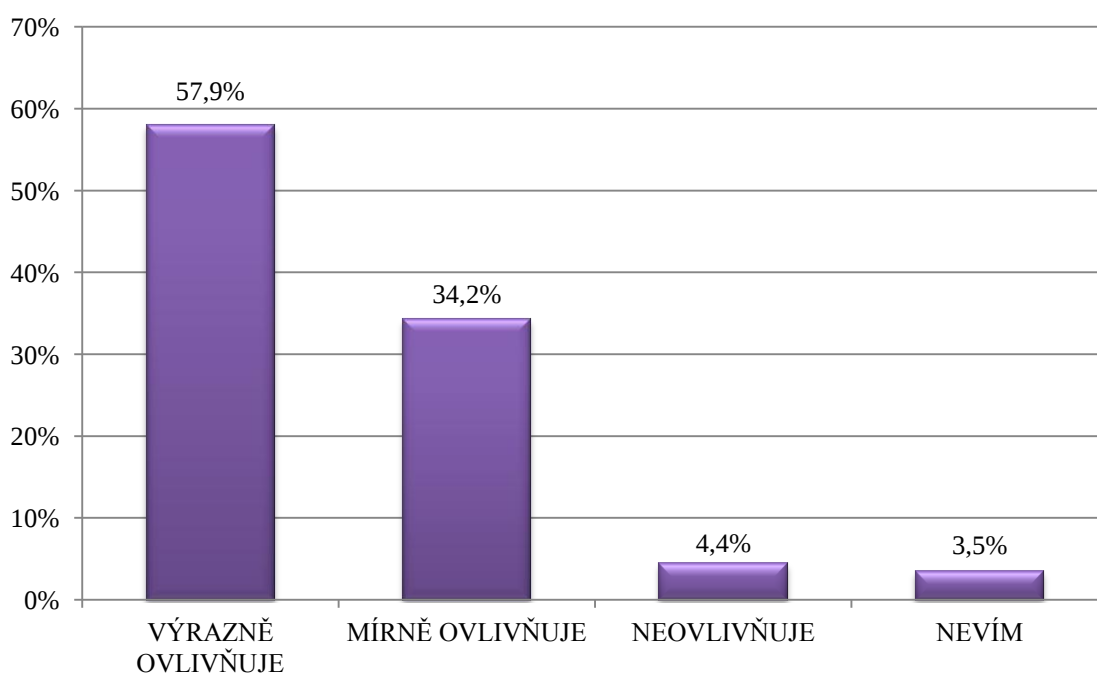


Z celkového počtu 181 respondentů mělo děti 63% a 37% dětí nemělo.

Tab. č. 6 Vliv rodičovství na vnímání situace rodičů nedonošených dětí

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
VÝRAZNĚ OVLIVŇUJE	66	57,9%
MÍRNĚ OVLIVŇUJE	39	34,2%
NEOVLIVŇUJE	5	4,4%
NEVÍM	4	3,5%
CELKEM	181	100%

Graf č. 2 Vliv rodičovství na vnímání situace rodičů nedonošených dětí

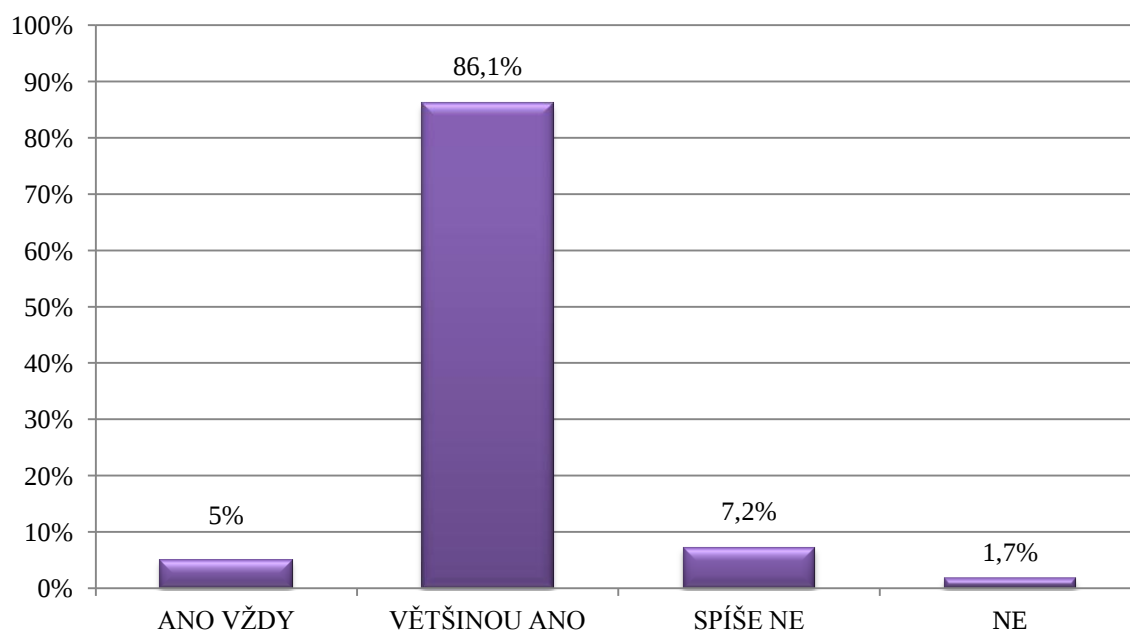


Z celkového počtu 114 respondentů mající děti uvedlo 57,9% výrazný vliv, 34,2% mírný vliv, 4,4% žádný vliv a 3,5% respondentů odpovědělo nevím.

Tab. č. 7 Dostatek času věnovat se rodičům nedonošených novorozenců

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ANO VŽDY	9	5%
VĚTŠINOU ANO	156	86,1%
SPÍŠE NE	13	7,2%
NE	3	1,7%
CELKEM	181	100%

Graf č. 3 Dostatek času věnovat se rodičům nedonošených novorozenců

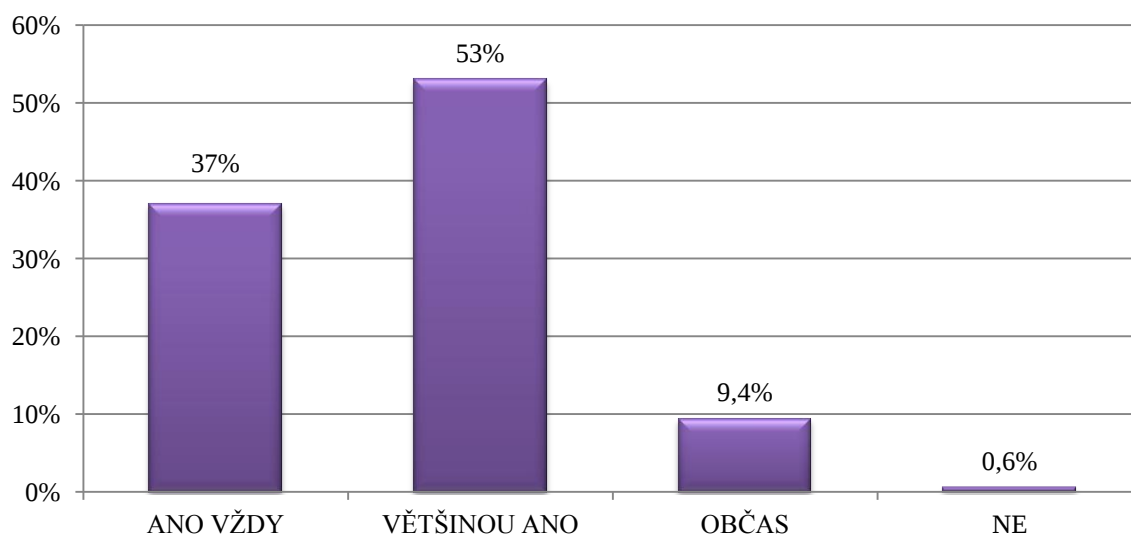


Z celkového počtu 181 respondentů odpovědělo 5%, že má vždy čas věnovat se rodičům hospitalizovaným nedonošeným novorozencům, většinou ano uvedlo 86,1%, spíše ne 7,2% a 1,7% odpovědělo ne.

Tab. č. 8 Plánování péče s rodiči o jejich nedonošené dítě

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ANO VŽDY	67	37%
VĚTŠINOU ANO	96	53%
OBČAS	17	9,4%
NE	1	0,6%
CELKEM	181	100%

Graf č. 4 Plánování péče s rodiči o jejich nedonošené dítě

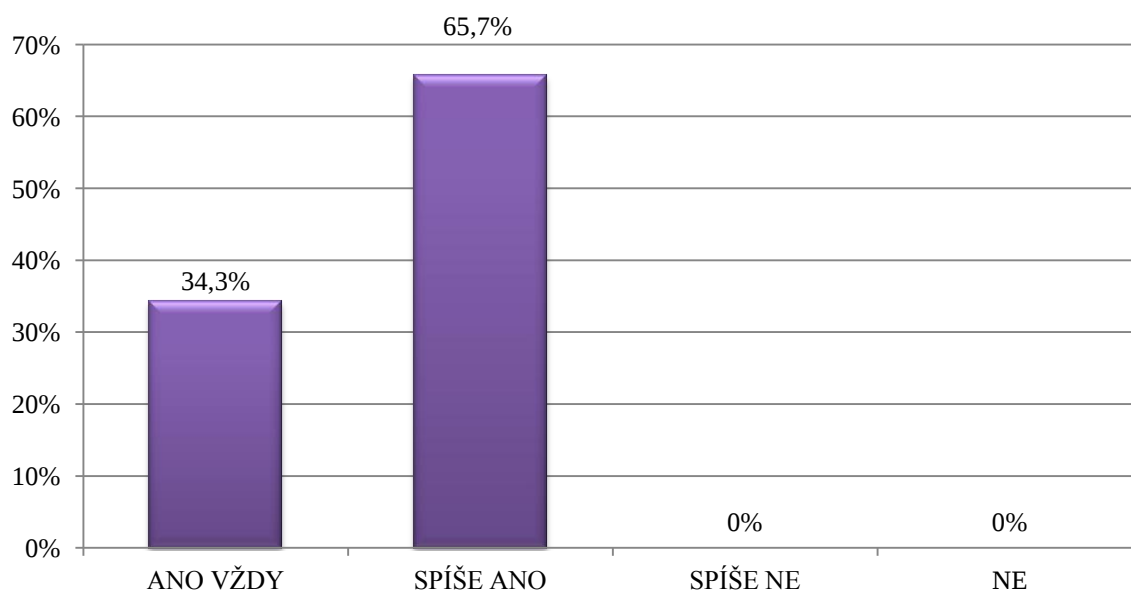


Z celkového počtu 181 respondentů vždy plánuje s rodiči péči o jejich dítě 37%, většinou ano 53%, občas 9,4% a 0,6% respondentů péči s rodiči neplánuje.

Tab. č. 9 Informování rodičů o ošetrovatelské péči

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ANO VŽDY	62	34,3%
SPÍŠE ANO	119	65,7%
SPÍŠE NE	0	0%
NE	0	0%
CELKEM	181	100%

Graf č. 5 Informování rodičů o ošetrovatelské péči

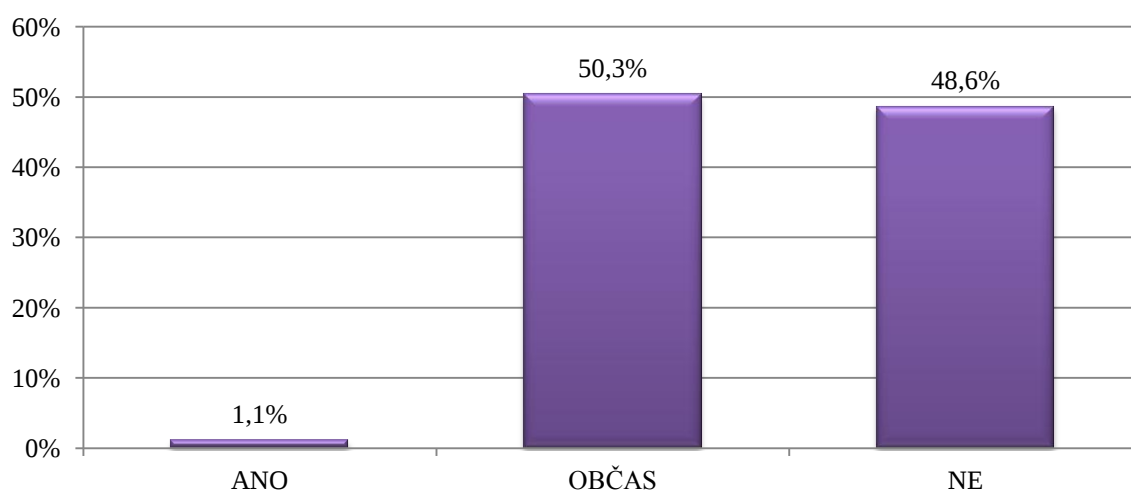


Z celkového počtu 181 respondentů odpovědělo 34,3%, že od nich mají rodiče maximum ošetrovatelských informací, spíše ano uvedlo 65,7% a spíše ne a ne neodpověděl nikdo.

Tab. č. 10 Obtížnost komunikace s rodiči

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ANO	2	1,1%
OBČAS	91	50,3%
NE	88	48,6%
CELKEM	181	100%

Graf č. 6 Obtížnost komunikace s rodiči

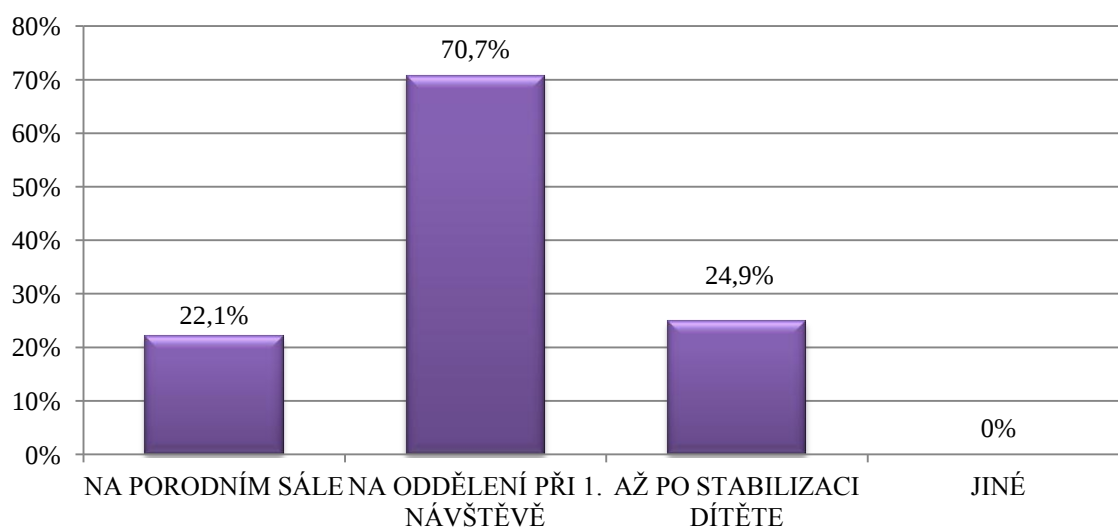


Z celkového počtu 181 respondentů uvedlo 1,1%, že je pro ně obtížné komunikovat s rodiči nedonošených dětí, 50,3% odpovědělo občas a 48,6% ne.

Tab. č. 11 První taktilní kontakt

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
NA PORODNÍM SÁLE	40	22,1%
NA ODD. PŘI PRVNÍ NÁVŠTĚVĚ	128	70,7%
AŽ PO STABILIZACI DÍTĚTE	45	24,9%
JINÉ	0	0%
CELKEM	213	-

Graf. č. 7 První taktilní kontakt

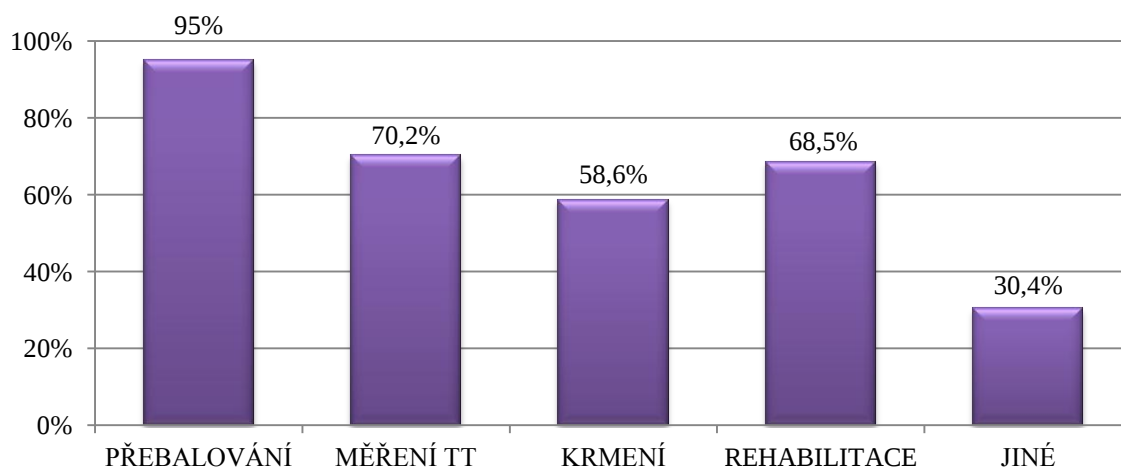


Z celkového počtu 213 odpovědí od 181 respondentů odpovědělo 22,1%, že k prvnímu taktilnímu kontaktu dochází nejčastěji na porodním sále, 70,7% odpovědělo na oddělení při první návštěvě, 24,9% až po stabilizaci dítěte a nikdo nezvolil odpověď jiné.

Tab. č. 12 Zapojování rodičů do péče o nedonošené dítě

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
PŘEBALOVÁNÍ	172	95%
MĚŘENÍ TT	127	70,2%
KRMENÍ STŘÍKAČKOU ČI SAVIČKOU	106	58,6%
REHABILITACE	124	68,5%
JINÉ	55	30,4%
CELKEM	584	-

Graf č. 8 Zapojování rodičů do péče o nedonošené dítě

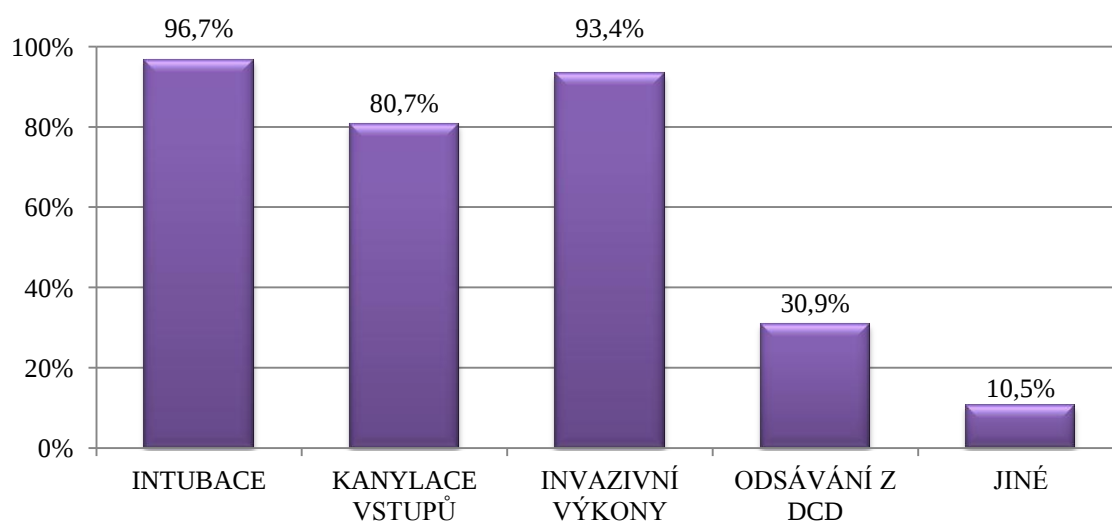


Z celkového počtu 584 odpovědí od 181 respondentů odpovědělo 95,0%, že zapojují rodiče do přebalování dítěte, 70,2% do měření TT, 58,6% nechávají rodiče krmit jejich dítě stříkačkou či savičkou, 68,5% zapojují rodiče do rehabilitace a 30,4% respondentů zvolilo možnost jiné odpovědi.

Tab. č. 13 Přítomnost rodičů u výkonů

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
INTUBACE	175	96,7%
KANYLACE VSTUPŮ	146	80,7%
INVAZIVNÍ VÝKONY	169	93,4%
ODSÁVÁNÍ Z DDC	56	30,9%
JINÉ	19	10,5%
CELKEM	565	-

Graf č. 9 Přítomnost rodičů u výkonů

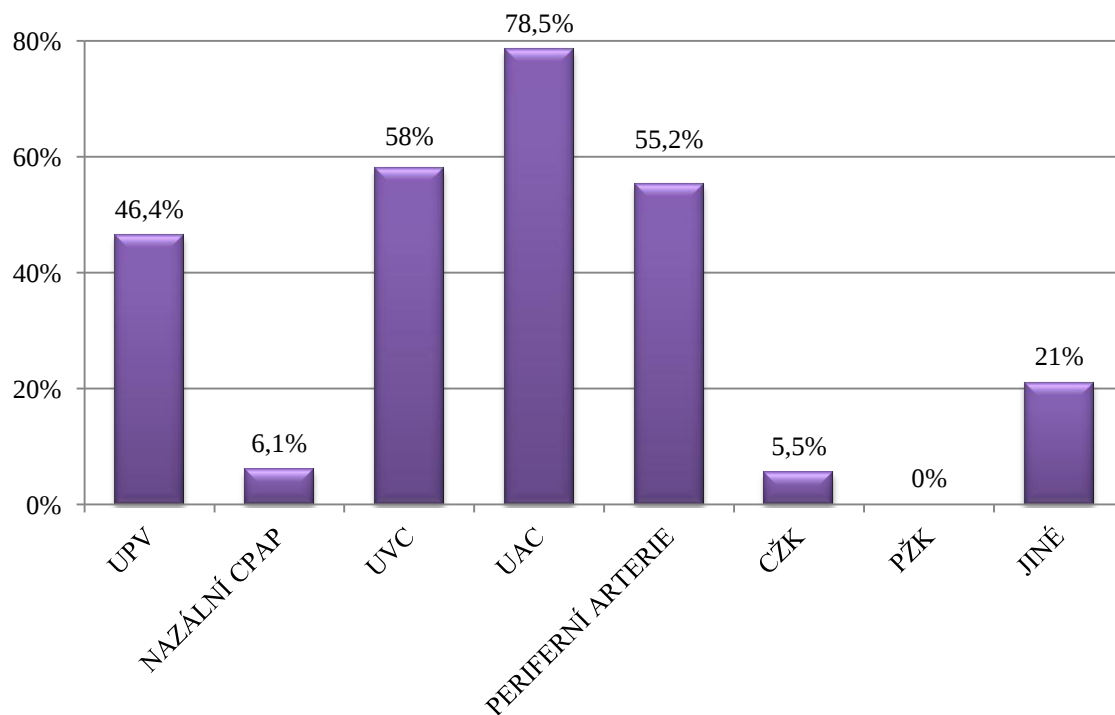


Z celkového počtu 565 odpovědí od 181 respondentů odpovědělo, že nedoporučují přítomnost rodičů 96,7% při intubaci, 80,7% při kanylaci vstupů, 93,4% při invazivních výkonech, 30,9% při odsávání z dolních cest dýchacích a odpověď jiné odpovědělo 10,5%.

Tab. č. 14 Nemožnost klokánkování při uvedených invazivních výkonech

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE	84	46,4%
NASÁLNÍ CPAP	11	6,1%
UMBILIKÁLNÍ VENÓZNÍ KATÉTR	105	58%
UMBILIKÁLNÍ ARTERIÁLNÍ KATÉTR	142	78,5%
PERIFERNÍ ARTERIE	100	55,2%
CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATÉTR	10	5,5%
PERIFERNÍ ŽILNÍ KATÉTR	0	0%
JINÉ	38	21%
CELKEM	490	-

Graf č. 10 Nemožnost klokánkování při uvedených invazivních výkonech

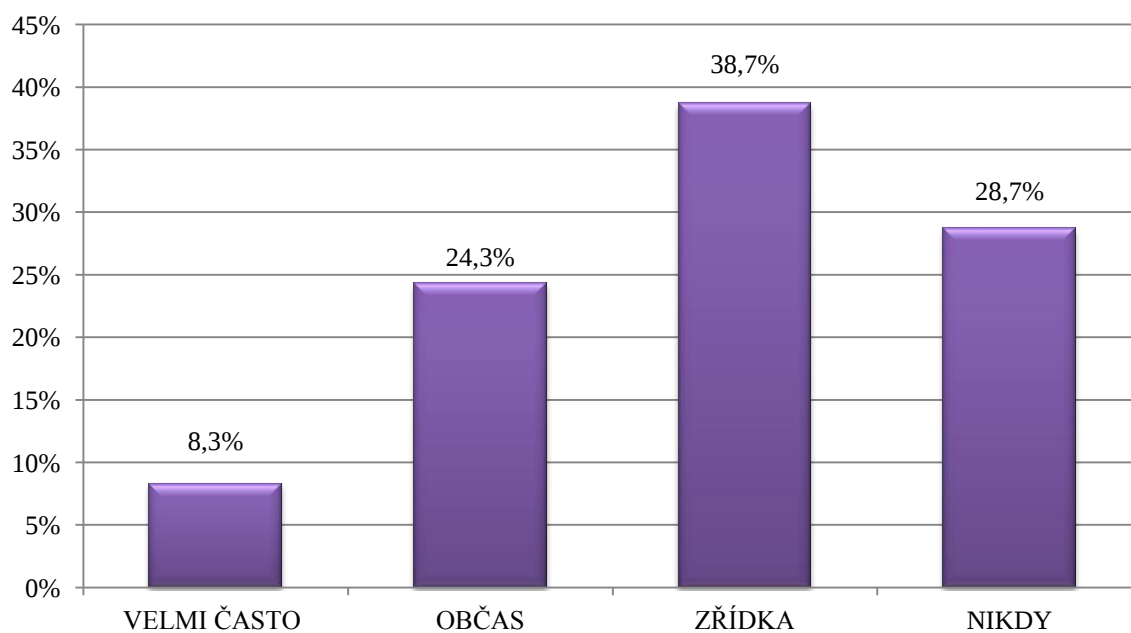


Z celkového počtu 490 odpovědí od 181 respondentů odpovědělo, že neumožňují klokánkování, když dítě potřebuje 46,4% umělou plicní ventilaci, 6,1% nazální CPAP, 58,0% umbilikální venózní katétr, 78,5% umbilikální arteriální katétr, 55,2% periferní arterii, 5,5% centrální žilní katétr, 0% periferní žilní katétr a 21,0% respondentů zvolilo možnost jiné.

Tab. č. 15 Pomoc psychologa

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
VELMI ČASTO	15	8,3%
OBČAS	44	24,3%
ZŘÍDKA	70	38,7%
NIKDY	52	28,7%
CELKEM	181	100%

Graf č. 11 Pomoc psychologa

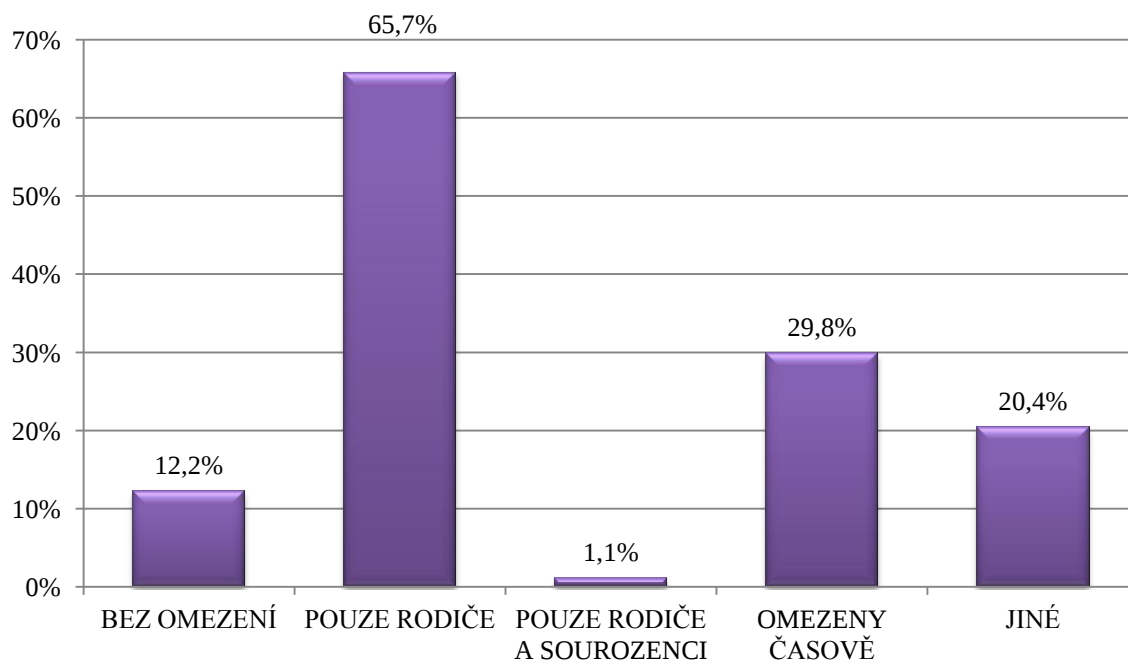


Z celkového počtu 181 respondentů odpovědělo 8,3 %, že pomoc psychologa využívají velmi často, odpověď občas uvedlo 24,3%, zřídka 38,7% a nikdy 28,7%.

Tab. č. 16 Návštěvy na oddělení JIRP

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
BEZ OMEZENÍ	22	12,2%
POUZE RODIČE	119	65,7%
POUZE RODIČE A SOUROZENCI	2	1,1%
OMEZENY ČASOVĚ	54	29,8%
JINÉ	37	20,4%
CELKEM	234	-

Graf č. 12 Návštěvy na oddělení JIRP

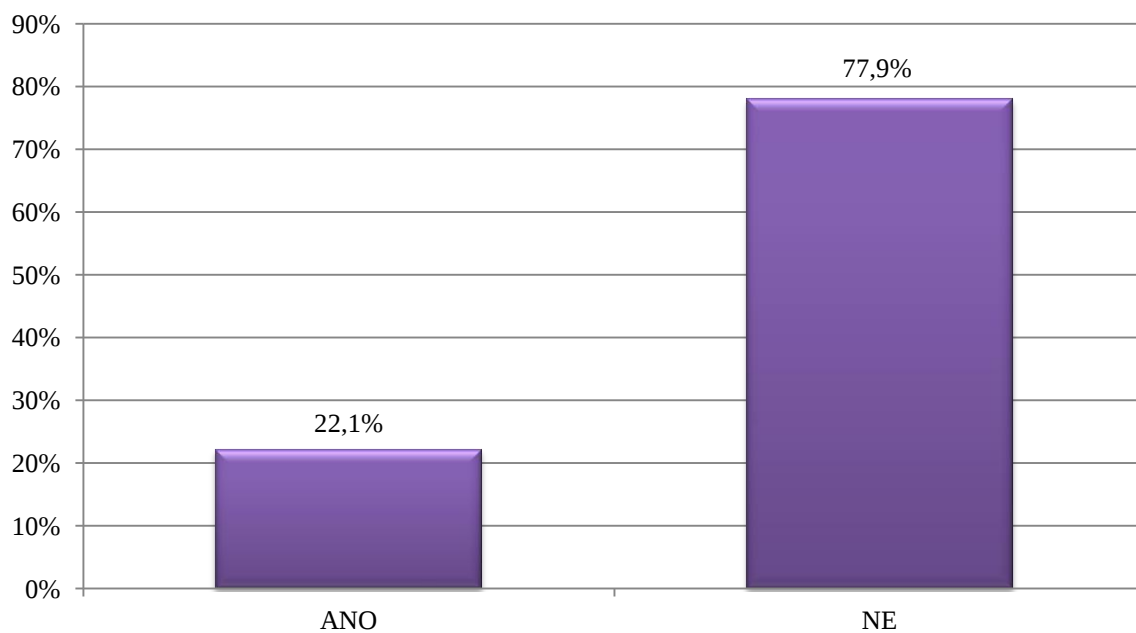


Z celkového počtu 234 odpovědí od 181 respondentů odpovědělo 12,2%, že návštěvy na oddělení mají bez omezení, 65,7% pouští na návštěvu pouze rodiče, 1,1% pouze rodiče a sourozence, 29,8% mají návštěvy omezeny časově a odpověď jiné zvolilo 20,4%.

Tab. č. 17 Soukromí na oddělení JIRP

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ANO	40	22,1%
NE	141	77,9%
CELKEM	181	100%

Graf č. 13 Soukromí na oddělení JIRP

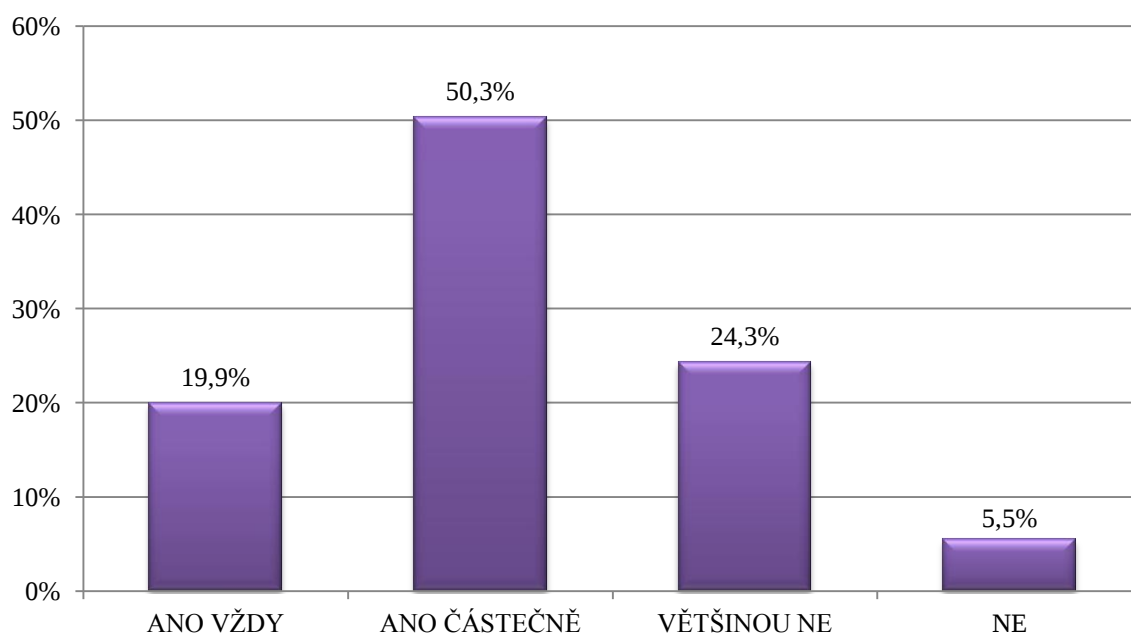


Z celkového počtu 181 respondentů odpovědělo 22,1%, že rodiče mají na oddělení JIRP dostatek soukromí a 77,9% uvedlo, že dostatek soukromí nemají.

Tab. č. 18 Podpora zaměstnavatele v dalším vzdělávání sester

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ANO VŽDY	36	19,9%
ANO ČÁSTEČNĚ	91	50,3%
VĚTŠINOU NE	44	24,3%
NE	10	5,5%
CELKEM	181	100%

Graf č. 14 Podpora zaměstnavatele v dalším vzdělávání sester

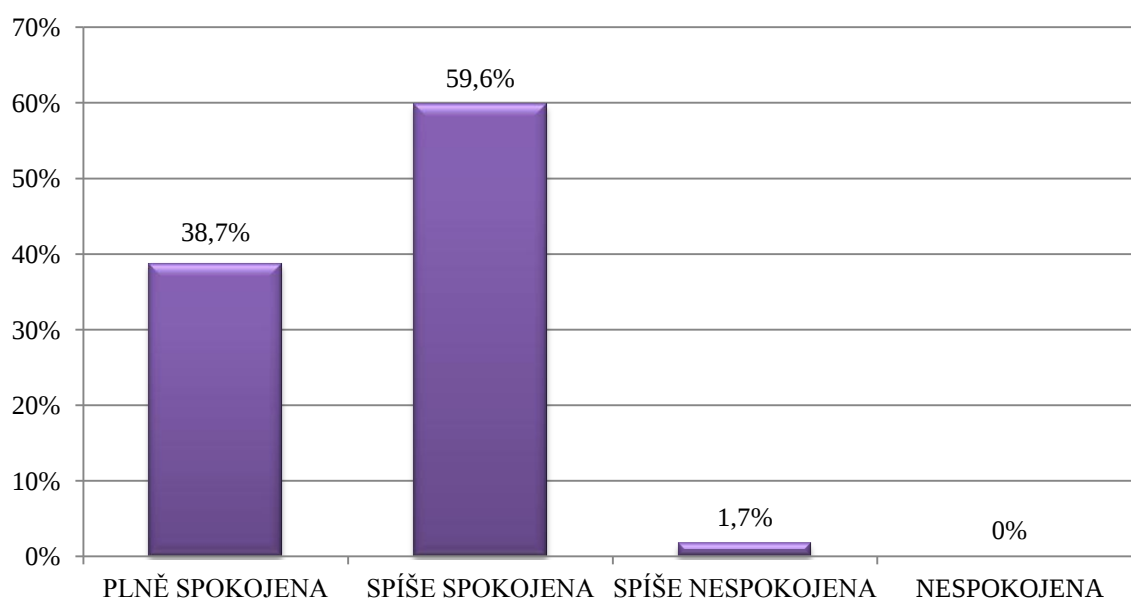


Z celkového počtu 181 respondentů odpovědělo, že má vždy podporu zaměstnavatele v dalším vzdělávání 19,9%, částečně 50,3%, většinou ne 24,3% a 5,5% podporu nemá.

Tab. č. 19 Spokojenost s prací na neonatologii

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
PLNĚ SPOKOJENA	70	38,7%
SPÍŠE SPOKOJENA	108	59,6%
SPÍŠE NESPOKOJENA	3	1,7%
NESPOKOJENA	0	0%
CELKEM	181	100%

Graf č. 15 Spokojenost s prací na neonatologii



Z celkového počtu 181 respondentů uvedlo, že je s prací na neonatologii plně spokojeno 38,7%, spíše spokojeno 59,7%, spíše nespokojeno 1,7% a nespokojen není nikdo.

Testování hypotéz:

H1 Dosažené vzdělání neonatologických sester zvyšuje úroveň vzájemné spolupráce s rodiči nedonošených dětí.

Vliv dosaženého vzdělání na úroveň spolupráce byl posuzován pomocí Spearmanova (pořadového) korelačního koeficientu ρ_{SP} .

Testovaná nulová hypotéza H_0 : Dosažené vzdělání nemá vliv na úroveň spolupráce.

Alternativní hypotéza H_A : S dosaženým vzděláním úroveň spolupráce roste.

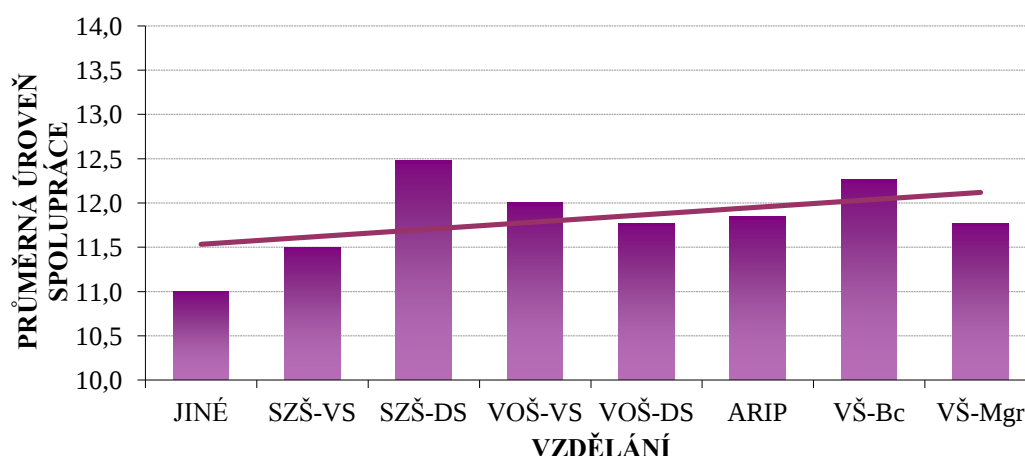
Na základě dosažené hladiny významnosti nebylo možné zamítnout nulovou hypotézu.

Nepodařilo se tedy prokázat, že dosažené vzdělání neonatologických sester zvyšuje úroveň vzájemné spolupráce s rodiči nedonošených dětí.

Tab. č. 20 Hodnoty statistik pro vliv dosaženého vzdělání na úroveň spolupráce

ρ_{SP}	0,002
SIGNIFIKANCE (jednostranná)	48,8%
POČET POZOROVÁNÍ	181

Graf č. 16 Dosažené vzdělání x úroveň spolupráce



H2 Délka praxe neonatologických sester zvyšuje úroveň vzájemné spolupráce s rodiči nedonošených dětí.

Vliv délky praxe na úroveň spolupráce byl rovněž posuzován pomocí Spearmanova (pořadového) korelačního koeficientu ρ_{SP} .

Testovaná nulová hypotéza H_0 : Délka praxe nemá vliv na úroveň spolupráce.

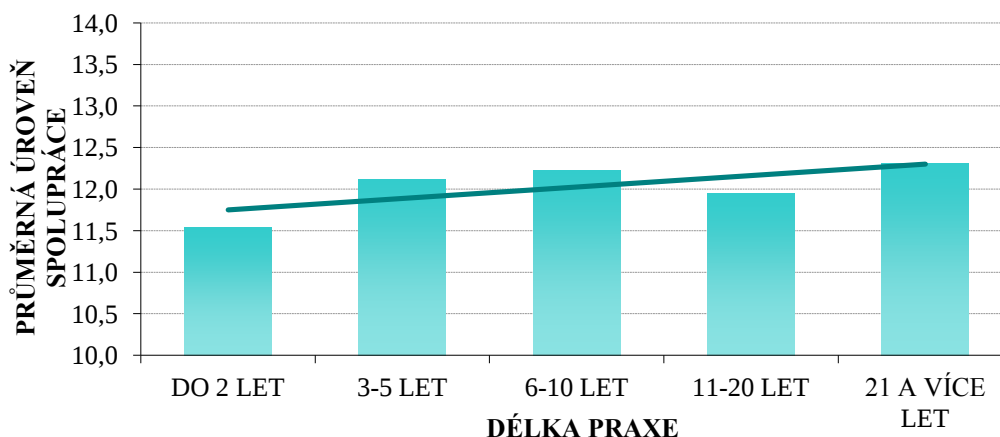
Alternativní hypotéza H_A : S délkou praxe úroveň spolupráce roste.

Na základě dosažené hladiny významnosti byla zamítnuta nulová hypotéza a přijata alternativní hypotéza (s možnou chybou 5,3%, což považujeme za dostatečně nízkou hodnotu). Z kladné hodnoty koeficientu bylo usouzeno na rostoucí trend. **Podařilo se tedy prokázat, že s délkou praxe neonatologických sester vzájemná úroveň spolupráce s rodiči nedonošených dětí roste.**

Tab. č. 21 Hodnoty statistik pro vliv praxe na úroveň spolupráce

ρ_{SP}	0,120
SIGNIFIKANCE (jednostranná)	5,3%
POČET POZOROVÁNÍ	181

Graf č. 17 Délka praxe x úroveň spolupráce



2.5.2 Analýza rozhovorů s matkami

M1 paní Helena, 27 let, 1. dítě, porod císařským řezem, vysokoškolské vzdělání

Paní Helena porodila extrémně nezralého novorozence ve 26. gestačním týdnu s porodní hmotností 900 gramů. Porod proběhl císařským řezem v epidurální anestezii, a proto byly první informace o stavu syna sděleny ihned na porodním sále. Další informace přišel pediatr říci paní Heleně během pár hodin na JIP. Říká: „*Pocit nedostatku informací jsem určitě neměla. Možná spíše naopak toho bylo moc, že jsem to úplně nevnímala.*“ S mírou a srozumitelností poskytovaných informací byla naprosto spokojená. Všem rozuměla, vše jí bylo vysvětleno. Nejvýznamnějším zdrojem informací je pro ni lékař a sestra. Na internet se radši nedívá, aby jí to neděsilo. S ostatními rodiči nedonošených dětí v kontaktu zatím moc není. První taktilní kontakt se uskutečnil již při první návštěvě a první klokánkování po týdnu. Chlapec byl v tu dobu na CPAPu, ale již bez výživové infúze. Rodiče za synem na JIRP dojíždí každý den s čerstvým mateřským mlékem a klokánkovat. Do péče jsou oba začleněni dostatečně - přebalují, měří teplotu a promašťují kůži. Když se u chlapce prováděl nějaký výkon, po domluvě se zdravotnickým personálem odcházeli radši čekat na chodbu. Největší psychickou podporou jsou pro ni sestry, protože vždy řeknou co se s dítětem děje, co je nového. V nemocnici také pravidelně probíhá skupinové setkání rodičů nedonošených dětí, ale zatím se nezúčastnila. Také byla paní Heleně nabídnuta pomoc psychologa, kterou však zatím nepotřebovala. Ve vztahu se sestrou je pro ni důležitá hlavně komunikace. Vyjadřuje se: „*Tady jsou všichni komunikativní. Super péče. Žádnou negativní zkušenost nemám.*“ Jediné, co by paní Helena uvítala, by byl sepsaný provozní manuál chodu oddělení. Zpočátku nedokázala veškeré informace tolik vnímat a zapamatovat si je. Jinak je ale se vším spokojená a nic by neměnila.

M2 paní Lenka, 28 let, 1. dítě, porod spontánně, vysokoškolské vzdělání

Syn paní Lenky se narodil ve 32. týdnu těhotenství s hmotností 2300 gramů. Po spontánním porodu chlapce hned odnesli na JIRP. První informace o zdravotním stavu syna se dozvěděla po dvou hodinách, kdy se za ním na JIRP přišla podívat.

Dle paní Lenky mohly být poskytované informace podrobnější. Říká: „*Spíš toho řeknou mň, protože se jim to zdá složitý pro rodiče. Ale já toho chtěla vědět víc. Bylo to srozumitelné.*“ Nejprínosnějším zdrojem informací jsou pro ni lékaři a internet. První taktilní kontakt proběhl již při první návštěvě. Při prvním klokánkování třetí den byl chlapec ještě na CPAPu a infúzi. Po propuštění paní Lenka za synem dojížděla každý den. Návštěvní hodiny byly pro rodiče od 11 do 18 hodin. Na JIRP mohla přebalovat a později i přikládat. Otec dítěte také přebaloval, i klokánkoval. Při přepichování kanyly šla paní Lenka radši na chodbu, nechtěla u toho být. Mohla se však účastnit ultrazvukového vyšetření mozku. Největší podporou pro ni byl lékař, protože se od něj dozvěděla nejvíce informací. Psychologa nepotřebovala a ani jí nebyl nabídnut. Na otázku co je pro ni nejdůležitější ve vztahu se sestrou odpovídá: „*Pro mě asi bylo hodně důležitý, když jsem viděla, jak se přistupuje k těm dětem, jak se k nim chovaj, jestli s nima mluví a tak. Byla jsem ráda, že je o něj hezky postaráno. Že je vidět, že maj vztah k těm dětem. Pro mě bylo důležitý, aby byly příjemný i na nás. Ne vždycky to tak bylo. Ale jinak na tom JIPU bylo všechno perfektní, žádný problém.*“

M3 paní Vladislava, 34 let, 2. dítě, porod císařským řezem, vyšší odborné vzdělání

Paní Vladislava porodila císařským řezem ve 28. týdnu těhotenství. Syn vážil 1310 gramů. Nyní jsou již spolu na oddělení intermediární péče. Narodil se večer a první informace ji přišel pediatr na JIP sdělit až další den ráno. Paní Vladislava říká: „*Jsem se ráno i ptala, aby mi zavolali doktora, aby mně to prostě přišel někdo říct, jestli je malej v pořádku nebo není.*“ S mírou a srozumitelností informací byla naprosto spokojená a vyjadřuje se: „*Na tý jipce to bylo super, to je asi jedno z nejlepších oddělení, jaký tady je. Opravdu tam komunikovali, sestřičky skvělý.*“ Nejvýznamnějším zdrojem informací je pro ni lékař, sestry a ostatní rodiče nedonošených dětí. O komunikaci s ostatními matkami říká: „*Povídaly jsem si a předávaly ty informace. Protože je pravda, že každý lékař Vám taky řekne pokaždé pomalu něco jiného. Tak jsme si pak z toho dělaly takový svůj průměr. Ale prostě tak to fakt jako je no.*“ Poprvé si syna paní Vladislava mohla pohladit až po týdnu. První klokánkování bylo po dvou týdnech, kdy byl chlapec ještě na CPAPU a infúzi. Za synem na návštěvu dojížděla

každý den. Do péče se zapojovat nemohla, jen klokánkovala. K tomuto paní Vladislava říká: „*Tam jenom stojíte, koukáte a nic. Ale já jsem byla i ráda na druhou stranu, protože bych se hrozně bála s ním jakkoliv manipulovat. Představa, že bych ho měla přebalit, tak na to jsem neměla. Jsem se bála, že bych mu něco udělala. Jsem byla hlavně ráda, že je o něj dobře pečováno. Jsem si říkala, že to jsou odborníci. Oni vědí, co dělají, oni mu neublíží, takže jsem to nechávala na nich.*“ Otec jen chodil na návštěvy, neklokánkoval. Asi by prý nemohl, ale ani nechtěl. Invazivních výkonů u syna také přítomni být nechtěli a odcházeli čekat ven. Největší psychickou podporou jsou pro ni setkání s ostatními matkami nedonošených dětí. Psycholog jí nabídnut nebyl, ale určitě kdyby byla ta možnost, tak by ho využila. Ve vztahu se sestrou je pro paní Vladislavu důležité, aby jí poskytla informace, které potřebuje. A také aby měla sestra snahu pomoci a vše ukázala. Nelíbil se jí někdy přístup některých sester. Říká: „*Nelíbí se mi, když si ty sestry myslí, že všechno umíte, víte a znáte. Ale pak jsou tu naopak sestřičky, který jsou úplně super. Pomůžou se vším, trpělivě ukážou třeba dvacetkrát.*“

M4 paní Lenka, 33 let, 2. dítě, porod spontánně, středoškolské vzdělání

Paní Lence se syn narodil spontánně ve 31. gestačním týdnu s porodní hmotností 1590 gramů. První informace dostala již na porodním sále. Podrobněji ji pediatr informoval další den, když za synem na JIRP přišla. S komunikací a informacemi je spokojená, většinou všemu rozumí. Dotazy ji každý ochotně zodpoví. Nejprínosnější informace dostává od lékařů a sester. Říká: „*Sestřičky vždycky povysvětlí, poradí a podpoří.*“ Taktilní kontakt se synem ji byl umožněn při třetí návštěvě, kdy si ho mohla pohladit. První klokánkování proběhlo po týdnu s otcem dítěte, kdy dítě nemělo již žádnou dechovou podporu ani infúzi. Většinou však klokánkovali nejdéle jednu hodinu. Od propuštění z gynekologie je v nemocnici stále ubytovaná a za synem docházela několikrát denně. Nyní jsou již spolu na oddělení intermediární péče. Na JIRP, kromě klokánkování, se nijak péče o syna účastnit nemohla. Ale ani jí to nevadilo a vyjadřuje se: „*Já jsem to brala tak, že od toho tam jsou ty sestřičky. Ono když je to miminko hodně malý, tak se bojíte, abyste mu spíš neublížila, něco nezlomila. Tak jsem to radši nechávala na nich.*“ Otec dítěte dochází na návštěvy a také

klokánkuje. Před invazivními výkony u syna paní Lenku vždy upozornili a mohla zůstat. Psychickou podporou ve zdravotnickém zařízení jsou pro ni zejména lékaři a sestry. Když potřebovala mluvit s lékařem, vždy jí ho hned zavolali. O společných setkání s rodiči nedonošených dětí nic neví. Je hodně v kontaktu s matkami na oddělení a na pokoji. Psycholog jí nabídnut nebyl a ani ho nepotřebovala. Když jí bylo nejhůř, tak komunikovala hlavně s laktiční poradkyní a sestrami, které vždy pomohly. U sestry je pro paní Lenku důležité, aby srozumitelně pomalu mluvila, aktivně komunikovala, byla příjemná a usměvavá. V rámci hospitalizace je se vším spokojená.

M5 paní Lucie, 31 let, 1. dítě, porod císařským řezem, vyšší odborné vzdělání

Syn paní Lucie se narodil císařským řezem ve 34. týdnu těhotenství a vážil 2890 gramů. Jelikož má paní Lucie diabetes, tak byl její syn umístěn ke kontrole a sledování na JIRP. Po čtyřech dnech již spolu byli přeloženi na intermediární oddělení. Chlapec se narodil večer a první informace o jeho stavu dostala až další den ráno, kdy za ní přišel pediatr. Nejprínosnější informace pro ni byly od lékaře a sester. Vše bylo srozumitelné. První taktilní kontakt i klokánkování se uskutečnilo hned při první návštěvě. Chlapec již nepotřeboval ani infúzi. Docházela za ním z gynekologie několikrát denně. Návštěvy nebyly pro rodiče nijak omezeny. Otec klokánkovat nechtěl, choval až později. Na JIRP mohla paní Lucie syna přebalovat, kojit i dokrmovat z lahve. Největší podporou ve zdravotnickém zařízení jsou pro ni sestry, se kterými nejvíce komunikuje. Pomoc psychologa nepotřebovala a ani neví, zda je k dispozici. Ve vztahu se sestrou je pro ni nejdůležitější důvěra a srozumitelná komunikace. Říká: „*Tak aby všechno bylo tak nějak v klidu.*“ V rámci hospitalizace byla celkově spokojená a na nic si nestěžuje. Práci sester hodnotí velice kladně, vždy pomohly a poradily.

M6 paní Alena, 33 let, 1. dítě, porod spontánně, vysokoškolské vzdělání

Syn paní Aleny se narodil na hranici viability ve 23. gestačním týdnu s porodní hmotností 620 gramů. Po spontánním porodu již za čtyři hodiny přišla za synem na JIRP, kde jí byly sděleny první informace. Všem informacím rozuměla a říká: „*A samozřejmě když nevím, tak se zeptám.*“ Prioritní informace získává od lékařů

a srozumitelnější od sester. Občas jako zdroj informací používá internet. Byla kontaktována občanským sdružením Nedoklubko, ale pomoc zatím nevyužila. S ostatními matkami nedonošených dětí v kontaktu zatím moc není. Poprvé si syna pohladila třetí den, dřív se bála. Vyjadřuje se: „*Určitě mi to bylo dovoleno. Ale on byl tak malinkatej, že jsem se bála. Jen jsem se na něj koukala.*“ Když prvně po 14 dnech klokánkovala, tak byl syn ještě zaintubovaný a potřeboval výživovou infúzi. Na návštěvy paní Alena dojíždí denně a na oddělení, nyní už JIP, tráví tak čtyři hodiny. Každý den klokánkuje. Návštěvní hodiny jsou bez omezení a rodiče si na oddělení mohou vzít kohokoliv. Do péče o syna se cítí začleněna maximálně. Na JIRP mohla přebalovat a měřit synovi teplotu. Otec dítěte se do péče začleňuje stejným způsobem. U všech prováděných výkonů chtěli rodiče být a dívat se. Bylo jim to vždy po domluvě umožněno. Na otázku, kdo je pro paní Alenu největší psychickou podporou ve zdravotnickém zařízení, odpovídá: „*Určitě sestřičky andílci, ale samozřejmě i lékaři. Sestřičky jsou tady s nima každý den, takže vědí co se děje a umějí to říct.*“ Psycholog k dispozici není, ale paní Alena ho ani nepotřebovala. Ve vztahu se sestrou je pro ni důležitá zejména aktivní komunikace. Nikdy však neměla žádný problém a s péčí je velice spokojená. Jako negativum vnímá nedostatek peněz ve zdravotnictví. A také si myslí, že sestry hodně zdržuje nadbytek dokumentace.

M7 paní Lucie, 30 let, 1. dítě, porod císařským řezem, středoškolské vzdělání

Paní Lucie porodila chlapce ve 27. týdnu těhotenství s porodní hmotností 843 gramů. Nyní mu jsou již skoro čtyři měsíce a čekají na propuštění. Po císařském řezu byla umístěna na JIP. Porodila po poledni a první informace od pediatra ji byly sděleny až další den dopoledne. K srozumitelnosti poskytovaných informací říká: „*No někdy od těch lékařů je to takový zapeklitý, že to říkají v těch latinských názvech, ale vždycky kdykoliv jsme se zeptali, tak nám to bylo dovysvětleno třeba od sestřiček.*“ Nejvýznamnějším zdrojem přínosných informací jsou pro ni určitě sestry a pak ostatní rodiče nedonošených dětí, s kterými probírají společné problémy. Zůstávají vzájemně i nadále v kontaktu. První taktilní kontakt proběhl již při první návštěvě, kdy si na chlapce mohla položit ruce. Prvně však klokánkovala až po několika týdnech, když

syn vážil kilo a půl a již neměl infúzi ani CPAP. Tatínek poprvé choval ale až na oddělení intermediální péče, protože měl strach. Paní Lenka byla dlouho hospitalizovaná na gynekologii a potom na pokoji pro matky. Po tu dobu za chlapcem docházela třikrát denně dle návštěvních hodin. Klokánkování probíhalo vždy na návštěvě od 15 do 17 hodin. Na návštěvy na JIRP mohli pouze rodiče. Zapojena do péče se paní Lenka cítila dostatečně a k otázce se vyjadřuje: „*On byl tak maličkej, že mi to stačilo.*“ Ona i otec mohli přebalovat a měřit teplotu. Již na oddělení JIRP zkoušeli kojení. Když se na oddělení prováděl nějaký invazivní výkon jejich či jinému dítěti, museli odcházet na chodbu. U odsávání z dýchacích cest být mohli. Největší oporou pro ni ve zdravotnickém zařízení byly určitě sestry. A také ostatní matky nedonošených dětí, se kterými se snažily povídat i o jiných věcech, než problémech s dětmi. Byla ji nabídnuta i pomoc psychologa, kterou však nakonec nevyužila. Na otázku, co je pro ni nejdůležitější ve vztahu se sestrou, odpověděla: „*Hlavně ten jejich vřelej přístup. Že jsme přišli a hned nám začaly povídat, co je s miminkama novýho. Nemuseli jsme se vlastně ani na nic ptát. Samy komunikovaly, samy radily, když viděly, že se bojíme i při tom přebalování třeba. Snažily se nám pomoc a dát nám tu jistotu v tom zacházení s nima.*“ Celkově se paní Lenka vyjadřuje, že byla spokojená. Při tak krátkých návštěvních hodinách jí prý ani nestačilo nic vadit. Jen občas neměly sestry čas se jim věnovat, když pracovaly kolem jiných dětí.

M8 paní Eva, 26 let, 1. děti - dvojčata, porod císařským řezem, středoškolské vzdělání
Paní Evě se děti narodily ve 27. týdnu těhotenství. Dcera vážila 820 gramů a chlapec 860 gramů. První informace o stavu dětí dostala od pediatra ihned po probuzení po císařském řezu na JIP. S mírou a srozumitelností informací byla naprosto spokojená. Nejprínosnějším zdrojem informací jsou pro ni lékaři a ostatní rodiče nedonošených dětí. Své děti si poprvé mohla pohladit za tři dny. První klokánkování proběhla asi za tři týdny, když už děti neměly CPAP a potřebovaly jen kyslík a výživovou infúzi. Na JIRP paní Eva dojízďela dvakrát denně s čerstvým mateřským mlékem. Nyní už je má u sebe na oddělení intermediární péče. Do péče o děti se paní Eva cítí dostatečně začleněná a říká: „*Když už na tom byly děti líp, tak jsem si je mohla přebalit. Ale já jsem se bála.*

A teď už jsou v pohodě, tak můžu dělat všechno.“ Otec dětí si je na JIRP pouze hladil, neklokánkoval. Když se prováděly u dětí invazivní zákroky, tak paní Eva odcházela počkat na chodbu. Nechtěla u toho být. A samozřejmě museli rodiče odcházet, když se něco dělo u jiných dětí. Největší podporou ve zdravotnickém zařízení jsou pro paní Evu sestry, se kterými trávila nejvíce času. A také ostatní matky, s nimiž je na pokoji. Pomoc psychologa jí nabídnuta nebyla a určitě by ho využila. Vyjadřuje se: *„Ale ze začátku bychom ho tady potřebovali asi všichni.“* Velmi pozitivně však hodnotí skupinová setkání maminek nedonošených dětí, která probíhají jedenkrát měsíčně. Důležité ve vztahu se sestrou podle paní Evy je, aby byla příjemná, hodná, vstřícná a ochotná. K tomuto říká: *„Ale tady jsou fakt, musím uznat, opravdu všichni úžasní. Na nic si nestěžuju, všechno je super.“*

M9 paní Jitka, 32 let, 1. dítě, porod císařským řezem, středoškolské vzdělání

Dcera paní Jitky se narodila ve 34. gestačním týdnu a vážila 1800 gramů. Porod proběhl dopoledne císařským řezem. A již odpoledne za ní přišel pediatr a přinesl jí i dceru ukázat. Hned si ji mohla pochovat. V komunikaci všemu rozuměla, vše podrobně vysvětlovali. Nejprínosnější informace dostávala od lékařů a sester. S jinými matkami nedonošených dětí v kontaktu není. Prvně paní Jitka klokánkovala již při první návštěvě dcery na JIRP. V tu dobu dítě ještě mělo infúzi a potřebovalo antibiotika. Dále mohla dceru přebalovat, oblékat a krmit stříkačkou. Otec dítěte mohl na JIRP jedenkrát denně a také klokánkoval. Na JIRP mohli jednou za pobyt na návštěvu i prarodiče. K invazivním výkonům dceru odnášeli pryč a paní Jitka zatím čekala na chodbě. Největší psychickou podporou jsou pro ni lékaři a sestry. Psychologa nepotřebovala a ani jí nebyl nabídnut. Od sestry očekává zejména aktivní komunikaci. Nyní, týden po porodu, jsou již spolu na novorozeneckém oddělení. V rámci hospitalizace je se vším spokojená, žádná negativa nevyjadřuje.

M10 paní Tereza, 23 let, 1. dítě, porod císařským řezem, vyšší odborné vzdělání

Syn paní Terezy se narodil ve 35. týdnu těhotenství s porodní hmotností 1160 gramů. Prvotní informace byly sděleny otci dítěte okamžitě po porodu. Paní Lenka byla

po císařském řezu na pooperačním oddělení a za synem na JIRP se dostala až další den. Tam jí hned o stavu syna všechno srozumitelně řekli a vysvětlili. Nejprínosnější zdroj informací pro ni byl ošetřující lékař. Vyjadřuje se: „*To, čemu jsem nerozuměla, mi pak vždycky sestřičky ještě vysvětlily. Jak je člověk nervózní, tak ty informace od lékaře odkýve a pak neví. A i ten internet používám.*“ Prvně si paní Tereza syna pohladila hned při první návštěvě. Klokánkování poprvé probíhalo třetí den a chlapec byl v tu dobu ještě napojen na infúzi. Po celou dobu je ubytovaná v nemocnici a na oddělení JIRP tráví skoro celý den. Návštěvy nejsou nijak omezené. Syna může přebalovat, koupat, krmit savičkou. Každé tři hodiny synovi odstříkávala čerstvé mléko. Nyní již plně kojí. Otec dítěte se na péči také mohl podílet stejným způsobem. U všech výkonů mohla být přítomna, vždy ji předem upozornili a vysvětlili, co se bude dít. Největší podporou jsou pro ni v nemocnici sestry. Psycholog jí nabídnut nebyl a ani ho nepotřebovala. Ke vztahu se sestrou se vyjadřuje: „*Pro mě je důležité, aby dala najevo, že ví, že umí. Ale netvářila se namyšleně a že jí práce nebaví. Aby bylo vidět, že je tam pro ty děti.*“ V rámci hospitalizace byla se vším spokojená.

M11 paní Lucie, 28 let, 1. dítě, porod císařským řezem, vysokoškolské vzdělání

Paní Lucie porodila ve 30. týdnu těhotenství císařským řezem. Chlapec vážil 1490 gramů. Na první informace o stavu syna nečekala, přišli jí je říct na JIP během několika hodin. Lékaři někdy používali odborné termíny, kterým nerozuměla. Vše jí pak ale vždy bylo dovysvětleno od sester. Nejvíce informací dostávala od lékařů a sester. Vyjadřuje se: „*Každý den ráno mi řekl lékař, jak na tom malý je. A pak jsme se doptávali sestry.*“ Poprvé si syna paní Lucie mohla pohladit hned při první návštěvě druhý den, když ji pustili z JIP. Třetí den chlapce poprvé chovala. Pak ale bohužel dostal infekci a klokánkovat několik dní nemohli. Na JIRP paní Lucie dojížděla z domova dvakrát denně. Návštěvní hodiny byly od 10 do 18 hodin pouze pro rodiče. Syna mohli přebalovat a měřit teplotu. Otec se však bál, tak jen klokánkoval. Při invazivních výkonech museli odcházet na chodbu. Největší podporou v nemocnici pro ni byly sestry. Na otázku zda jí byla nabídnuta pomoc psychologa, odpovídá: „*Nikdo mi nic neříkal. Ale kdyby byl k dispozici, tak bych ho asi využila.*“ Ve vztahu

se sestrou je pro paní Lucii prioritní hlavně aktivní komunikace, podpora a povzbuzení. Uvítala, když ji sestry hned po příchodu řekly alespoň základní informace o stavu syna a nemusela čekat až na lékaře. Říká: „*Já vím, že nám sestry nemůžou říct všechno. Ale některá neřekla vůbec nic, jen ať si počkáme na doktora. A to bylo asi nejhorší.*“ Jinak je s péčí o syna spokojená. Nejvíce vděčná byla za hodné, usměvavé a trpělivé sestry.

2.5.3 Shrnutí rozhovorů s matkami

Tab. č. 22 Okolnosti porodu

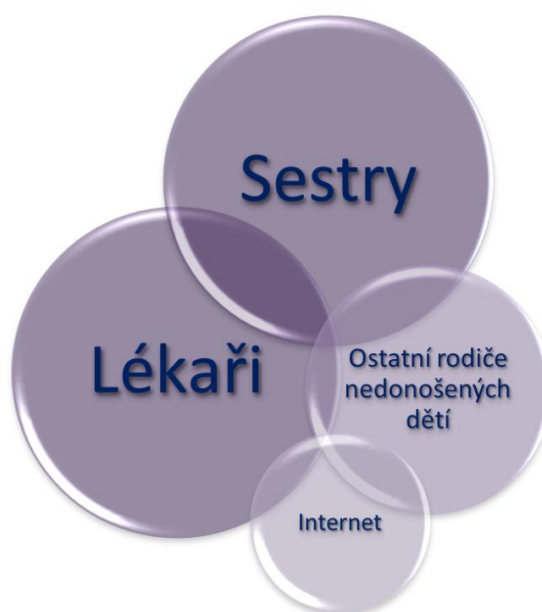
MATKA	ZPŮSOB PORODU	TÝDEN TĚHOTENSTVÍ	PORODNÍ HMOTNOST NOVOROZENCE
M1	císařský řez	26.	900 gramů
M2	spontánně	32.	2300 gramů
M3	císařský řez	28.	1310 gramů
M4	spontánně	31.	1590 gramů
M5	císařský řez	34.	2890 gramů
M6	spontánně	23.	620 gramů
M7	císařský řez	27.	843 gramů
M8	císařský řez	27.	820 a 860 gramů
M9	císařský řez	34.	1800 gramů
M10	císařský řez	35.	1160 gramů
M11	císařský řez	30.	1490 gramů

První informace o stavu dítěte po narození

Sdělování prvních informací o stavu novorozence po narození závisí zejména na způsobu porodu. Jedna matka po spontánním porodu dostala první informace ihned a další dvě za 2 - 4 hodiny, kdy přišly za svými dětmi na JIRP. Po císařském řezu v epidurální anestezii, kdy je žena při vědomí, byla ihned na porodním sále informována jedna matka. Další tři matky po císařském řezu získaly první informace během několika hodin na JIP, kam za nimi přišel pediatr. Čtyři ženy z jedenácti obdržely první informace o svých dětech až po více jak 12 hodinách od porodu.

Další informace rodičům

Většina matek byla s mírou a srozumitelností informací naprosto spokojena. Dvě matky nerozuměly medicínským a latinským termínům od lékařů. Často se ženy vyjadřovaly, že jim pak dále vše dovysvětlovaly sestry. Jedna z matek měla pocit nedostatku informací, ale když se zeptala, vše jí bylo sděleno. Prioritní informace dostávali rodiče od lékařů a sester. Od sester byly informace srozumitelnější. Dalším zdrojem informací jsou pro rodiče ostatní rodiče nedonošených dětí a internet.



První taktilní kontakt a klokánkování

Sedm z jedenácti matek si mohly své děti poprvé pohladit již při první návštěvě. U dalších třech matek proběhl první taktilní kontakt při třetí návštěvě. Jedním z důvodů byl i strach matky. Jedna žena si svého syna prvně hladila až po týdnu. První klokánkování se uskutečňuje dle stavu novorozence i matky a dle zvyklostí oddělení. Dvě matky klokánkovaly již při první návštěvě. Dalších pět matek prvně klokánkovaly během týdne a čtyři matky pak až déle. Na některých odděleních se čeká, až děti nebudou zaintubované či až budou bez CPAPu.

Účast na péči o dítě

Většina matek se cítí do péče začleněna dostatečně. Mohly své děti přebalovat, hladit, klokánkovat, dle stavu přikládat ke kojení a dále dle zvyklostí oddělení měřit tělesnou teplotu, promazávat kůži, koupat a krmit ze savičky či stříkačky. Dvě matky z jedenácti se na JIRP péče o dítě neúčastnily, mohly pouze hladit a klokánkovat. Spolupráce s otci dětí byla stejná, mohli vykonávat to co matky. Někteří se však báli a raději čekali, až děti povyrostou.

Návštěvy

Rodiče za svými dětmi docházeli dle různých návštěvních hodin oddělení. Na některých odděleních mohli na návštěvu i ostatní členové rodiny. Šest z jedenácti matek dojíždí na návštěvy každý den, jednou či vícekrát, s čerstvě odstříkaným mateřským mlékem. Zbylé ženy zůstaly v nemocnici ubytované a docházely na oddělení JIRP několikrát denně. Pokud byl u dítěte v době návštěvy rodičů potřebný nějaký invazivní výkon, byli rodiče upozorněni a mohli si většinou vybrat, zda chtějí být přítomni. Většina rodičů však raději čekala mimo oddělení.

Podpora rodičů

Pro osm žen z jedenácti jsou prioritní psychickou podporou sestry, které jsou s dětmi v nejužším kontaktu. Pro čtyři matky je důležitá i podpora lékařů a třem matkám pomáhá komunikace s ostatními rodiči nedonošených dětí. Jedna z matek cítila podporu

u laktační poradkyně. Spolupráce s psychologem byla nabídnuta pouze dvěma ženám, které však jeho pomoc nakonec nepotřebovaly. Naopak tři ženy by psychologa, kdyby byl k dispozici, využily.

Vztah se sestrou

Priority ve vztahu se sestrou matky uváděly následující: aktivní a srozumitelná komunikace, příjemné a klidné vystupování, profesionální chování k dětem, poskytnutí potřebných informací, snaha pomoci, trpělivost sester, důvěra, podpora a povzbuzení.



Průběh hospitalizace

Pět žen z jedenácti zmiňuje pouze drobné nedostatky v průběhu hospitalizace. Jedna matka vyjadřovala pouze občasné delší čekání na informace po příchodu na JIRP. Další z žen uvádí, že na ně sestry někdy neměly moc času, když pracovaly u jiných dětí. Také si myslí, že sestry hodně zdržuje dokumentace. Dvěma matkám se občas nelíbil přístup a chování některých sester. Jedna matka by uvítala podrobněji sepsaný provozní řád a chod oddělení. Většina matek však vyjadřovala s péčí a hospitalizací naprostou spokojenost.

3 DISKUSE

Jedním z hlavních cílů ošetrovatelské péče v neonatologii je individualizované uspokojování potřeb novorozence a současně i jeho rodičů. Vzájemná spolupráce a zapojování rodičů do péče o nedonošené dítě je věc relativně nová a je potřeba se tomuto trendu naučit a přizpůsobit. Rodiče mají právo být se svým dítětem. Profesionalita sestry vyžaduje respektovat toto právo (Boledovičová at al., 2010). Úzká a účelná spolupráce s rodiči je pro zdravotníka povinnost a pro rodiče priorita. I proto byla tato problematika zvolena jako téma diplomové práce.

Prvním cílem diplomové práce bylo zmapovat úroveň spolupráce a podpory rodičů a jejich zapojování do péče o jejich nedonošené dítě v perinatologických centrech v ČR. Ke splnění daného cíle byla použita kvantitativní metoda dotazníkového šetření, kdy byl ke zjištění dat vypracován a použit nestandardizovaný dotazník. Bylo osloveno všech 12 perinatologických center v ČR, s výzkumným šetřením jich souhlasilo 11. Respondenty byly sestry pracující na odděleních JIRP pro novorozence a výzkumný vzorek v šetření činil 181 respondentů. Průměrný věk sester byl 37 let (tab. č. 1). Průměrná délka praxe respondentů činila 11 let (tab. č. 2). Nejvíce neonatologických sester disponovalo specializačním postgraduálním vzděláním ARIP (37 %). Dále následovali respondenti s bakalářským vzděláním (25,4 %) a poté středoškolsky vzdělané sestry v oboru dětská sestra (16 %). Zajímavé bylo porovnání těchto údajů mezi menšími a většími městy, kdy v perinatologických centrech větších měst pracují sestry mladší, s kratší praxí, ale vyšším dosaženým vzděláním. A naopak v menších městech působí sestry starší, s dlouholetou praxí, ale nižším vzděláním. Uváděcí otázka zjišťovala, zda sami respondenti mají děti a jakou má tato skutečnost vliv, na jejich subjektivní vnímání situace rodičů nemocných dětí. Z celkového počtu dotazovaných má děti přes 60 %. Z těchto respondentů uvedlo více jak 90 %, že tato životní skutečnost ovlivňuje vnímání situace rodičů nedonošených dětí (otázka č. 1). Domníváme se, že pro tyto respondenty je snazší vcítit se do strachu a úzkosti o své dítě, které rodiče prožívají. Práce sester na odděleních JIRP je náročná z mnoha

hledisek. Sestry zde musí být zdatné v základních ošetrovatelských disciplínách, které musí jemně a přesně provádět u malých pacientů. Musí znát principy bazální stimulace, dbát na klidný provoz oddělení. K těmto základním dovednostem musí zvládat přípravu a asistenci u invazivních výkonů, které jsou mnohdy nezbytné. Dále musí ovládat přístrojovou techniku, která se stala nedílnou součástí poskytování péče nedonošeným dětem. Příjmem nedonošeného či patologického novorozence sestra nezískává do péče pouze tohoto pacienta, ale zároveň i jeho rodiče. Na péči o tyto děti se podílí multidisciplinární tým a je již standardem, aby se na péči podíleli také rodiče, kteří jsou ve své roli nezastupitelní. Sestra se stává jejich edukátorem a později koučem v péči o jejich dítě. Tuto roli sestry uvádí i Kozierová at al. (2004). Při této vytíženosti sester na JIRP nás zajímalo, zda mají dostatek času se rodičům věnovat. Přes 90 % respondentů uvedlo, že mají vždy nebo většinou dostatek času věnovat se rodičům při péči o jejich dítě (otázka č. 2). Toto by mělo svědčit i o tom, že sestry nejsou přetěžovány a starají se o optimální počet pacientů. Z odpovědí na otázku, zda sestry plánují s rodiči péči o jejich dítě, se dále domníváme, že sestry tento čas s rodiči využívají efektivně ku prospěchu pacienta a rodičů, protože 90 % respondentů uvedlo, že s rodiči plánují péči o jejich dítě (otázka č. 3). Podílení se na péči ze strany rodičů může mít mnoho podob a také záleží na mnoha okolnostech: v jakém zdravotním stavu je dítě, jak se cítí rodiče a co je standardem na daném oddělení. Déle také záleží na schopnostech sestry, která rodiče k dovednostem vede a správně edukuje. Z výsledků šetření nám vyplynulo, že možnosti zapojování rodičů do péče se mírně liší. Na otázku č. 7 respondenti odpověděli, že se rodiče nejvíce podílí na přebalování (95 %), měření TT (70,2 %), rehabilitaci (68,5 %) a krmení (58,6 %). Dále se rodiče dle respondentů zapojují následovně: koupání, čtení pohádek, kojení, péče o kůži, výměna saturačního čidla, muzikoterapie, pozitivní doteky – hlazení, masáže a orofaciální stimulace. Z rozhovorů s rodiči bylo zjištěno, že je pro ně jednou z nejdůležitějších priorit dostatek informací o jejich dítěti. Z počátku získávají hlavní podíl informací od ošetřujících lékařů. Po stabilizaci stavu dítěte a s prodlužující se délkou jeho hospitalizace se předávání dominantního podílu informací ujímá více ošetřující sestra. Rodiče také uvedli, že sestry a lékaři pro ně byli největší zdroj informací, co se týče stavu jejich

dítěte. Toto zjištění potvrdily i sestry neonatologických JIRP. Ty se plně domnívají, že od nich rodiče mají maximum ošetrovatelských informací (otázka č. 4). Ač si všichni respondenti myslí, že poskytují dostatek informací rodičům, bylo zajímavé zjištění, kdy jsme se respondentů tázaly, zda je pro ně obtížné komunikovat s rodiči nedonošených dětí. Téměř polovina (48,6 %) uvedla možnost ne, že není problém v komunikaci s těmito rodiči. Ale více jak polovina odpověděla na otázku č. 5 možnostmi občas (50,3 %), či ano (1,1 %). Domníváme se z tohoto zjištění, že sestry neberou komunikaci jen jako běžnou rutinu, ale vždy se snaží přistupovat individuálně případ od případu, rodič od rodiče. Neadekvátně sdělené informace či nevhodná komunikace může narušit důvěru mezi rodiči a zdravotnickým personálem a může ohrozit kontinuitu péče o malého pacienta. Toto uvádí i Velemínský at al. (2009). Komunikaci a schopnost spolupráce v současné době vnímáme jako dovednost, kterou se lze naučit či získat v průběhu konání profese. Problémy v komunikaci ze strany sestry mohou být zapříčiněny právě nedostatkem zkušeností s těmito situacemi nebo nedostatečnými verbálními schopnostmi jedince. V rámci výzkumného šetření byly testovány dvě hypotézy, které sledovaly vliv vzdělání a délky praxe neonatologických sester na úroveň spolupráce s rodiči nedonošených dětí. Při statistickém testování těchto hypotéz jsme došli k závěru, že na tuto spolupráci má vliv délka praxe, která zvyšuje úroveň spolupráce neonatologických sester a rodičů předčasně narozených dětí. Naopak hypotézu, že vzdělání zvyšuje tuto úroveň spolupráce, se potvrdit nepodařilo. V rámci komunikace může být i překážka ze strany rodičů a tím mohou vzniknout další potíže. Na problémy ve spolupráci s rodiči byli respondenti tážáni v otázce č. 14 a z daných možností uvedli jako největší problém abúzus návykových látek rodičů, dále pak jazykovou bariéru, poté nepochopení režimu oddělení, obtížnou edukaci rodičů, etnické a náboženské odlišnosti a nakonec komunikaci. Ačkoli více jak polovina respondentů uvedla obtíže v komunikaci s rodiči, z daných možností uvedli komunikaci na posledním místě. Tedy, že by nejméně měla ovlivnit spolupráci mezi zdravotnickým personálem a rodiči. Vzniklé neshody a problémy v komunikaci plynou ze stresové situace, kterou rodiče musejí snášet. Matky jsou často po porodu samy na oddělení a jejich partneři s nimi nemohou být neustále v nemocnici. Z rozhovorů s rodiči bylo

zjištěno, že psychickou útěchu našli u zdravotnického personálu, a to zejména mezi ošetřujícími sestrami. Tuto oporu rodiče považovali za dostatečnou. Rodiče také uvedli, že odborná psychologická pomoc jim na odděleních nebyla příliš nabízena. To potvrzují i odpovědi sester, které uvedly, že psychologa k pomoci rodičům využívají velmi často pouze v 8,3 % případů, občas či zřídka využilo tuto intervenci přibližně dvě třetiny respondentů (63 %). Bohužel ale skoro třetina (28,7 %) respondentů se s touto pomocí nikdy nesetkala (otázka č. 10). Z těchto výsledků vyvozujeme, že odborná psychologická pomoc není běžným standardem v péči o rodiče předčasně narozených dětí. Zjištění důvodů tohoto stavu nebylo cílem této práce, ale jistě je to podnět k dalšímu možnému výzkumnému šetření. Z rozhovorů s rodiči bylo také zjištěno, že mezi jejich další hlavní priority patří potřeba kontaktu s dítětem, být s dítětem. Důležitý je i první tělesný kontakt mezi matkou a novorozencem. Kdy poprvé tento taktilní kontakt proběhl, zjišťovala další otázka, na kterou respondenti odpověděli následovně: na porodním sále, pokud je dítě stabilní - 22,1%, až po stabilizaci dítěte - 24,9% a nejčastěji na oddělení při první návštěvě - 70,7% (otázka č. 6). Tato potřeba se může týkat ale i ostatních členů rodiny. Šetřením bylo zjištěno, že návštěvy rodičů v perinatologických centrech se liší. Z uvedených možností respondenti nejčastěji odpověděli, že takto nemocné dítě mohou navštívit pouze rodiče dítěte (65,7%). Některá perinatologická centra mají časové omezení návštěv (29,8%), v některých můžou malého pacienta navštívit bez omezení všichni členové rodiny (12,2%), anebo pouze rodiče se sourozenci (1,1%). V jednom perinatologickém centru mohou na návštěvu také prarodiče, byť pouze jedenkrát během hospitalizace dítěte (otázka č. 12). Jak již bylo řečeno, rodiče jsou nezbytnou součástí týmu, který se podílí na péči o jejich dítě. Nepatří však k profesionálům. Jsou stále výkony, které můžeme u malých pacientů hodnotit jako invazivní, bolestivé či nepříjemné a rodiče by mohli přítomnost u těchto výkonů špatně snášet jak emočně, tak i somaticky. Respondentů jsme se tázaly, u kterých výkonů rodičům nedoporučují jejich přítomnost. Z předložených odpovědí nejčastěji uvedli intubaci (96,7 %), dále invazivní výkony (93,4 %), zajištění žilní kanyly (80,7 %) a odsávání z dolních cest dýchacích nedoporučuje 30,9 % (otázka č. 8). Mezi další výkony, při kterých není rodičům

doporučena jejich přítomnost, respondenti uvedli sondování gastrickou sondou, odběry, rentgen, kardiopulmonální resuscitaci, oční vyšetření či zavádění peritoneální dialýzy a drénů. Zazněla i odpověď, že rozhodnutí je ponecháno plně v rukou rodičů. Některé z těchto uvedených výkonů jsou jednorázové, některé se dle potřeby opakují. Určité invaze jsou zavedeny pouze po dobu jejich využitelnosti. V této době je třeba zvýšeného klidu pacienta, aby nebyla narušena účinnost léčebného opatření nebo aby nedošlo k poškození pacienta. Zajímalo nás, při kterých invazích rodiče nemohou na jejich oddělení klokánkovat. Nejčastěji respondenti označili zajištění dítěte umbilikálním arteriálním nebo venózním katétrem (78,5 % vs. 58,0 %) či periferní artérií (55,2 %). Skoro v polovině případů (46,4 %) neklokánkují děti s umělou plicní ventilací, což se zdá jako negativum pro dítě i rodiče především u chronicky ventilovaných pacientů. Bohužel 6,1% respondentů uvedlo, že neklokánkují děti ani na CPAPu. Mezi dalšími výkony znemožňujícími klokánkování na oddělení respondenti uvedli drenáže, permanentní žaludeční sání, elektroencefalografii, řízenou hypotermii, vysokofrekvenční ventilaci, peritoneální dialýzu, nestabilní stav či fototerapii. Domníváme se, že rozhodnutí, zda umožnit či neumožnit rodičům klokánkování, vyplývá z více kritérií. Mezi ně lze zařadit celkový stav pacienta, zvyklost oddělení nebo zkušenost a zručnost ošetřující sestry. Klokánkování vnímáme jako velmi intimní chvíli, kterou mají pro sebe pouze rodiče s dítětem. Pozitiva klokánkování pro nedonošené dítě uvádí i Friedlová at al. (2008). Rodič a jejich dítě se vzájemně poznávají, imunizují a vytvářejí pevné citové pouto. Jsou to chvíle, které by rodiče měli prožívat v klidném prostředí a pro jeho intimnost i v soukromí. Skutečnost, že rodiče mají dostatek soukromí na oddělení, uvedla pouze necelá čtvrtina respondentů (22,1 %). Sestry se jej snaží zajišťovat pomocí paravánu nebo mají na odděleních speciální místnosti pro rodiče, kde mohou odstříkat mateřské mléko a kde jim jsou sdělovány informace o zdravotním stavu jejich dítěte. Zbývající respondenti (77,9 %) se domnívají, že rodiče na odděleních nemají dostatek soukromí (otázka č. 13). Jako hlavní příčiny tohoto diskomfortu uvedli mnoho dětí na boxu, malé a nevhodně řešené prostory, chybějící místnost pro rodiče nebo zvýšený provoz na oddělení. Všechna tato úskalí musí rodiče snášet při hospitalizaci jejich dítěte a při podílení se na péči o něj.

Informace o zdravotním stavu dítěte mohou slyšet i ostatní rodiče, což je nežádoucí. Velmi náročné pro ošetřující personál je i za této situace zajistit klidné umírání malého pacienta nejlépe v náruči rodičů. I toto je však potřeba zvládnout. Dále nás zajímalo jaká pozitiva a negativa vidí neonatologické sestry v přítomnosti rodičů na oddělení a podílení se na péči. Mezi pozitiva zařadily: sblížení se s dítětem, vznik a podpora citové vazby, zaučení se v péči o novorozence, překonávání strachu rodičů a podpora laktace. Výhodou také je, že dítě i rodiče jsou klidnější, lépe spolupracují, poznávají chování dítěte, vidí odbornost péče, získávají větší důvěru v ošetřující personál a pocit, že pro své dítě mohou něco udělat. Jako negativa respondenti napsali: rodiče jsou ve stresu z alarmů kolem a mohou špatně snášet nepříjemné výkony u jejich dítěte, které je nestabilní a mohou mít pocit, že mu zdravotníci ubližují. Někteří dokonce uvedli, že je pro ně zatěžující, zdlouhavé a náročné rodiče edukovat o dění kolem jejich dítěte a následně na rodiče dohlížet a kontrolovat je, pokud se na péči aktivně podílí. Tato tvrzení jsou pro nás překvapivá, neboť respondenti uvedli, že mají na rodiče dostatek času a snaží se s nimi péči plánovat. Domníváme se ale, že jde pouze o ojedinělé případy. Náročnost a negativa přítomnosti rodičů zejména při diagnostických a léčebných výkonech uvádí však ve svém výzkumu i Páleníková a Bužgová (2009). V úvodu této diskuze jsme se zmínili o těžkostech práce sestry na JIRP. Tato profese a její vnímání je utvářena mnoha faktory, které vyplývají z rodinného či pracovního zázemí sester nebo vztahů s kolegy na pracovišti. Naprostá většina respondentů (98,4 %) je se svojí prací na neonatologii spokojena (otázka č. 16). Toto zjištění vypovídá o velkém entuziasmu sester, které na tomto náročném oddělení pracují. Domníváme se, že tento entuziasmus je i podnětem pro zdokonalování se a další vzdělávání. Zde vidíme příležitost pro zaměstnavatele pro investici časových a finančních prostředků do vzdělávání sester s následným zvyšováním kompetencí ošetrovatelské péče. Až 70,2 % respondentů uvedlo, že je zaměstnavatel buď částečně, nebo úplně podporuje v dalším vzdělávání. Zbývajících 29,8% respondentů zvolilo negativní možnost odpovědi, a sice že je zaměstnavatel v dalším vzdělávání nepodporuje (otázka č. 15).

Druhým cílem této diplomové práce bylo zjistit očekávání a priority rodičů hospitalizovaných nedonošených dětí. Pro splnění tohoto cíle byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru bylo osloveno jedenáct matek předčasně narozených dětí. Z analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že rodiče mají záhy po porodu potřebu získání informací o zdravotním stavu jejich dítěte. Z výpovědí vyplynulo, že záleží na poporodním stavu rodičky. Pokud to stav dovoluje, je matka informována v řádu několika hodin. Ani jedna respondentka neuvedla, že by na sdělení informací o stavu svého dítěte čekala dále než 24 hodin. Čtyři z jedenácti matek však čekaly déle než 12 hodin. Skutečnost, že jsou opakované a srozumitelné informace pro rodiče základní potřebou, uvádějí i Plevová a Slowik (2010). Pokud respondentky některým lékařským informacím nerozuměly, bylo jim vždy vše dovysvětleno samotným lékařem nebo následně ošetřující sestrou. Domníváme se, že je důležité, aby sestra byla přítomna sdělování informací rodičům lékařem. Je tak snížena možnost tzv. informačního šumu a není narušena kontinuita péče a informovanosti rodičů. Jako další zdroj informací o věcech netýkajících se jejich dítěte uváděly respondentky ostatní matky nedonošených dětí a internet. Prioritou je pro matky kontakt se svým dítětem. Lásku a sounáležitost potřebuje ale samozřejmě i novorozenec. Velmi důležitý je co nejčastější vzájemný kontakt (Sikorová, 2011). Většině rodičů byl první kontakt s jejich novorozencem umožněn již při první návštěvě. Ostatní rodiče se setkali s novorozencem později - buď z důvodu vážného stavu dítěte, nebo jednou ze strachu matky. V průběhu hospitalizace byli rodiče většinou dostatečně zapojováni do péče o jejich dítě, včetně otců. To považujeme za velmi pozitivní. Je důležité, aby sestra seznamovala rodiče s jejich dítětem a učila je navazovat společný kontakt. První klokánkování se uskutečňuje na každém oddělení jinak. Vždy se řídí stavem dítěte a matky, zvláště pokud rodila císařským řezem. Z některých výpovědí bylo však zřejmé, že bylo klokánkování zbytečně odloženo nebo trvalo příliš krátce, což je pro nedonošeného novorozence spíše zatěžující. Jak uvádí Sikorová a Suszková (2011), klokánkování by mělo trvat minimálně dvě hodiny. Různé jsou i možnosti návštěv na oddělení JIRP. Důležité však je, aby bylo všem matkám umožněno i několikrát denně donášet čerstvě odstříkané mateřské mléko pro své dítě. V teoretické části bylo zmíněno, že porod předčasně

narozeného dítěte je velmi náročný pro rodiče a jejich blízké okolí. Proto matky potřebují oporu. Většina respondentek uvedla, že psychickou podporu hledala u zdravotnického personálu a to převážně u sester, které se staraly o jejich dítě. Priority ve vztahu se sestrou matky uváděly následující: aktivní a srozumitelná komunikace, příjemné a klidné vystupování, profesionální chování k dětem, poskytnutí potřebných informací, snaha pomoci, trpělivost, důvěryhodnost, podpora a povzbuzení. Tyto potřeby rodičů uvádí i Sikorová (2011). Zajímavé zjištění se týkalo nabídnutí odborné pomoci psychologa. Polovina respondentek vyjádřila potřebu této pomoci, ale pouze dvěma byla tato intervence vůbec nabídnuta. Nakonec však pomoc nevyužily. Domníváme se, že tuto službu nejsou u nás lidé zvyklí využívat. O to jsou kladeny větší nároky na sestry, které musí být profesionálky ve všech směrech. Zároveň by měly mít schopnost empatie, aby vzbudily důvěru v rodičích a ti se mohli podělit o svoje starosti a řešit s nimi vzniklé problémy. Tak uvádějí i Páleníková a Bužgová (2009) ve svém výzkumu: „sestra jako poradce pro všechno.“

Třetím cílem této diplomové práce bylo zjištěnými výsledky přispět ke zlepšení vzájemného vztahu zdravotník - rodiče nedonošeného novorozence. Diplomová práce bude zaslána do perinatologických center a získaná data mohou být použita jako podklad pro sebereflexi vedoucí ke zkvalitnění spolupráce mezi neonatologickými sestrami a rodiči předčasně narozených novorozenců.

Uvedené výsledky potvrdily dosažení stanovených cílů a zodpovězení položených výzkumných otázek.

Pro praxi bychom doporučovaly zejména neopomínat na rodiče a jejich rodičovskou roli, podporovat utváření vztahu k novorozenci častým kontaktem, motivovat a posilovat rodičovské kompetence maximálním zapojením do péče. Velmi důležitý je hlavně individuální přístup dle potřeb dítěte i rodiny. Dále bychom navrhovaly více se soustředit na komunikaci a předávání srozumitelných informací rodičům. Součástí by mělo být i vypracování podrobného informačního a edukačního materiálu na každém neonatologickém JIRP oddělení. Důležité je i následné ověření pochopení informací rodiči zpětnou vazbou. Z výzkumného šetření vyplynula i potřeba pomoci psychologa na těchto odděleních. Tato intervence je v našich perinatologických centrech bohužel

spíše vzácná. Přístup k rodičům však záleží na profesionalitě a individualitě každé neonatologické sestry, jejím umění komunikace, trpělivosti a empatii.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na problematiku předčasně narozených novorozenců. Téma bylo zvoleno v souvislosti s aktivním zájmem a péčí autorky o tyto děti. Diplomová práce se věnuje zejména spolupráci neonatologických sester a rodičů nedonošených novorozenců, o čemž je pojednáváno i v teoretické části. V empirické části práce jsou zpracována data z kvantitativního i kvalitativního výzkumného šetření uskutečněného v 11 z 12 perinatologických center ČR.

První cíl práce zněl: Zmapovat úroveň spolupráce a podpory rodičů a jejich zapojování do péče o nedonošeného novorozence v perinatologických centrech ČR. Ke splnění tohoto cíle byl použit kvantitativní výzkum pomocí dotazníků pro neonatologické sestry oddělení JIRP. Výzkumný soubor tvořilo 181 sester. Byly stanoveny následující dvě hypotézy: H1. Dosažené vzdělání neonatologických sester zvyšuje úroveň vzájemné spolupráce s rodiči nedonošených dětí. H2. Délka praxe neonatologických sester zvyšuje úroveň vzájemné spolupráce s rodiči nedonošených dětí. Statistickými výpočty byla potvrzena pouze druhá hypotéza, že s prodlužující se délkou praxe se zvyšuje i úroveň vzájemné spolupráce mezi neonatologickými sestrami a rodiči předčasně narozených dětí. První hypotézu se na základě dosažené hladiny významnosti nepodařilo potvrdit. Dále z výzkumného šetření vyplynuly určité drobné rozdíly mezi jednotlivými perinatologickými centry např. v možnostech spolupráce s rodiči, využívání pomoci psychologa či návštěvní době na oddělení JIRP.

Druhým cílem práce bylo zjistit priority a očekávání rodičů nedonošených hospitalizovaných dětí. Jak již bylo zmíněno, potřebují rodiče zejména dostatek srozumitelných informací o stavu novorozence, častý kontakt s dítětem a podporu ze strany zdravotnického personálu. Pozitivním výsledkem je, že matky celkově vyjadřovaly spokojenost s péčí o jejich děti na novorozeneckých JIRP.

Třetím cílem práce bylo zjištěnými výsledky přispět ke zlepšení vzájemného vztahu zdravotník - rodiče nedonošeného novorozence. Doufáme, že zaslání této diplomové práce do perinatologických center povede minimálně k zamyšlení neonatologických sester nad touto problematikou a nad nutností podpory a zapojování rodičů do péče

o jejich děti. Každé neonatologické oddělení JIRP je kromě nejmodernějšího vybavení utvářeno zejména chováním a komunikací zdravotnického personálu. Naše práce je spíše posláním, protože úsměv na tváři a empatie jsou i přes veškerá negativa běžnou součástí naší práce.

SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ

BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

BÁRTLOVÁ, S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-467-2.

BOLEDOVIČOVÁ, M., 2009. *Základy výskumu pre zdravotnícke odbory*. Nitra: UKF. ISBN 978-80-8094-551-0.

BOLEDOVIČOVÁ, M. at al., 2010. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-331-8.

BOREK, I. at al., 2001. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovateľskej péče*. 2. dopl. vyd. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-338-4.

BRAZELTON, T. B. a J. K. NUGENT, 1995. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. 3. vyd. Londýn: Mac Keith Press. ISBN 0 898683 05 0.

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST. Koncepce perinatologického programu. *Perinatologie. cz* [on-line]. © 2007-2013 [cit. 2013-01-03]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/koncepce.php>.

ČESKÁ NEONATOLOGICKÁ SPOLEČNOST. Praktické nástroje v neonatologii. *Neonatology. cz* [on-line]. © 2011-2014 [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/prakticke-nastroje>.

ČESKÁ NEONATOLOGICKÁ SPOLEČNOST. Informace pro odborníky. *Neonatology. cz* [on-line]. © 2011-2014 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/pro-odbornou-verejnost>.

ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky* [on-line]. Částka 131, § 82. [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast7>.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2007. Doporučený minimální standard pro pracoviště intenzivní a intermediární péče v perinatologických centrech. *Moderní gynekologie a porodnictví: porod II*. Roč. 16, č. 1, s. 4-13. ISSN 1211-1058.

DITTRICHOVÁ, J., M. PAPUŠEK, K. PAUL at al., 2004. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0399-8.

DOKOUPILOVÁ, M., B. FIŠÁRKOVÁ, L. NOVOTNÁ at al., 2009. *Narodilo se předčasně*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.

DORT, J. at al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Plzeň: Západočeská univerzita. ISBN 978-80-7043-944-9.

DUNOVSKÝ, J. at al., 1999. *Sociální pediatrie: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-254-9.

FENDRYCHOVÁ, J., 2002. Ošetřování extrémně nezralého novorozence na JIPN. *Sestra*. Roč. 12, č. 10, s. 27-28. ISSN 1210-0404.

FENDRYCHOVÁ, J., 2004. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-405-4.

FENDRYCHOVÁ, J., 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3940-3.

FENDRYCHOVÁ, J., I. BOREK at al., 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přeprac. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-547-1.

FENDRYCHOVÁ, J., M. KLIMOVIČ at al., 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-427-5.

FERDUSOVÁ, M., 2008. Podpora vývoje předčasně narozených dětí bazální stimulací. *Československá pediatrie*. Roč. 63, č. 4, s. 226. ISSN 0069-2328.

FITZNEROVÁ, I., 2010. *Máme dítě s handicapem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-663-6.

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

FRIEDLOVÁ, K., 2012. Uplatnění konceptu bazální stimulace v neonatologii. *Sestra*. Roč. 22, č. 3, s. 43-44. ISSN 1210-0404.

FRIDRICHOVÁ, V., L. OŠKRDALOVÁ a K. SKORKOVSKÁ, 2008. Attachment parenting - rodičovský přístup založený na pevných citových vazbách. *Neonatologické listy*. Roč. 14, č. 1, s. 27-28. ISSN 1211-1600.

GOLDMANN, R. a M. CICHÁ, 2004. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: PF UPOL. ISBN 80-244-0907-0.

HÁJEK, Z., 2004. Organizace perinatální a neonatální péče v ČR. *Gynekologie po promoci*. Roč. 4, č. 6, s. 53-54. ISSN 1213-2578.

HAŠKOVCOVÁ, H., 1994. *Lékařská etika*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-03-5.

HORKÁ, T., 2005. Umírající dítě na jednotce intenzivní péče. In: FENDRYCHOVÁ, J., M. KLIMOVIČ at al. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO. S. 357-385. ISBN 80-7013-427-5.

HUTTOVÁ, M. at al., 2001. *Vybrané kapitoly z pediatrie: Neonatológia*. Trnava: Slovak Academic Press. ISBN 80-88908-79-5.

HRADÍLKOVÁ, T., I. JUNGWIRTHOVÁ at al., 2010. „Když...“ 2. přeprac. vyd. Praha: Společnost pro ranou péči. ISBN 978-80-254-4614-0.

JANÁČKOVÁ, L. a P. WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

KANTOR, L., 2004. Neonatologie a její etické otazníky. *Časopis lékařů českých*. Roč. 143, č. 2, s. 106-108. ISSN 0008-7335.

KLEBERG, A., B. WESTRUP, K. STJERNGVIST a H. LAGERCRANTZ, 2002. Indications of improved cognitive development at one year of age among infants born very prematurely who received care based on the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Early Human Development*. Vol. 68, issue 2, p. 83-91. ISSN 0378-3782.

KOWALSKI, W., 2006. J. Communicating with parents of premature infants: who is the informant? *Journal of Perinatology*. Vol. 26, issue 1, p. 44-48. ISSN 0743-8346.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G. a R. OLIVIERIOVÁ, 2004. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.

LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatel'ství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

LIŠKA, K., 1995. Etické problémy v neonatologii. *Neonatologické listy*. Roč. 1, č. 1, s. 64-68. ISSN 1211-1600.

MACKO, J., 2010a. Etika neonatální intenzivní péče. *Česká gynekologie*. Roč. 75, č. 4, s. 268-273. ISSN 1210-7832.

MACKO, J., 2010b. NIDCAP - Realita a možnosti v ČR. *Neonatologické listy*. Roč. 16, č. 2, s. 31-32. ISSN 1211-1600.

MACKO, J., 2010c. NIDCAP - Individuálně vývojově zaměřená péče o novorozence. *Infoservis VZP*. Roč. 1, č. 21, s. 2.

MAGUROVÁ, D. a J. BODÍKOVÁ, 2009. Kangaroo Care a jeho uplatnění v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. Roč. 19, č. 5, s. 40-42. ISSN 1210-0404.

MAREK, V., 2002. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-091-1.

MELICHAR, V. a J. MELICHAR, 1997. Vývoj neonatologie u nás v letech 1945-1995. *Neonatologické listy*. Roč. 3, č. 1, s. 19-23. ISSN 1211-1600.

MELLIER, D., 2000. Kontinuita nebo diskontinuita. In: POUTHAS, V. et F. JOUEN. *Psychologie novorozence: Chování nejmenšího dítěte a jeho poznávání*. Praha: Grada. S. 42-45. ISBN 80-7169-960-8.

MROWETZ, M., G. CHRASTILOVÁ a I. ANTALOVÁ, 2011. *Bonding - porodní radost*. Praha: DharmaGaia. ISBN 978-80-7436-014-5.

PÁLENÍKOVÁ, A. a R. BUDŽGOVÁ, 2009. Zkušenosti rodičů a sester s dlouhodobou hospitalizací dítěte s doprovodem rodiče. *Profese on-line*. Roč. 2, č. 4, s. 211-222. ISSN 1803-4330.

PILÁT, M., 2005. Psychologické aspekty péče o kriticky nemocné dítě. In: FENDRYCHOVÁ, J., M. KLIMOVIČ at al. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO. S. 15-67 ISBN 80-7013-427-5.

PLEVOVÁ, I. at al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, I. a R. SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.

PROCHÁZKOVÁ, M., 2013. Úmrtí novorozence. In: JANOTA, J., Z. STRAŇÁK at al. *Neonatologie*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2994-0.

ŠČIBRÁNYIOVÁ, H., 1996. Etické problémy v neonatologii. In: ZOBAN, P., D. Chovancová a R. Plavka, eds. *Neonatologický edukační program - modul IX*. Praha. S. 94-109.

SEDLÁŘOVÁ, P. at al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.

SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.

SIKOROVÁ, L. a M. SUSZKOVÁ, 2011. Benefity metody klokánkování pro nedonošeného novorozence - Evidence Based Practice. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Roč. 2, č. 3, s. 230-238. ISSN 1804-2740.

SOBOTKOVÁ, D. at al., 1997. *Intervenční program pro nedonošené: pomoc rodičům vytvořit optimální podmínky pro vývoj jejich dětí*. Praha: Iga MZ ČR. Registrační číslo grantu: 2212-3.

SOBOTKOVÁ, D. at al., 1999. Pomoc rodičům při narození rizikového dítěte nebo při perinatálním úmrtí. *Neonatologické listy*. Roč. 5, č. 9, s. 173-175. ISSN 1211-1600.

SOBOTKOVÁ, D. at al., 2003. *Narodilo se s problémy, a co bude dál?* Praha: Grada. ISBN 80-247-0398-X.

SVOBODOVÁ, K., 2001. Intenzivní péče o nedonošené dítě ve spolupráci s rodiči. *Sestra*. Roč. 11, č. 12, s. 34. ISSN 1210-0404.

ŠAMÁNKOVÁ, M. at al., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

ŠULOVÁ, L., 2004. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0877-4.

TOMÁNKOVÁ, L., 2006. Péče o novorozence na vlnách času aneb pohled do historie neonatologie. *Česko - slovenská pediatrie*. Roč. 61, č. 2, s. 76-83. ISSN 0069-2328.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2013. *Rodička a novorozenec 2012*. Praha: ÚZIS ČR. ISBN 978-80-7472-087-1.

VELEMÍNSKÝ, M. at al., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: ZSF JU. ISBN 978-80-7394-182-6.

VOLF, V. a H. VOLFOVÁ, 2000. *Pediatrie*. 2. dopl. vyd. Praha: Informatorium. ISBN 80-86073-62-9.

VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

ZACHAROVÁ, E. a J. ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZOBAN, P., 2012. Nedonošený novorozenec. *Česko - slovenská pediatrie*. Roč. 67, č. 3, s. 203-208. ISSN 0069-2328.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Rozhovor s matkou nedonošeného novorozence

Příloha č. 3 Centralizace novorozenců

Příloha č. 4 Perinatologická centra ČR

Příloha č. 5 Pozdní morbidita u extrémně nezralých dětí ve věku 3 let

Příloha č. 6 Novorozenecká úmrtnost dle gestačního stáří a porodní hmotnosti

Příloha č. 7 Frekvence prematurity

Příloha č. 8 Ballardovo skóre

Příloha č. 9 Krédo neonatologické sestry

Příloha č. 10 Hodnocení chování nedonošených novorozenců

Příloha č. 11 Pelíškování

Příloha č. 12 Charta práv hospitalizovaných dětí

Příloha č. 1 Dotazník

Vážená kolegyně,

jsem studentka magisterského oboru Ošetrovatelství v klinických oborech - pediatrický modul na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci na téma **Spolupráce neonatologických sester a rodičů nedonošených dětí v perinatologických centrech ČR**. Pracuji na neonatologii v jednom z perinatologických center a očekávám, že výsledky výzkumu budou přínosné nejen pro mě, ale budou inspirací pro všechna pracoviště.

Velice děkuji za ochotu a Váš čas.

Bc. Kateřina Medonosová

1. Máte vlastní děti?

a) Ano, mám

Jak tato skutečnost ovlivňuje vnímání situace rodičů nedonošených dětí?

a) Výrazně ovlivňuje

b) Mírně ovlivňuje

c) Neovlivňuje

d) Nevím

b) Nemám

2. Myslíte si, že máte dostatek času věnovat se rodičům hospitalizovaných nedonošených novorozenců?

a) Ano vždy

b) Většinou ano

c) Spíše ne

d) Ne

3. Plánujete dohromady s rodiči péči o jejich nedonošené dítě (např. klokánkování, přebalování, kojení,...)?

- a) Ano vždy
- b) Většinou ano
- c) Občas
- d) Ne

4. Domníváte se, že od Vás mají rodiče maximum ošetrovatelských informací?

- a) Ano vždy
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

5. Je pro Vás obtížné komunikovat s rodiči nedonošených novorozenců?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne

6. Kdy u vás většinou dochází k prvnímu taktilnímu kontaktu rodičů s jejich dítětem?

- a) Na porodním sále, pokud je dítě stabilní
- b) Na oddělení při první návštěvě
- c) Až po stabilizaci dítěte
- d) Jiné

7. Zaškrtněte prosím, jak se mohou rodiče zapojovat do péče o své nedonošené dítě?

- a) Přebalování
- b) Měření TT
- c) Krmení stříkačkou či savičkou
- d) Rehabilitace
- e) Jiné

8. Uved'te prosím, u jakých výkonů nedoporučujete přítomnost rodičů?

- a) Intubace
- b) Kanyla vstupů
- c) Invazivní výkony např. cévkování, punkce
- d) Odsávání z dolních cest dýchacích
- e) Jiné

9. Zaškrtněte prosím, při kterých z uvedených invazí u vás nemohou rodiče své dítě klokánkovat?

- a) Umělá plicní ventilace
- b) Nazální CPAP
- c) Umbilikální venózní katétr
- d) Umbilikální arteriální katétr
- e) Periferní arterie
- f) Centrální žilní katétr
- g) Periferní žilní katétr
- h) Jiné

10. Do jaké míry využíváte na oddělení psychologa k pomoci rodičům nedonošených dětí?

- a) Velmi často
- b) Občas
- c) Zřídka
- d) Nikdy (Proč ne?)

11. Jaký je Váš názor na přítomnost rodičů při ošetřování dítěte?

Pozitiva.....
.....
Negativa.....
.....

12. Návštěvy u vás na oddělení..

- a) Jsou bez omezení (mohou všichni členové rodiny kdykoliv)
- b) Jsou omezeny, mohou pouze rodiče dítěte
- c) Jsou omezeny, mohou pouze rodiče dítěte a sourozenci
- d) Jsou omezeny časově (návštěvní hodiny)
- e) Jiné

13. Myslíte si, že u vás na oddělení mají rodiče dostatek soukromí (např. při klokánkování, odstříkávání mateřského mléka či umírání)?

- a) Ano (jakým způsobem je toto zajištěno?)
- b) Ne (proč?)

14. Co vnímáte ve spolupráci s rodiči jako největší problém? (očísľujte prosím vzestupně 1 - největší problém po 6 - nejmenší problém)

..... Komunikaci

..... Nepochopení režimu oddělení ze strany rodiny (např. omezení návštěv)

..... Etnické a náboženské odlišnosti rodiny

..... Obtížná edukace rodičů

..... Abúzus návykových látek u rodičů

..... Jazyková bariéra

15. Podporuje Vás zaměstnavatel (časově či finančně) v dalším vzdělávání (vysoká škola, specializační studium, konference)?

a) Ano vždy

b) Ano částečně

c) Většinou ne

d) Ne (proč?)

16. Se svou prací na neonatologii jsem..

a) Plně spokojena

b) Spíše spokojena

c) Spíše nespokojena

d) Nespokojena (proč?)

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Uveďte prosím Váš věk

Délka Vaší klinické praxe na neonatologické JIP?

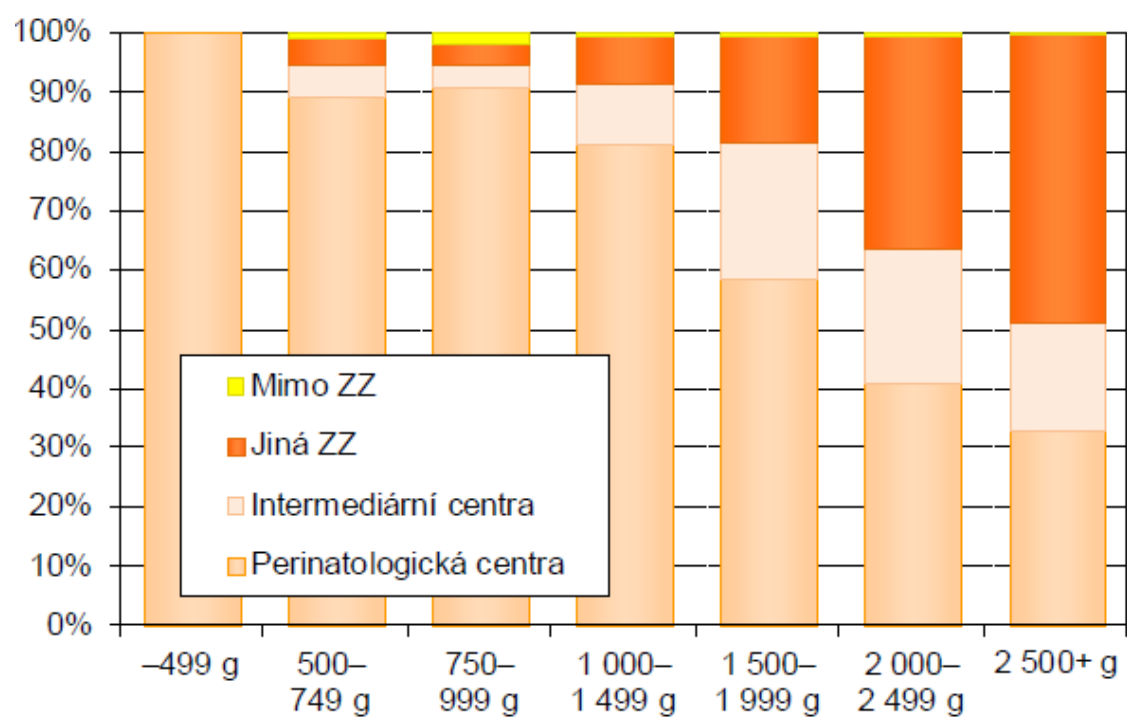
Nejvyšší dosažené vzdělání?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| a) SZŠ – všeobecná sestra | f) Specializační studium ARIP |
| b) SZŠ – dětská sestra | g) VŠ – bakalářské |
| c) VOŠ – všeobecná sestra | h) VŠ – magisterské |
| d) VOŠ – dětská sestra | ch) Jiné (jaké?) |
| e) VOŠ – porodní asistentka | |

Příloha č. 2 Rozhovor s matkou nedonošeného novorozence

1. V jakém týdnu těhotenství a s jakou porodní váhou se narodilo Vaše miminko?
2. Za jak dlouho po porodu Vám byly sděleny první informace o stavu Vašeho dítěte?
3. Jste spokojena s mírou a srozumitelností poskytovaných informací?
4. Kdo či co je pro Vás nejvýznamnějším zdrojem přínosných informací? (lékař, sestra, jiný zdravotnický pracovník, internet, knihy a časopisy, ostatní rodiče nedonošených dětí)
5. Kdy Vám byl poprvé umožněn taktilní kontakt s Vaším novorozeným miminkem? Již při první návštěvě?
6. Kdy jste prvně klokánkovala? Bylo v tu dobu Vaše dítě ještě napojeno na dýchací přístroj či infúzi?
7. Jak často chodíte na návštěvy? Jste zde ubytovaná nebo dojíždíte?
8. Cítíte se dostatečně začleněna do péče o Vaše miminko? Co vše můžete vykonávat?
9. Jak se na péči účastní otec dítěte? (návštěvy, taktilní kontakt, klokánkování, péče o dítě)
10. Můžete a chcete být přítomna u všech prováděných výkonů?
11. Kdo je pro Vás ve zdravotnickém zařízení největší podporou? (lékař, sestra, psycholog, jiný zdravotnický pracovník, skupinová setkání rodičů nedonošených dětí)
12. Využíváte či využila byste pomoc psychologa?
13. Co je pro Vás nejdůležitější ve vztahu se sestrou?
14. Co cítíte v rámci hospitalizace Vašeho dítěte jako problém? Co se Vám nelíbí? A co se Vám naopak líbí?

Příloha č. 3 Centralizace novorozenců



Zdroj: ÚZIS, 2013, s. 25

Příloha č. 4 Perinatologická centra ČR

1. Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4
2. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha 2
3. FN v Motole, Praha 5
4. Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
5. Nemocnice Most
6. FN Plzeň
7. Nemocnice České Budějovice
8. FN Hradec Králové
9. FN Brno
10. FN Olomouc
11. FN Ostrava
12. Krajská nemocnice T. Bati, Zlín

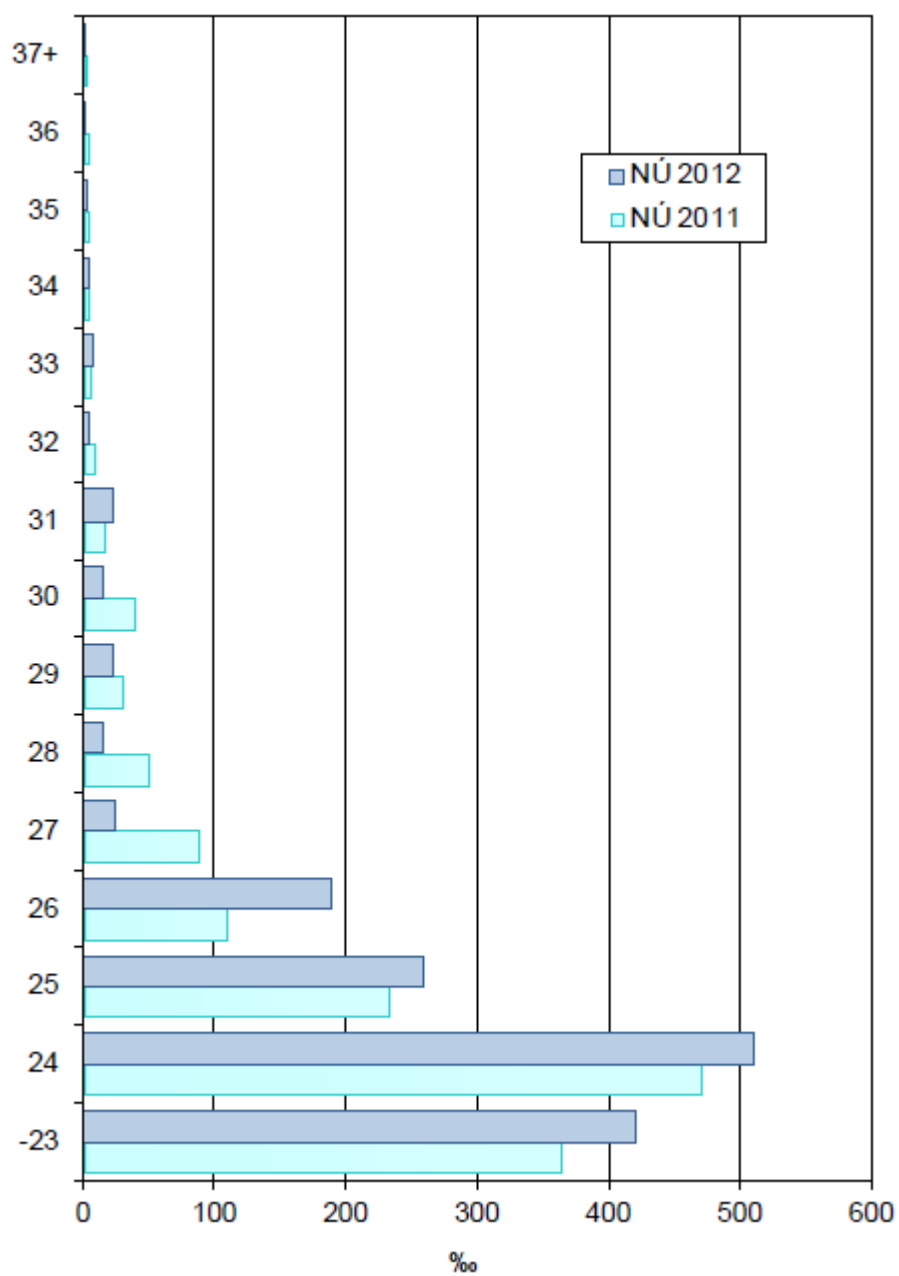
Zdroj: vlastní

Příloha č. 5 Pozdní morbidita u extrémně nezralých dětí ve věku 3 let

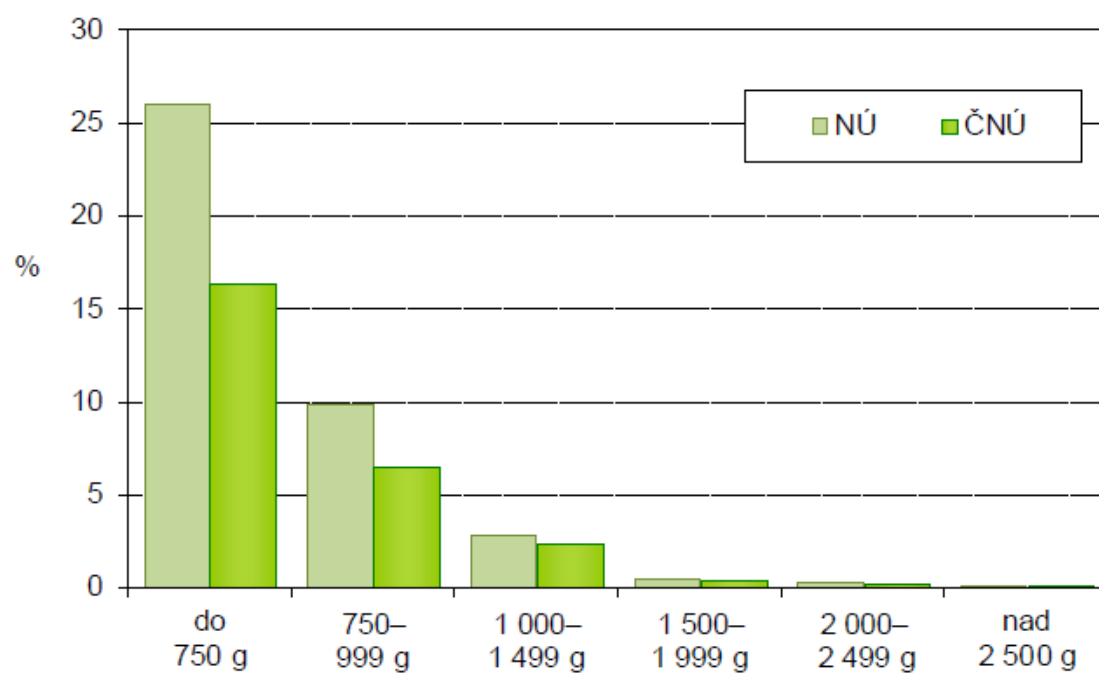
NORMÁLNÍ NÁLEZ	72 %
LEHKÉ POSTIŽENÍ	9 %
STŘEDNÍ A TĚŽKÉ POSTIŽENÍ	19 %

Zdroj: Zoban, 2012, s. 208

Příloha č. 6 Novorozenecká úmrtnost dle gestačního stáří a porodní hmotnosti

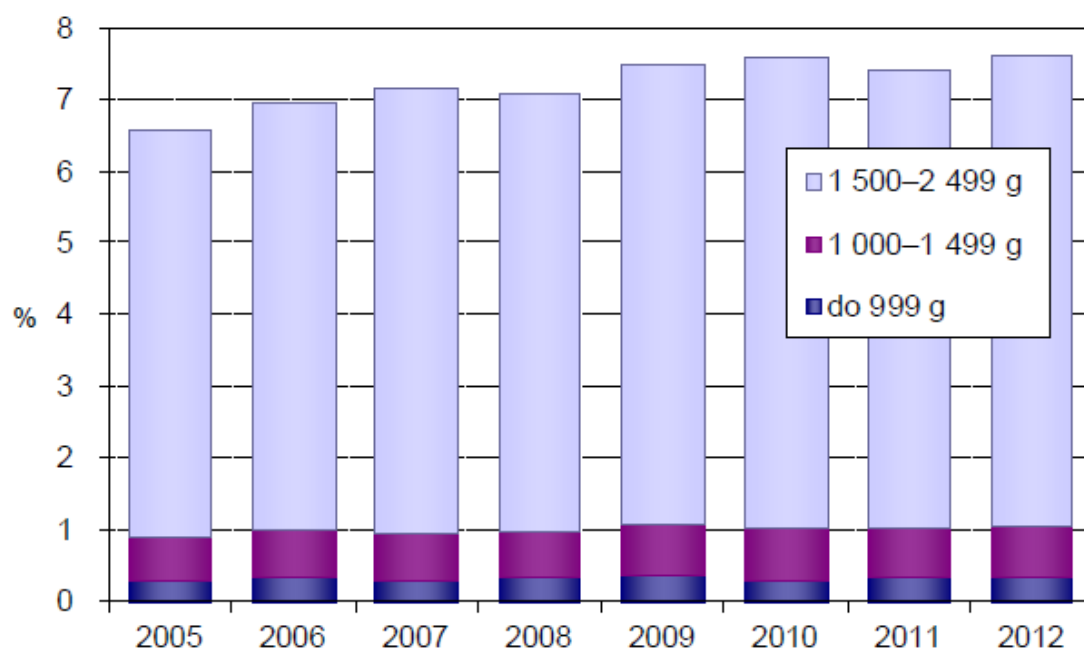


Zdroj: ÚZIS, 2012, s. 22



Zdroj: ÚZIS, 2012, s. 23

Příloha č. 7 Frekvence prematurity



Zdroj: ÚZIS, 2012, s. 24

Příloha č. 8 Ballardovo skóre

Neuromuscular Maturity

Score	-1	0	1	2	3	4	5
Posture							
Square window (wrist)							
Arm recoil							
Popliteal angle							
Scarf sign							
Heel to ear							

Physical Maturity

Skin	Sticky, friable, transparent	Gelatinous, red, translucent	Smooth, pink; visible veins	Superficial peeling and/or rash; few veins	Cracking, pale areas; rare veins	Parchment, deep cracking; no vessels	Leathery, cracked, wrinkled
Lanugo	None	Sparse	Abundant	Thinning	Bald areas	Mostly bald	Maturity Rating
Plantar surface	Heel-toe 40–50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm, no crease	Faint red marks	Anterior transverse crease only	Creases anterior 2/3	Creases over entire sole	
Breast	Imperceptible	Barely perceptible	Flat areola, no bud	Stippled areola, 1–2 mm bud	Raised areola, 3–4 mm bud	Full areola, 5–10 mm bud	Score
Eye/Ear	Lids fused loosely: -1 tightly: -2	Lids open; pinna flat; stays folded	Slightly curved pinna; soft; slow recoil	Well curved pinna; soft but ready recoil	Formed and firm, instant recoil	Thick cartilage, ear stiff	Weeks
Genitals (male)	Scrotum flat, smooth	Scrotum empty, faint rugae	Testes in upper canal, rare rugae	Testes descending, few rugae	Testes down, good rugae	Testes pendulous, deep rugae	-10 20
Genitals (female)	Clitoris prominent, labia flat	Clitoris prominent, small labia minora	Clitoris prominent, enlarging minora	Majora and minora equally prominent	Majora large, minora small	Majora cover clitoris and minora	-5 22
							0 24
							5 26
							10 28
							15 30
							20 32
							25 34
							30 36
							35 38
							40 40
							45 42
							50 44

Zdroj: www.neonatology.cz/prakticke-nastroje

Příloha č. 9 Krédo neonatologické sestry



Zdroj: Dort et al., 1999.

Příloha č. 10 Hodnocení chování nedonošených novorozenců

- **známky stability** - stabilní vitální funkce, odpovídající centrální a tělesná teplota, normální barva kůže, relaxované končetiny, přiměřený svalový tonus, plynulé pohyby, adaptace těla na změnu polohy, hluboký spánek, tiché bdění, upřený pohled, otáčení za zvukem, sání
- **známky nestability** - změny fyziologických funkcí (srdeční akce, dýchání, krevní tlak, oxygenace, tělesná teplota), změny prokrvení a barvy kůže (bledost, cyanóza, mramorování), nekoordinované trhavé pohyby a záškuby, změny svalového tonu (hypertonie, hypotonie), neuspořádaný cyklus spánku a bdění, podrážděnost, nemožnost zrakového kontaktu, výraz paniky, nepřiměřené reakce

Zdroj: Fendrychová, 2004, s. 34

Příloha č. 11 Peliškování



Zdroj: vlastní, ÚPMD

Příloha č. 12 Charta práv hospitalizovaných dětí

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně poskytnuta v domácím léčení nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti, případně jejich rodiče, mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti, případně jejich rodiče, mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emočního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě proškoleného personálu, který si je plně vědom fyzických i emočních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.

8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Zdroj: Fendrychová, Klimovič at al., 2005, s. 58